

SUAUGUSIŲJŲ ŪMINIO IŠEMINIO GALVOS SMEGENŲ INSULTO PROFILAKTIKOS, DIAGNOSTIKOS, GYDYMO, MEDICININĖS REABILITACIJOS IR SLAUGOS METODIKA

2021 07 20



Kuriame
Lietuvos ateitį
2014–2020 metų
Europos Sąjungos
fondų investicijų
veiksmų programa



LIETUVOS RESPUBLIKOS
SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJA

Metodiniam dokumentui pritarė

Lietuvos insulto asociacija

Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Lietuvos slaugos specialistų organizacija

Lietuvos slaugytojų vadovų sąjunga

Lietuvos fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų draugija

TURINYS

I. Apibendrinimas	4
II. Autoriai	5
III. Sąvokos, santrumpos ir reikšminiai žodžiai	5
IV. Įvadas	8
V. Metodinio dokumento įgyvendinimo prioritetai	10
VI. Paciento kelio aprašymas	11
6.1. Prevencija	11
6.2. Diagnostika	20
6.3. Gydymas	27
6.4. Slauga	35
6.5. Medicininė reabilitacija	40
6.6. Ligos prognozė ir pasveikimo ir (arba) ligos remisijos kriterijai	52
6.7. Ligos arba sveikatos sutrikimo eigos vertinimas ir stebėseną	53
VII. Paciento kelio organizavimo aprašymas	61
7.1. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos tikslas ir uždaviniai ...	61
7.2. Sveikatos priežiūros paslaugų dėl konkrečios ligos arba sveikatos sutrikimo teikimo lygiai	61
7.3. Visų tam tikra liga arba sveikatos sutrikimu sergančiam pacientui teiktinų asmens sveikatos priežiūros prevencijos, diagnostikos, gydymo ir priežiūros paslaugų teikimo organizavimo etapai	62
7.4. Reikalavimai kiekvieno lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiai įstaigai	62
7.5. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimai pagal paslaugų teikimo pobūdį ir lygį	67
7.6. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir organizavimo procese naudojamos informacinės ir ryšio technologijos	69
7.7. Reikalavimai personalui	69
VIII. Metodinio dokumento diegimo aprašas	71

IX. Pacientų pasitenkinimo suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimo aprašas	72
X. Metodinio dokumento atnaujinimas	73
XI. Metodinio dokumento audito aprašas	73
XII. Svarbiausių kriterijų sąrašas	74
XIII. Kontaktinis asmuo (institucija)	78
XIV. Literatūra	79
XV. Rekomendacijos tolesniems moksliniams tyrimams	84
XVI. Informacija visuomenei ir pacientui	85
XVII. Priedai	90

I SKYRIUS APIBENDRINIMAS

Kasmet Pasaulyje registruojama 13,7 milijono naujų insultų. Skaičiuojama, kad kas ketvirtas vyresnis nei 25 metų žmogus savo gyvenime patiria insultą. Beveik 70 proc. visų insultų sudaro pacientai vyresni nei 65 metų amžiaus. Insultas yra antra pagal dažnį mirties priežastis ir pagrindinė ilgalaikio neįgalumo priežastis. Europoje nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų ir insulto kasmet miršta daugiau nei 4 000 000 žmonių. Skirtingų šaltinių duomenimis, per pirmą mėnesį miršta nuo 20 proc. iki 35 proc. ūminį insultą patyrusių pacientų. Iki trečdalis insultą patyrusių pacientų tampa neįgalūs, kuriems reikalinga nuolatinė arba dalinė priežiūra. Lietuvoje sergamumas galvos smegenų insultu yra vienas didžiausių Europoje. Sergančiųjų galvos smegenų insultu situaciją Lietuvoje dar labiau apsunkina tai, kad Centrinės ir Rytų Europos šalyse, taip pat ir Lietuvoje įvykęs „vidutinis“ insultas yra sunkesnis nei Vakarų Europos šalyse – tai reiškia, kad po jo yra sudėtingiau atkurti sveikatos būklę ir galimas didesnis laipsnis neįgalumas.

Šiame Metodiniame dokumente reglamentuojama suaugusiųjų ūminio išeminio galvos smegenų insulto (TLK-AM I63) prevencija, diagnostika, gydymas, medicininė reabilitacija ir slauga. Metodinis dokumentas skirtas gydytojams neurologams (toliau tekste – neurologas), GMP personalui, skubiosios pagalbos, reabilitacijos ir kitų skyrių gydytojams, slaugytojams, gydantiems ir konsultuojantiems pacientus, kuriems įtariamas ir (arba) diagnozuotas ūminis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas (ŪGSKS).

Metodinio dokumento tikslas – sumažinti pacientų, kuriuos ištiko ūminis išeminis galvos smegenų insultas, mirštamumą, pagerinti insulto baigtį (sumažinti ilgalaikį neįgalumą), taip pat pagerinti ir pagreitinti diagnostiką, optimizuoti gydymo sąnaudas, sutrumpinti laiką nuo diagnozės patvirtinimo iki gydymo paskyrimo bei tinkamai integruoti visas su gydymu, medicinine reabilitacija ir slauga susijusias sritis siekiant geriausio rezultato. Pagrindiniai Metodinio dokumento uždaviniai – sėkmingas veiksmų koordinavimas tarp skirtingų insulto diagnostikoje, gydyme, reabilitacijoje ir slaugoje dalyvaujančių specialistų bei insulto poskyrių infrastruktūros ir žmogiškųjų išteklių optimizavimas.

Insulto diagnostika, remiantis 2014 m. sausio 20 d. SAM įsakymo V-40 2019 m. lapkričio 4 d. įsakymo Nr. V-1253 redakcija „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį galvos smegenų insultą teikimo tvarkos aprašas“, turėtų būti atlikta insulto gydymo centre (IGC) arba tarpinės pagalbos ligoninėje (TPL), o tolesnis gydymas priklauso nuo kiekvieno paciento tinkamumo arba netinkamumo specializuotam insulto gydymui. Lietuvoje išvystytas IGC ir TPL tinklas, apimantis visus šalies regionus, todėl specializuotas gydymas atliekamas tik IGC ir TPL. Insulto gydymas skirstomas į kelis etapus: ikistacionarinis, stacionarinis nediferencijuotas (bazinis gydymas) ir stacionarinis specializuotas. Ikistacionarinis ir stacionarinis bazinis gydymas taikomas visiems pacientams, sergantiems ŪGSKS.

Metodikoje nurodyti būtini dokumentai, padedantys geriau koordinuoti informacijos perdavimą tarp GMP grandies ir IGC bei TPL gydytojų neurologų. Taip pat rekomenduojama sukurti daugiadalykę komandą, kuri efektyviai dalyvautų tiek paciento stacionariniame, tiek ambulatoriniame insulto gydymo etapuose. Didelis dėmesys dokumente skiriamas specializuoto ūminio išeminio galvos smegenų insulto gydymo etapui, reikalavimams, kuriuos turi atitikti IGC ir TPL bei juose dirbantys specialistai. Todėl tikimasi, kad šis dokumentas aiškiai apibrėš veiklos kokybės rodiklius ir reikalavimus ASPĮ.

Dokumentas paremtas praktikoje įrodytais medicinos pasiekimais, išanalizavus tiek Lietuvos, tiek užsienio šalių patirtį.

II SKYRIUS AUTORIAI

Antanas Vaitkus, LSMU prof. dr., LSMUL Kauno klinikų Neurologijos klinikos Insulto centro vadovas, antanas.vaitkus@kaunoklinikos.lt

Dalius Jatužis, VU prof. dr., VU Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos instituto direktorius, Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, dalius.jatuzis@santa.lt

Vaidas Matijošaitis, LSMU prof. dr., LSMUL Kauno klinikų Neurologijos klinikos Insulto sektoriaus vadovas, vaidas.matijosaitis@kaunoklinikos.lt

Aleksandras Vilionskis, VU doc. dr., VU Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos institutas; Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, Insulto centro vadovas, aleksandras.vilionskis@rvul.lt

Vita Balčienė, LSMUL Kauno klinikų Neurologijos klinikos slaugos vadovė, vita.balciene@kaunoklinikos.lt

Lina Varžaitytė, LSMU doc. dr., LSMUL Kauno klinikų Kulautuvos reabilitacijos ligoninės FMR gydytoja, lina.varzaityte@kaunoklinikos.lt

Daiva Ieškienė, VšĮ Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stoties dispečerinės administratorė ieskiene@greitojipagalba.lt

III SKYRIUS SĄVOKOS, SANTRUMPOS IR REIKŠMINIAI ŽODŽIAI

TLK-10-AM kodai pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją

I63.0–I63.9 – Galvos smegenų infarktas, smegenų išeminis insultas

Sąvokos ir jų apibrėžtys

Praeinantysis smegenų išemijos priepuolis (G45, G46) – tai ūminis galvos smegenų arba tinklainės kraujotakos nepakankamumas, pasireiškiantis židininiais neurologiniais simptomais, visiškai išnykstančiais per 24 val. nuo jų atsiradimo pradžios (PSIP).

Smegenų infarktas, smegenų išeminis insultas (I63) – tai ūminis židininis išeminis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas, pasireiškiantis židininiais neurologiniais simptomais, išliekančiais ilgiau kaip 24 val. nuo susirgimo pradžios (SI).

Insultas (I64) – tai ūminis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas, nepatikslintas kaip išeminis arba hemoraginis.

Ūminis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas – tai ūminis židininis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas, pasireiškiantis apžiūros metu esančiais židininiais neurologiniais simptomais, nepatikslintas kaip PSIP, smegenų infarktas arba kraujosruva (ŪGSKS).

Reperfuzinis gydymas – tai specializuoto gydymo metodai, kurių tikslas – atkurti užsikimšusios arterijos praeinamumą bei galvos smegenų kraujotaką.

Bazinis (nespecializuotas) gydymas – tai ūminio išeminio insulto gydymas, kurio tikslas – užtikrinti ir palaikyti gyvybiškai svarbias funkcijas, sumažinti komplikacijų dažnį, tačiau neskirtas užsikimšusios arterijos praeinamumui atstatyti.

Insulto gydymo centras (toliau – IGC) – stacionarines ir ambulatorines neurologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti asmens sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – ASPI), įrašyta į Insulto gydymo centrų sąrašą (p.7.4.2), kurioje daugiadalykė specialistų komanda ūminio galvos smegenų insulto ištiktam pacientui nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) teikia skubiąją medicinos pagalbą ir taiko specializuotą gydymą.

Tarpinės pagalbos ligoninė (toliau – TPL) – stacionarines neurologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti ASPI, įrašyta į Tarpinės pagalbos ligoninių sąrašą (p. 7.4.3), kurioje daugiadalykė specialistų komanda ūminio galvos smegenų insulto ištiktam pacientui nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) teikia skubiąją medicinos pagalbą, ištikus ūminiam galvos smegenų infarktui atlieka intraveninę trombolizę.

Santrumpos

AKS – arterinis kraujo spaudimas

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

ADTL – aktyvuoto dalinio tromboplastino laikas

aFL – antifosfolipidinis

aGFG – apskaičiuotas glomerulų filtracijos greitis

AH – arterinė hipertenzija

AKS – arterinis kraujo spaudimas

AOA – atvira ovalinė anga

ASPECTS – Alberta Insulto programos ankstyvosios kompiuterinės tomografijos balai (angl. *Alberta Stroke Program Early Computed Tomography scores*)

AVM – arterioveninė malformacija

AVPU skalė – (A – reiškia budrus, V – reaguoja į balsą, P – reaguoja į skausmą, U – nereaguoja., angl. *Alert, Voice, Pain, Unresponsive*)

BPC – bendrasis pagalbos centras

BPS – bendrosios praktikos slaugytoja

BI – Barthel indeksas

CD – cukrinis diabetas

DPV – dirbtinė plaučių ventiliacija

DL – darbingumo lygis

EKG – elektrokardiograma

EKSS – ekstrakranijinių kraujagyslių spalvinė sonografija

ESPBI IS – Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos

ESUS – nežinomo šaltinio embolinis insultas (angl. *Embolic Stroke of Unknown origin*)

FAST – Insulto simptomų klausimynas (angl. *Face-Arm-Speech-Time*, veidas-ranka-kalba-laikas)

FNT – funkcinio nepriklausomumo testas

FMR – fizinė medicina ir reabilitacija

GFG – glomerulų filtracijos greitis

GKS – Glazgo komos skalė
GMP – greitoji medicinos pagalba
GMPĮ – greitosios medicinos pagalbos įstaiga arba ASPĮ padalinys
GSI – galvos smegenų insultas
IFN – inkstų funkcijos nepakankamumas
IGC – insulto gydymo centras
IVT – intraveninė trombolizė
ISK – intrasmegeninė kraujosruva
IŠL – išeminė širdies liga
KMI – kūno masės indeksas
KSH – kairiojo skilvelio hipertrofija
KT – kompiuterinė tomografija
KTP – kompiuterinės tomografijos perfuzija
LIL – lėtinė inkstų liga
LVAS – lėtiniai vainikinių arterijų sindromai
MAE – miego arterijos endarterektomija
MAS – miego arterijos stentavimas
MMMh – mažos molekulinės masės heparinai
mRS – modifikuota Rankino skalė
MRT – magnetinio rezonanso tomografija
MTE – mechaninė trombektomija
MTL – mažo tankio lipoproteinai
NGAK – ne vitamino K antagonistai geriamieji antikoagulantai
NDNT – Neįgalumo darbingumo nustatymo tarnyba
PAASPI – Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga
PEG – perkutaninis endoskopinis gastrostomijos (PEG) maitinimo vamzdis
PSIP – praeinantis smegenų išemijos priepuolis
PV – prieširdžių virpėjimas
PVAI – perkutaninė vainikinių arterijų intervencija
rt-PA – rekombinantinis žmogaus audinių plazminogeno aktyvatorius
RV – rizikos veiksniai
SAK – subarachnoidinė kraujosruva
SAM – Sveikatos apsaugos ministerija
SI – smegenų infarktas
ŠH – šeiminė hipercholesterolemija
ŠKL – širdies ir kraujagyslių sistemos liga
ŠN – širdies nepakankamumas
ŠSD – širdies susitraukimų dažnis
TKD – transkranijinė doplerografija
TKSS – transkranijinė spalvinė sonografija
TNS – tarptautinis normalizuotas santykis
TPL – tarpinės pagalbos ligoninė
TPBT – Trumpasis protinės būklės tyrimo testas
TEE – transezofaginė echokardiografija
TTE – transtorakalinė echokardiografija

ŪGSKS – ūminis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas

ŪMI – ūminis miokardo infarktas

ŪVAS – ūminis vainikinių arterijų sindromas

VLK – Valstybinė ligonių kasa

VMA – vidinė miego arterija

VSA – vidurinė smegenų arterija

I, IIa, IIb, III, IV – rekomendacijų klasės A, B-R B-NR, C, E – įrodymų lygis

Įrodymų klasės:

I – stipri rekomendacijų klasė, nauda žymiai didesnė už galimą riziką.

IIa – vidutinė rekomendacijų klasė, nauda didesnė už galimą riziką.

IIb – silpna rekomendacijų klasė, nauda kiek didesnė už galimą riziką.

III – vidutinė arba stipri neigiama rekomendacijų klasė, nauda ir galima rizika vienoda arba rizika didesnė už galimą naudą.

Įrodymų lygiai:

A lygis – aukštos kokybės įrodymai (daugiau nei iš vieno atsitiktinės atrankos klinikinių tyrimų arba geros kokybės atsitiktinės atrankos klinikinių tyrimų metaanalizės, arba vienas ir daugiau atsitiktinės atrankos tyrimas iš aukštos kokybės registrų duomenų).

B – R lygis – vidutinės kokybės įrodymai (iš vieno ir daugiau atsitiktinės atrankos klinikinių tyrimų arba vidutinės kokybės atsitiktinės atrankos klinikinių tyrimų metaanalizės).

B – NR – vidutinės kokybės įrodymai (iš vieno ir daugiau gero dizaino gerai atliktų neatsitiktinės atrankos klinikinių tyrimų, stebėsenos tyrimų, registrų arba tokių tyrimų metaanalizės).

Lygis C – įrodymai iš riboto dizaino arba ne visai kokybiškai atliktų atsitiktinės atrankos arba nerandomizuotų klinikinių tyrimų, registrų arba tokių tyrimų metaanalizės).

Lygis E – klinicine patirtimi paremta ekspertų nuomonė, kai įrodymų nepakanka arba jie silpni, arba prieštaraujantys.

Reikšminiai žodžiai

Insulto diagnostikos, gydymo, slaugos, prevencijos ir medicininės reabilitacijos situacijos analizės pirminei paieškai pasirinkti reikšminiai žodžiai: *insultas, insulto protokolai, mirštamumas, epidemiologija, rekomendacijos, insulto statistika, gydymas, insulto slauga, profilaktika, medicininė reabilitacija.*

IV SKYRIUS

ĮVADAS

4.1. Trumpas ligos arba sveikatos sutrikimo (arba problemos) apibrėžimas

Šiame Metodiniame dokumente reglamentuojama suaugusiųjų ūminio išeminio galvos smegenų insulto prevencija, diagnostika, gydymas, medicininė reabilitacija ir slauga. Metodinis dokumentas skirtas gydytojams neurologams (toliau tekste – neurologas), GMP personalui, skubiosios medicinos gydytojams, reabilitacijos ir kitų skyrių gydytojams, slaugytojams, gydantiems ir konsultuojantiems pacientus, kuriems įtariamas ir (arba) diagnozuotas ūminis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas (ŪGSKS). Šis Metodinis dokumentas pagrįstas moksliniais įrodymais, publikuotais Europos ir JAV Insulto diagnostikos ir gydymo rekomendacijose.

4.2. Ligos epidemiologija ir paplitimas Europoje bei pasaulyje

Insulto epidemiologija pasaulyje. Bendrasis sergamumas insultu skaičiuojamas 203,38 (189,24–218,16) 100 000 gyventojų. Kasmet Pasaulyje registruojama 13,7 milijono naujų insultų. Skaičiuojama, kad kas ketvirtas žmogus vyresnis nei 25 metų savo gyvenime patiria insultą. Beveik 70 proc. visų insultų sudaro pacientai vyresni nei 65 metų amžiaus.

Insulto sukeltas mirštamumas siekia 86,52 (83,34–89,92) 100 000 gyventojų. Skaičiuojama, kad kasmet nuo insulto miršta 5 500 000 gyventojų. Insulto sergamumas pasaulyje yra skirtingas įvairiose šalyse. 2004–2014 m. atliktų epidemiologinių tyrimų duomenimis, pagal amžių koreguotas (*age adjusted*) insulto sergamumas 100 000 gyventojų svyravo nuo 60 (Prancūzija) iki 285 (Kinijos Tiadžin provincija). Taip pat skiriasi ir mirštamumas. Literatūros duomenimis, 28 dienų mirštamumas nuo insulto svyravo nuo 10 proc. iki 38 proc.

Sergamumas išeminiu insultu pasaulyje siekia 142,34 (129,10–156,60) 100 000 gyventojų. Kasmet Pasaulyje užregistruojama daugiau nei 9,5 milijono naujų išeminių insultų atvejų, o tai sudaro 70 proc. visų insultų. Išeminio insulto sukeltas mirštamumas yra 43,40 (41,43–45,47) 100 000 gyventojų. Skaičiuojama, kad kasmet nuo išeminio insulto miršta 2,7 milijono gyventojų.

Insulto epidemiologija Europoje. Insultas yra antra pagal dažnį mirties priežastis ir pagrindinė ilgalaikio neįgalumo priežastis. Europoje nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų ir insulto kasmet miršta po 4 000 000 žmonių. Skirtingų šaltinių duomenimis, per pirmą mėnesį miršta nuo 20 proc. iki 35 proc. ūminį insultą patyrusių pacientų. Iki trečdaliai insultą patyrusių pacientų tampa neįgalūs, kuriems reikalinga nuolatinė arba dalinė priežiūra. Sergamumas insultu ir mirštamumas įvairiose Europos šalyse skiriasi – Centrinėje ir Rytų Europoje šie rodikliai yra didesni, lyginant su Šiaurės, Vakarų ir Pietų Europos šalimis.

4.3. Ligos epidemiologija ir paplitimas Lietuvoje

Lietuvos higienos instituto duomenimis, sergamumas ūminiu išeminiu galvos smegenų insultu 2015–2019 m. siekė nuo 8 142 iki 9 474 atvejų per metus. Mirštamumas nuo ūminio išeminio galvos smegenų insulto per 2015–2019 m. svyravo nuo 2 075 iki 2 717 asmenų per metus.

Remdamiesi pateikta statistine informacija, galime teigti, kad 2015–2019 m. laikotarpiu registruota daugiausia sergančiųjų I63 ligos kodu, t. y. išeminiu galvos smegenų insultu, ir ši asmenų dalis sudarė nuo 86,3 iki 87,5 proc. visų galvos smegenų kraujotakos ligomis sergančių asmenų. Mirusiųjų nuo galvos smegenų kraujotakos ligų taip pat daugiausia registruota išeminio insulto grupėje ir tai sudarė 74,9–77,4 proc. visų galvos smegenų kraujotakos ligų grupėje mirusių asmenų.

4.4. Klinikinė problematika

Europos Sąjungos šalyse insultas yra antra dažniausia mirštamumo priežastis. Be didelio mirštamumo nuo insulto kita problema, su kuria susiduria insultą išgyvenę pacientai ir jų artimieji – negalia. Po persirgto insulto tik apie 10 proc. pacientų visiškai pasveiksta, 25 proc. turi nežymų neįgalumą, 40 proc. – nuo vidutinių iki didelių pažeidimų.

Europos Sąjungos šalyse mirštamumo nuo galvos smegenų insulto rodikliai jau daugelį metų nuolat mažėja, o Lietuvoje tokios tendencijos nepastebima. Be to, Lietuvos gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė ilgėja, daugėja vyresnio amžiaus žmonių. Kadangi trys ketvirtadaliai visų insultų įvyksta tarp vyresnių nei 64 metų asmenų, tikėtina, kad ateityje absoliutus insulto skaičius augs. PSO duomenimis, Lietuva priskiriama didelės rizikos sirgti širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis šalims: arterine hipertenzija serga apie 60 proc. 25–64 metų Lietuvos vyrų ir apie 55 proc. moterų, rūko apie 48 proc. vyrų ir apie 18 proc. moterų, fiziškai neaktyvūs – apie 70 proc. vyrų ir moterų, antsvorį turi 60 proc. vyrų ir 50 proc. moterų, nutukimą – 23 proc.

vyrų ir 30 proc. moterų. Didelės širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos programos duomenimis, dislipidemija nustatoma 88,8 proc. Lietuvos vidutinio amžiaus žmonių (vyrų 40–54 metų, moterų – 50–64 metų.), cukrinis diabetas – 10,3 proc., pilvinio tipo nutukimas – 45,4 proc. žmonių.

Sergančiųjų galvos smegenų insultu situaciją Lietuvoje dar labiau sunkina tai, kad Centrinės ir Rytų Europos šalyse, taip pat ir Lietuvoje įvykęs „vidutinis“ insultas yra sunkesnis nei Vakarų Europos šalyse – tai reiškia, kad po jo sudėtingiau atkurti sveikatos būklę ir galimas didesnio laipsnio neįgalumas.

Insulto sąlygotos išlaidos yra labai didelės. Jas sudaro ne tik tiesioginės išlaidos, susijusios su tokių pacientų gydymu (medikamentai, reabilitacija ir pan.), bet ir netiesioginės išlaidos, pirmiausia susijusias su pacientų ilgalaikiu nedarbingumu arba neįgalumu (nepagamintas vidaus produktas, artimųjų nedalyvavimas aktyvioje rinkoje, išlaidos pacientų priežiūrai ir pan.). Europoje su insultu susijusios išlaidos siekia 45 000 000 000 eurų per metus. Iš jų tiesioginės išlaidos sudaro 20 000 000 000 eurų, 9 000 000 000 eurų – nepagamintas vidaus produktas ir 16 000 000 000 eurų – pacientų po insulto priežiūra.

2004 m. Lietuvoje visos tiesioginės ir netiesioginės išlaidos vienam galvos smegenų insulto atvejui sudarė 5 800 eurų, o visos tiesioginės ir netiesioginės išlaidos, patirtos dėl galvos smegenų insulto – 58 milijonus eurų (koregavus pagal perkamosios galios paritetą). Netiesioginės išlaidos sudarė apie 19 proc. šios sumos. Šios išlaidos yra apskaičiuotos, remiantis pirminio sergamumo, o ne paplitimo duomenimis, todėl realiai yra dar didesnės (duomenys apskaičiuoti remiantis sveikatos ekonomikos modeliu, kuris naudotas tyrime „Išlaidos dėl galvos smegenų ligų Europoje“).

4.5. Metodinio dokumento tikslas ir reikalingumas

Šiuo Metodiniu dokumentu siekiama sumažinti pacientų, kuriuos ištiko ūminis išeminis galvos smegenų insultas, mirštamumą, pagerinti insulto baigtį (sumažinti ilgalaikį neįgalumą), taip pat pagerinti ir pagreitinti diagnostiką, optimizuoti gydymo sąnaudas, sutrumpinti laiką nuo diagnozės patvirtinimo iki gydymo paskyrimo bei tinkamai integruoti visas su gydymu, medicinine reabilitacija ir slauga susijusias sritis siekiant geriausio rezultato.

Taip pat tikimasi, kad šis dokumentas konkrečiai apibrėš veiklos kokybės rodiklius ir reikalavimus ASPĮ.

V SKYRIUS METODINIO DOKUMENTO ĮGYVENDINIMO PRIORITETAİ

Sėkmingas insulto gydymas yra prioritetinė sveikatos priežiūros sistemos kryptis

Prioritetai išeminio insulto gydymo, reabilitacijos ir slaugos grandyse:

5.1. Veiksmų tarp skirtingų insulto gydymo grandžių koordinavimas (GMP ir IGC bei TPL specialistai):

- a) bendroji klausimyno informacijos iš GMP perdavimui į IGC arba TPL sukūrimas ir įdiegimas;
- b) išankstinio perspėjimo (prenotifikacijos) sistemos įdiegimas IGC ir TPL;
- c) skirtingų specialistų, dalyvaujančių paciento, sergančio ūminiu išeminiu galvos smegenų insultu gydyme, reabilitacijoje ir slaugoje veiksmų koordinavimas bei komandinis darbas siekiant geriausio gydymo rezultato.

5.2. Insulto skyrių (*angl. stroke unit*) infrastruktūros, žmogiškųjų išteklių ir veiklos optimizavimas:

- a) standartizuotas insulto skyriaus aprūpinimas būtina įranga;

- b) insulto skyriaus personalo periodiškai mokymai;
- c) insulto slaugytojų standartizuotas kvalifikacijos kėlimas;
- d) standartizuotų skalių naudojimas insulto pacientų būklei vertinti (NIHSS, mRS, Rijimo klausimynas ir kt.);
- e) insulto paciento priežiūrai būtinos daugiadalykės komandos formavimas;
- f) insulto skyriaus kokybės veiklos rodiklių registracija ir reguliari analizė.

VI SKYRIUS

PACIENTO KELIO APRAŠYMAS

6.1. Išeminio insulto pirminė prevencija

Pirminė prevencija vykdoma Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose (PAASPI). Šeimos gydytojo komanda atlieka asmens profilaktinį sveikatos patikrinimą savo kompetencijos ribose, tokį tikrinimą reguliuojančių teisės aktų nustatyta tvarka.

Pirminę insulto profilaktiką užtikrina šeimos gydytojas kartu su slaugytoju, prireikus siunčia pacientą konsultuoti atitinkamam specialistui.

6.1.1. Insulto rizikos veiksniai skirstomi į nemodifikuojamus, kurių negalima koreguoti, ir modifikuojamus, kuriuos galima keisti arba pašalinti (arterinė hipertenzija, rūkymas, nepakankamas fizinis aktyvumas, prieširdžių virpėjimas, kitos širdies ligos, cukrinis diabetas, nutukimas, dislipidemija, metabolinis sindromas, miego arterijų stenozė, alkoholio vartojimas, hiperhomocisteinemija, krešėjimo sistemos sutrikimai, miego apnėja, migrena ir kt.).

6.1.2. Iš modifikuojamų rizikos veiksnių išeminio insulto riziką labiausiai didina arterinė hipertenzija, prieširdžių virpėjimas, įskaitant paroksizminį, cukrinis diabetas ir padidėjęs mažo tankio lipoproteinų kiekis.

6.1.3. Pirminė insulto profilaktika atliekama įvertinus gyvensenos (modifikuojamus) rizikos veiksnius ir rekomenduojant gyvensenos įpročių keitimo planą, t. y., nemedikamentinės insulto profilaktikos rekomendacijos, sudaroma pagal bendruosius širdies ir kraujagyslių sistemos ligų (ŠKL) profilaktikos principus atsižvelgiant į nustatytus rizikos veiksnius.

6.1.4. Rizikos veiksnių išaiškinimo tvarka:

6.1.4.1. Bendrą ŠKL rizikos įvertinimą kartą per metus atlieka šeimos gydytojo komanda.

6.1.4.2. Bendras ŠKL rizikos vertinimas pirminėje sveikatos grandyje, naudojant rizikos apskaičiavimo sistemą – SCORE skaičiuoklę (1 pav.), rekomenduojamas:

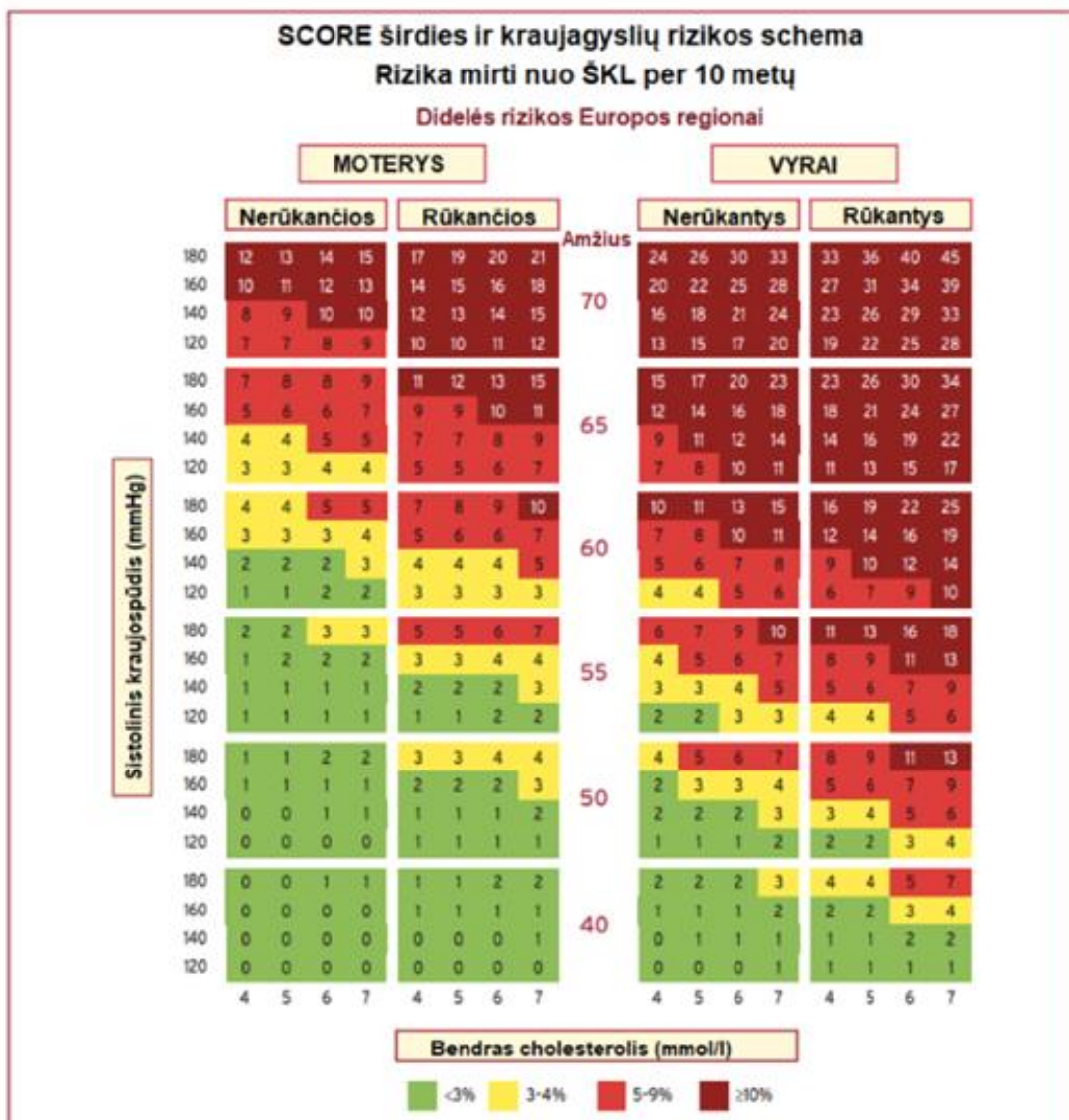
6.1.4.2.1. Visiems vyresniems nei 40 metų simptomų neturintiems asmenims, kuriems anksčiau nenustatyta ŠKL, CD, LIL, šeiminė hipercholesterolemija (I, C įrodymai).

6.1.4.2.2. Ankstyva ŠKL šeiminė anamnezė (mirtinas arba nemirtinas su ŠKL susijęs įvykis, patvirtinta ŠKL diagnozė arba šeiminė hipercholesterolemija pirmos eilės vyriškosios lyties giminėms, jaunesniems nei 55 metų, arba pirmos eilės moteriškosios lyties giminėms, jaunesnėms nei 65 metų) (I, C įrodymai).

6.1.4.3. Papildomai riziką apibrėžiantys veiksniai gali būti vertinami naudojant kitas rizikos skaičiuokles, pvz., *HeartScore* (www.heartscore.org).

SCORE riziką modifikuojamieji veiksniai:

- Socialinis statusas, visuomeninė padėtis.
- Nutukimas (vertinama KMI).
- Centrinio tipo nutukimas (vertinama liemens apimtis).
- Fizinio aktyvumo stygius.
- Psichosocialinis stresas ir išsekimas.
- Šeiminė ankstyvos ŠKL anamnezė (vyrams <55 metų, moterims <60 metų).
- Lėtinės uždegiminės ligos.
- Sunki psichikos liga.
- ŽIV infekcijos medikamentinis gydymas.
- Prieširdžių virpėjimas.
- Kairiojo skilvelio hipertrofija.
- Lėtinė inkstų liga.
- Obstrukcinės miego apnėjos sindromas.
- Nealkoholinės kilmės kepenų suriebėjimas.



1 pav. SCORE (angl. *Systematic Coronary Risk Estimation*) rizikos nustatymo lentelė

6.1.4.4. Šeimos gydytojas turi:

6.1.4.4.1. Surinkti rizikos veiksnių anamnezę.

6.1.4.4.2. Atlikti organų taikinių tyrimą, atlikdamas laboratorinius ir instrumentinius tyrimus:

- A. Šlapimo tyrimas.
- B. Kreatininas kraujyje ir aGFG apskaičiavimas.
- C. BKT vertinant hemoglobino koncentraciją.
- D. Lipidograma.
- E. Veninio kraujo gliukozės koncentracija (rekomenduojama visiems pacientams, kuriems įtariamas LVAS, tirti ir dėl 2 tipo CD), išliekant įtarimams – gliukozės tolerancijos mėginys.
- F. Skyd liaukės funkcijos įvertinimas, jei įtariama jos disfunkcija.
- G. EKG.
- H. Akių dugno tyrimas dėl retinopatijos.
- I. Siųsti konsultuoti kardiologui (echokardioskopija dėl KSH, aterosklerozinių plokštelių miego arba šlaunies arterijose tyrimas ultragarsu).
- J. Ambulatorinė EKG stebėseną rekomenduojama visiems pacientams, jaučiantiems krūtinės skausmą, ritmo sutrikimus, taip pat svarstyti, įtariant vazospastinę anginą, laidumo sutrikimus.
- K. Pacientas siunčiamas atlikti krūtinės ląstos rentgenogramą, kuri gali būti atliekama ŠN įvertinti, greta esant arba įtariant plaučių ligą.
- L. Paciento AKS savikontrolė pildant dienyną.
- M. Įvertinti metabolinio sindromo buvimą: bendrosios praktikos slaugytoja išmatuoja paciento ūgį ir kūno masę bei juosmens apimtį, pamatuoja AKS, ŠSD. Šeimos gydytojas arba bendrosios praktikos slaugytoja apskaičiuoja kūno masės indeksą ir įrašo duomenis į paciento medicinos dokumentus.

6.1.4.4.3. Pagal esamus rizikos veiksnius ir SCORE skaičiuoklę priskirti pacientą rizikos grupei (*1 lentelė*).

1 lentelė. ŠKL rizikos grupės

Labai didelė rizika	• Dokumentuota ŠKL (buvęs ŪMI, ŪVAS, PVAI arba kita arterijų revaskulizacijos procedūra, insultas, PSIP, aortos aneurizma, periferinių arterijų liga), įrodyta klinikiniais požymiais arba vaizdo tyrimais • CD, esant organų taikinių pažaidai, arba daugiau nei su trimis reikšmingais rizikos veiksniais (rūkymas, dislipidemija, ryški AH); anksti prasidėjęs ir ilgai besitęsiantis (>20 metų) 1 tipo CD • Sunkus IFN (GFG <30 ml/min.) • ŠH su IŠL arba kitu reikšmingu rizikos veiksniu • SCORE ≥10 proc.
----------------------------	--

Didelė rizika	• Išreikšti pavieniai rizikos veiksniai: B-Chol >8 mmol/l arba MTL-Chol >4,9 mmol/l arba AKS $\geq$180/110 mm Hg • ŠH be kitų reikšmingų rizikos veiksnių • Vidutinis IFN (GFG 30–59 ml/min.) • CD be organų taikinių pažeidimų ir CD trukmė $\geq$10 metų arba yra kitų papildomų rizikos veiksnių • SCORE $\geq$5 proc. ir <10 proc.
Vidutinė rizika	• Jauno amžiaus pacientai • 1 tipo CD, nustatytas jaunesniems nei 35 metų arba • 2 tipo CD, nustatytas jaunesniems nei 50 metų žmonėms, esant trumpai šios ligos trukmei, t. y. <10 metų, kai nėra kitų RV • SCORE $\geq$1 proc. ir <5 proc.
Maža rizika	• SCORE <1 proc.

aGFG – apskaičiuotas glomerulų filtracijos greitis; AH – arterinė hipertenzija; CD – cukrinis diabetas; PSIP – praeinantis smegenų išemijos priepuolis; RV – rizikos veiksniai; ŠKL – širdies ir kraujagyslių liga; ŪMI – ūminis miokardo infarktas; ŪVAS – ūminis vainikinių arterijų sindromas; PVAI – perkutaninė vainikinių arterijų intervencija; IFN – inkstų funkcijos nepakankamumas; GFG – glomerulų filtracijos greitis; ŠH – šeiminė hipercholesterolemija; IŠL – išeminė širdies liga; MTL – mažo tankio lipoproteinai; AKS – arterinis kraujo spaudimas.

6.1.4.4.4. Lipidogramos tyrimo ŠKL rizikai įvertinti papildomos rekomendacijos šeimos gydytojui:

6.1.4.4.4.1. Rizikai įvertinti rekomenduojama vertinti ne DTL-Chol koncentraciją, ypač esant aukštai trigliceridų koncentracijai, CD, nutukimui ir labai mažai MTL-Chol koncentracijai (I, C įrodymai).

6.1.4.4.4.2. Rizikai įvertinti rekomenduojama apolipoproteino B analizė, ypač esant aukštai Tg koncentracijai, CD, nutukimui, metaboliniam sindromui, labai mažai MTL-Chol koncentracijai. Šis tyrimas gali būti alternatyva MTL-Chol koncentracijos tyrimui kaip pirminės prevencijos atrankinis tyrimas, diagnozei nustatyti ir gydymui vertinti (I, C įrodymai).

6.1.4.4.5. Pagal objektyvios apžiūros duomenis ir kraujo tyrimų rezultatus, esant labai didelei, didelei ir vidutinei LVAS rizikai, nesant ūminės ir (arba) gyvybei grėsmingos būklės, šeimos gydytojas siūnčia pacientą konsultuoti gydytojui kardiologui. Konsultacija turi būti suteikta ne vėliau kaip per 1 mėn. nuo siuntimo išdavimo dienos.

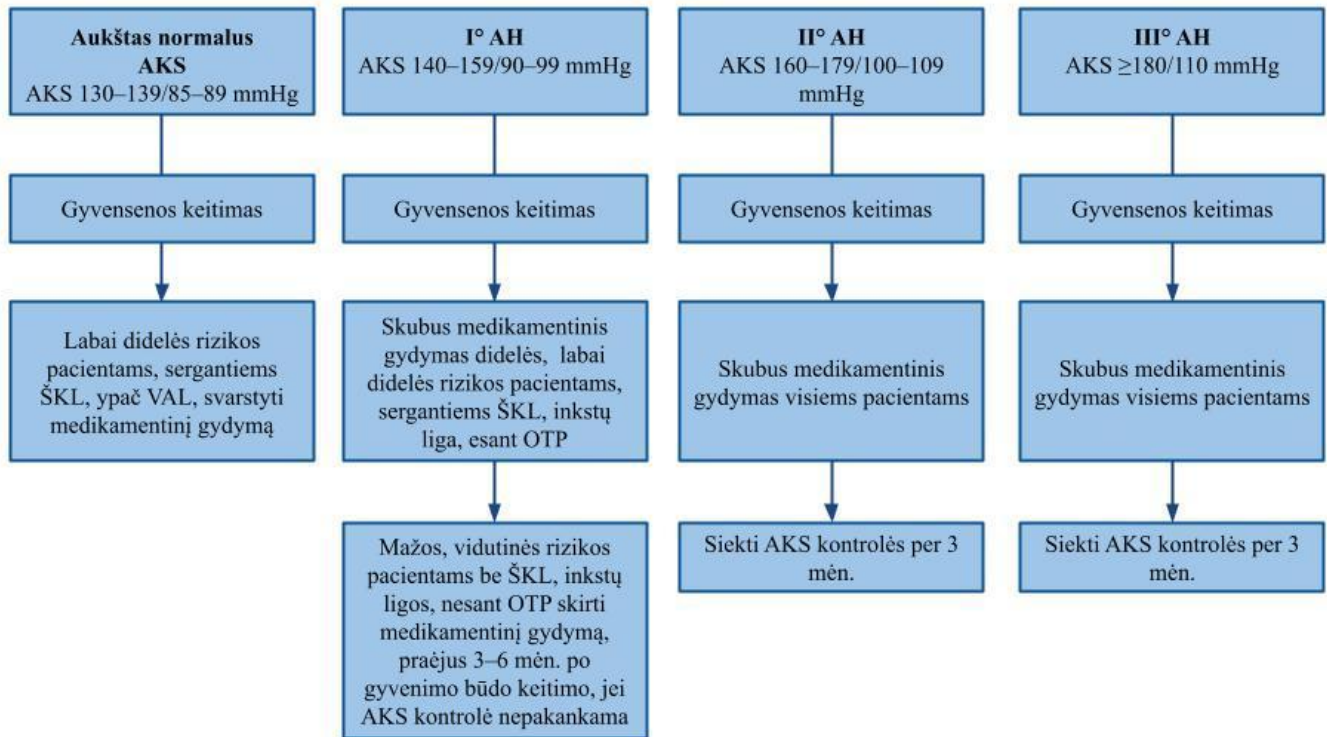
6.1.4.4.6. Pagal objektyvios apžiūros ir (arba) kraujo tyrimų rezultatus įvertinus, jog paciento būklė ūminė ir (arba) pavojinga gyvybei, šeimos gydytojas nedelsdamas kviečia GMP arba pacientą siūnčia į artimiausią SPS.

6.1.4.4.7. Šeimos gydytojas turi koreguoti ir gydyti rizikos veiksnius.

6.1.4.4.8. Bendrosios praktikos slaugytoja vykdo pacientų mokymus apie ŠKL rizikos veiksnius, jų korekciją, siektinus tikslus.

6.1.5. Rizikos veiksnių siektini gydymo tikslai:

6.1.5.1. Sergančiųjų AH gydymo tikslai ir stebėseną pateikiami 2 pav.



2 pav. AH gydymo taktika priklauso nuo pradinio kraujospūdžio dydžio (AH gairės)

AH – arterinė hipertenzija; AKS – arterinis kraujo spaudimas; ŠKL – širdies ir kraujagyslių sistemos ligos; OTP – organų-taikinių pažeidimas; VAL – vainikinių arterijų liga.

6.1.5.2. Atsižvelgiant į ŠKL riziką, turi būti skiriamas tinkamas dislipidemijos gydymas. Siektini MTL cholesterolio tikslai pateikiami 2 lentelėje.

Sergančiųjų dislipidemija, priklausomai nuo MTL cholesterolio koncentracijos ir bendros ŠKL rizikos, gydymo tikslai pateikiami 3 lentelėje.

2 lentelė. ŠKL rizikos kategorijos ir siektinas MTL-Chol lygis

Labai didelė rizika	MTL-Chol tikslas – sumažinti nuo pradinio lygio ≥ 50 proc. ir $< 1,4$ mmol/l
Didelė rizika	MTL-Chol tikslas – sumažinti nuo pradinio lygio ≥ 50 proc. ir $< 1,8$ mmol/l
Vidutinė rizika	MTL-Chol tikslas $< 2,6$ mmol/l
Maža rizika	MTL-Chol tikslas $< 3,0$ mmol/l

MTL-Chol – mažo tankio lipoproteinų cholesterolis.

3 lentelė. Dislipidemijos gydymas, priklausomai nuo MTL cholesterolio koncentracijos ir bendros širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos

	Bendra ŠKL rizika proc. pagal SCORE	MTL cholesterolio koncentracija prieš gydymą (mmol/l)					
		<1,4	1,4–<1,8	1,8–<2,6	2,6–<3,0	3,0–<4,9	≥4,9
Pirminė prevencija	<1 arba maža rizika Įrodymų klasė, Lygmuo	Gyvensenos patarimai IC	Gyvensenos patarimai IC	Gyvensenos patarimai IC	Gyvensenos patarimai IC	Gyvensenos korekcija; nesant poveikio, spręsti dėl gydymo vaistais IIAA	Gyvensenos korekcija ir gydymas vaistais IIAA
	1–<5 arba vidutinė rizika Įrodymų klasė, Lygmuo	Gyvensenos patarimai IC	Gyvensenos patarimai IC	Gyvensenos patarimai IIAA	Gyvensenos korekcija; nesant poveikio, spręsti dėl gydymo vaistais IIAA	Gyvensenos korekcija; nesant poveikio, spręsti dėl gydymo vaistais IIAA	Gyvensenos korekcija ir gydymas vaistais IIAA
	5–<10 arba didelė rizika Įrodymų klasė, Lygmuo	Gyvensenos patarimai IIAA	Gyvensenos patarimai IIAA	Gyvensenos korekcija; nesant poveikio, spręsti dėl gydymo vaistais IIAA	Gyvensenos korekcija ir gydymas vaistais IA	Gyvensenos korekcija ir gydymas vaistais IA	Gyvensenos korekcija ir gydymas vaistais IA
	≥10 arba labai didelė rizika Įrodymų klasė, Lygmuo	Gyvensenos patarimai IIAB	Gyvensenos korekcija, nesant poveikio, spręsti dėl gydymo vaistais IIAA	Gyvensenos korekcija ir gydymas vaistais IA	Gyvensenos korekcija ir gydymas vaistais IA	Gyvensenos korekcija ir gydymas vaistais IA	Gyvensenos korekcija ir gydymas vaistais IA
Antrinė prevencija	Labai didelė rizika	Gyvensenos korekcija, nesant poveikio, spręsti dėl gydymo vaistais	Gyvensenos korekcija ir gydymas vaistais	Gyvensenos korekcija ir gydymas vaistais	Gyvensenos korekcija ir gydymas vaistais	Gyvensenos korekcija ir gydymas vaistais	Gyvensenos korekcija ir gydymas vaistais

ŠKL – širdies ir kraujagyslių sistemos liga, MTL – mažo tankio lipoproteinų cholesterolis.

6.1.5.3. Rūkantiems rekomenduojama mesti rūkyti, nes įrodyta, kad rūkymas didina SI ir SAK riziką (I, B įrodymai); insulto ir miokardo infarkto rizikai sumažinti rekomenduojama drausti rūkyti viešose vietose (IIA, B įrodymai).

6.1.5.4. Alkoholio vartojimo rizikos lygis – tai per tam tikrą laiką suvartojamo alkoholio kiekis arba vartojimo būdas, pagal kurį nustatoma, ar asmens alkoholio vartojimo įpročiai kelia

- grėsmę asmens sveikatai, jo paties ir jį supančių žmonių saugumui. Asmenims, rizikingai vartojantiems alkoholį, rekomenduojama mažinti arba atsisakyti jo vartojimo (I, A įrodymai), kitiems riboti alkoholio kiekį iki 2 alkoholio vienetų [1] per dieną vyrams ir iki 1 alkoholio vieneto per dieną nenėščioms moterims (IIb, B įrodymai).
- 6.1.5.5. Mažinti sočiųjų riebalų rūgščių kiekį dietoje, vartoti daugiau daržovių ir vaisių (I, B įrodymai); rekomenduojama Viduržemio jūros dieta, praturtinta riešutais ir augaliniais aliejais (IIa, B įrodymai).
- 6.1.5.6. Turintiems antsvorį ($KMI = 25\text{--}29\text{ kg/m}^2$) ir nutukusiems ($KMI \geq 30\text{ kg/m}^2$) rekomenduojamas svorio mažinimas (I, B įrodymai).
- 6.1.5.7. Turintiems metabolinį sindromą rekomenduojama atskirų jo komponentų korekcija, įskaitant gyvensenos įpročių keitimą ir medikamentinį gydymą pagal priimtus ir kitur nurodytus principus.
- 6.1.5.8. Rekomenduojamas reguliarus ir pakankamas fizinis aktyvumas: suaugusiems asmenims ne mažiau kaip 150 min./sav., vidutinė arba intensyvi fizinė veikla 3–5 kartus per savaitę. Rekomenduojama mažinti sėdimo laiko trukmę – galima jį pakeisti ir lengva fizine veikla (pasivaikščiojimu, namų ruošos darbais ir kt.).
- 6.1.5.9. Moterims, kurioms kartoja migrenos su aura priepuoliai, griežtai rekomenduojama nerūkyti (I, B įrodymai) ir patartina nevartoti hormoninės kompleksinės kontracepcijos, apsvaustant kitas apsaugos nuo nėštumo priemones; dažnai kartojantis migrenos priepuoliams patariama skirti profilaktinį priepuolius retinantį gydymą (IIb, C įrodymai); AOA uždarymas pirminei insulto profilaktikai nerekomenduojamas.
- 6.1.5.10. Turintiems hiperhomocisteiniją rekomenduojami kobalaminas (vit. B12), piridoksinas (vit. B6) ir folio rūgštis (IIb, B įrodymai).
- 6.1.5.11. Pacientams bent kartą per metus turi būti registruojama EKG dėl galimo prieširdžių virpėjimo. Diagnozavus PV, šeimos gydytojas įvertina kardioembolijos riziką pagal CHA2DS2-VASc skalę (1 priedas). Netiesioginio veikimo geriamieji antikoagulantai insulto pirminei profilaktikai rekomenduojami esant didelei kardioembolijos rizikai (≥ 2 balai pagal CHA2DS2-VASc skalę, 1 priedas), kai yra nustatytas embolizacijos šaltinis: prieširdžių virpėjimas (PV), prisieniniai trombai širdies ertmėse, mitralinio vožtuvo stenoze, širdies vožtuvo protezas ir kt. (I, A įrodymai). Netiesioginio veikimo antikoagulantų dozė parenkama pagal TNS, kurio siektinas terapinis intervalas, skiriant antikoagulantus insulto profilaktikai, 2,0–3,0. Esant nevožtuviniam PV, pirmojo pasirinkimo antikoaguliantais rekomenduojami NGAK. Kaip jų alternatyva gali būti rekomenduojami vitamino K antagonistai (I, A įrodymai). Esant mechaniniams širdies vožtuvų protezams, skiriami netiesioginio veikimo geriamieji antikoagulantai didesnėmis dozėmis (siektinas TNS terapinis intervalas – 2,5–3,5) (I, B įrodymai). Esant kontraindikacijoms antikoaguliantams, svarstytinas kairiojo prieširdžio ausytės mechaninis uždarymas.

[1] Vienas standartinis alkoholio vienetas atitinka 10 g grynojo alkoholio.

Ankstyvajai PV diagnostikai visiems pacientams vyresniems nei 65 metų rekomenduojama aktyvi atrankinė patikra šeimos gydytojų grandyje, vertinant pulsą ir EKG (IIa, B įrodymai). Esant nevožtuviniam PV ir CHA₂DS₂-VASc skalės įverčiui 0, prieštrombozinis gydymas neskirtinas (III, B įrodymai). Esant nevožtuviniam PV ir CHA₂DS₂-VASc skalės įverčiui 1, rekomenduojama skirti antikoaguliantus arba prieštrombozinio gydymo neskirti (IIa, B įrodymai) (1 priedas). Dėl PV gydymo taktikos pacientas siunčiamas konsultuoti kardiologui.

Pacientams, vartojantiems NGAK, šeimos gydytojas įvertina:

- BKT: praėjus mėnesiui nuo gydymo pradžios ir vėliau ne rečiau kaip kartą per metus.
 - Kreatinino klirensą: praėjus mėnesiui nuo gydymo pradžios ir vėliau ne rečiau kaip kartą per 6 mėn.
 - Sumažėjus kreatinino klirensui <60 ml/min., kreatinino klirensas vertinamas dažniu, apskaičiuojamu pagal formulę kreatinino klirensas/10 k./mėn.
Priklausomai nuo radinių NGAK dozė koreguojama. Esant neaiškiai situacijai, ligonis siunčiamas konsultuoti kardiologui.
- 6.1.5.12. Kraujavimo rizikai įvertinti naudojama HAS-BLED skalė (2 priedas). Esant didelei kraujavimo rizikai, geriamieji antikoaguliantai gali būti skiriami, tačiau tokiems pacientams reikia dažniau kontroliuoti krešėjimo rodiklius bei dažniau svarstyti gydymo taktiką. Įprastai TNS kontrolė atliekama kartą per mėnesį, o pacientams, turintiems padidėjusią kraujavimo riziką, kartą per dvi savaites (netaikoma vartojant NGAK).
- 6.1.5.13. Netiesioginio veikimo antikoaguliantai neskiriami, jeigu:
- 6.1.5.13.1. Neužtikrintas nuolatinės laboratorinės TNS kontrolės prieinamumas.
 - 6.1.5.13.2. Pacientas nesugeba tiksliai laikytis skirto gydymo režimo.
 - 6.1.5.13.3. Yra dažni kritimai arba kitokia padidėjusi traumų rizika.
- 6.1.5.14. Profilaktinis gydymas antikoaguliantais (tik netiesioginio veikimo antikoaguliantais), jei nėra kontraindikacijų, taip pat gali būti skiriamas, esant:
- 6.1.5.14.1. Galvos smegenų venų ir veninių ančių trombozei.
 - 6.1.5.14.2. Ekstrakranijinių smegenų arterijų diskacijai.
 - 6.1.5.14.3. Trombofilinio sindromo genetiniams variantams.
 - 6.1.5.14.4. Antifosfolipidinių antikūnų sindromui.
 - 6.1.5.14.5. Paminės arterijos verpstinei aneurizmai.
- 6.1.5.15. Insulto pirminei profilaktikai gali būti rekomenduojama acetilsalicilo rūgštis mažomis dozėmis (75–150 mg per parą), kai nustatytos miego, slankstelių arba intrakranijinių arterijų besimptominės stenozės (>50 proc.), nestabilios aterosklerozinės plokštelės arba didelė širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizika (IIa, B įrodymai).
- 6.1.5.16. Kiti antiagregantai insulto pirminei profilaktikai nerekomenduojami (III, C įrodymai).
- 6.1.5.17. Neturintiems galvos smegenų išemijos simptomų pacientams kaklo arterijų tyrimai rekomenduojami tuomet, jei yra ne mažiau kaip du širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos veiksniai (arterinė hipertenzija, cukrinis diabetas, aktyvus rūkymas, dislipidemija) arba pacientas serga kitomis širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis (išemine širdies liga, periferinių arterijų liga). Pirmojo pasirinkimo diagnostikos metodas, įtariant kaklo arterijų stenozę, ultragarsinis tyrimas (EKSS) (IIb, C įrodymai). Nustačius minėtas būkles, šeimos gydytojas siunčia pacientą atlikti kaklo arterijų ultragarsinį tyrimą.

- 6.1.5.18. Ultragarsiniu ir (arba) angiografiniu tyrimu patvirtinus besimptomę sunkaus laipsnio (≥ 70 proc.) miego arterijos stenozę, įvertinus gretutinių ligų sunkumą, paciento amžių ir prognozuojamą gyvenimo trukmę, kitas individualias aplinkybes ir paciento nuomonę, atrinktiems pacientams gali būti rekomenduojamas revaskuliarizacinis gydymas – tai endarterektomija (IIa, A įrodymai) arba stentavimas (IIb, B įrodymai). Šias procedūras rekomenduojama atlikti centruose, kuriuose operuotų pacientų perioperacinio insulto, miokardo infarkto ir mirties rizika neviršija 3 proc. Prieš endarterektomiją ir po jos rekomenduojama acetilsalicilo rūgštis, jei nėra kontraindikacijų (I, C įrodymai). Tokie pacientai siunčiami konsultuoti neurologui, dirbančiam IGC ambulatoriniame padalinyje gydymo taktikai nustatyti.
- 6.1.5.19. Esant sunkaus laipsnio (≥ 70 proc.) besimptomei miego arba slankstelinės arterijos stenozei, turi būti skiriama acetilsalicilo rūgštis ir statinai, nustatomi ir tinkamai koreguojami kiti kraujagyslių rizikos veiksniai (I, C įrodymai).
- 6.1.5.20. Prieš vainikinių arterijų šuntavimo operaciją kaklo arterijų ultragarsinis tyrimas yra būtinas pacientams vyresniems nei 65 metų, kai yra bent vienas iš šių kriterijų: išeminis insultas arba PSIP anamnezėje, kairiosios vainikinės arterijos stenozę, periferinių kraujagyslių liga, rūkymas anamnezėje, užšęs ties miego arterija (IIa, C įrodymai).

6.1.6. Rizikos veiksnių prevencijos priemonės vykdančios įstaigos, specialistai, jų kompetencija

- 6.1.6.1. Rizikos veiksnių prevencijos priemonės vykdančios įstaigos: visų asmens sveikatos priežiūros lygių paslaugas teikiančios ASPĮ, kuriose dirba 6.1.6.2. punkte minimi specialistai.
- 6.1.6.2. Specialistai: šeimos gydytojas, bendrosios praktikos slaugytoja, gydytojas kardiologas, gydytojas endokrinologas, gyvensenos medicinos specialistas, gydytojas dietologas, gydytojas oftalmologas, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, gydytojas kraujagyslių chirurgas.
- 6.1.6.3. Specialistų kompetenciją reglamentuoja atitinkami teisės aktai, papildomai šiame dokumente ji neregamentuojama.

6.1.7. Rizikos veiksnių prevencijos priemonės

- 6.1.7.1. Rizikos veiksnių prevencijos priemonės, kurias vykdo šeimos gydytojo komanda.
- 6.1.7.2. Nutukusių pacientų, kuriems diagnozuotas metabolinis sindromas identifikavimas ir siuntimas konsultuoti gydytojui kardiologui ir (arba) gyvensenos medicinos specialistui, dietologui ir (arba) endokrinologui bei tinkamas su metaboliniu sindromu susijusių būklių gydymas (dislipidemijos, nutukimo, cukrinio diabeto, arterinės hipertenzijos).
- 6.1.7.3. Atrankos asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių sistemos ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos programos vykdymas.
- 6.1.7.4. Organų taikinių pažaidos stebėseną ir gydymas.

6.1.8. Tolesnio pacientų (asmenų), turinčių rizikos veiksnių, sveikatos būklės stebėsenos tvarka

- 6.1.8.1. Pagrindinių GSI rizikos veiksnių tvarką reglamentuoja teisės aktai; stebėseną vykdo šeimos gydytojas, visuomenės sveikatos specialistas, gyvensenos medicinos specialistas,

kardiologas, endokrinologas. Paciento stebėsenos tvarka individuali, priklauso nuo būklės ir ligos sunkumo. Šiame dokumente išsamiai informacija nėra pateikiama.

6.1.9. Slaugytojo veiklos insulto pirminei profilaktikai užtikrinti PAASPI:

- Slaugos problemos identifikavimas.
- Procedūrų atlikimas (pvz., antropometrinių matavimų, AKS, ŠSD monitoravimo ir kt. pagal amžių arba profilaktinio sveikatos tikrinimo programas).
- Vaistų administravimas.
- Slaugos priemonių parinkimas, skyrimas arba pratęsimas (išplėstinė slaugos praktika – vaistų pratęsimas).
- Savikontrolės ir savipriežiūros mokymas.
- Sveikos gyvensenos mokymas.
- Atliktų intervencijų dokumentavimas.
- Bendradarbiavimas su šeimos gydytoju ir (arba) kitais pirminės sveikatos priežiūros komandos nariais.

6.2. Diagnostika

Įtarus ŪGSKS, diagnostiniai tyrimai atliekami siekiant nustatyti tikslią ŪGSKS diagnozę ir etiologiją bei atmesti kitas ligas. Diagnostinių tyrimų apimtis priklauso nuo atlikimo vietos, paciento būklės ir ankstesnių tyrimų rezultatų. ŪGSKS yra urgentinė būklė, kurios metu reikia skubiosios medicinos pagalbos. Pirmieji insulto diagnostikos žingsniai pradedami GMP kvietimo priėmimo, registravimo metu.

6.2.1. GMP dispečerinė

6.2.1.1. Kvietimo priėmimas, registravimas.

6.2.1.1.1. Pagrindiniai klausimai:

- Koks yra įvykio vietos adresas? Namai, butas, įstaiga, orientyras, GPS.
- Koks yra telefono, iš kurio skambinate, numeris?
- Kas būtent atsitiko?
- Ar dabar esate su pacientu?
- Kiek jai (jam) metų?
- Ar jis sąmoningas (reaguojantis)?

6.2.1.1.2. Būdingų insulto požymių išsiaiškinimas. Paciento būklė turi būti įvertinta pateikiant FAST klausimyno, skalės klausimus ir registruojant simptomų atsiradimo laiką, jei kvietėjas įtaria insultą, arba kvietėjas kvietimo registravimo metu įvardija bent vieną iš šių simptomų: staiga sutriko kalba, staiga atsirado vienos pusės veido, rankos arba kojos silpnumas, nutirpimas, staiga sutriko pusiausvyra arba koordinacija, staiga sutriko rega viena arba abiem akimis, staiga atsirado stiprus galvos skausmas be aiškių priežasčių (5 priedas).

6.2.1.1.3. Jei buvo pateikti FAST klausimyno klausimai, Greitosios medicinos pagalbos kvietimo kortelės (110/a forma) (toliau – Forma 110/a) 2 bloke „Kvietimo priėmimas“ rekomenduojama įrašyti FAST klausimyno vertinimą ir laiką nuo simptomų atsiradimo pradžios (Kada tiksliai atsirado minėti simptomai? Kada paskutinį kartą matytas sveikas (-a), jei nėra techninės galimybės tai atlikti, ši informacija privalo būti perduota GMP brigadai).

6.2.1.1.4. Jei bent vienas FAST klausimyno atsakymas teigiamas, GMP dispečeris kvietimą priskiria pirmai kategorijai vadovaujantis Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos Ministro 2015 m. rugpjūčio 27 d.

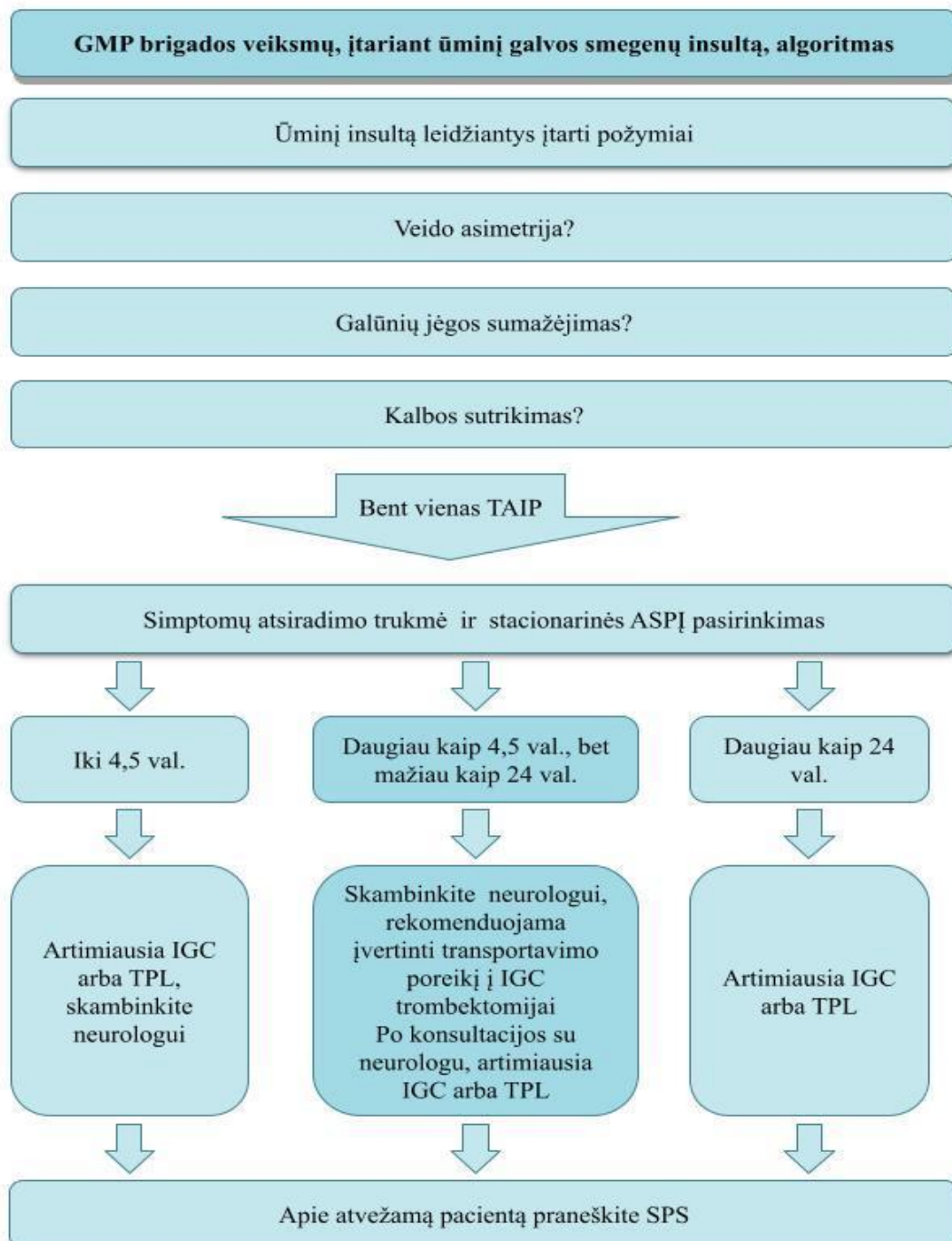
įsakymu Nr. V-1004 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos iškvietimų įvertinimo ir greitosios medicinos pagalbos brigados siuntimo į iškvietimo vietą tvarkos aprašo patvirtinimo.“

6.2.1.1.5. Jei GMP dispečeris išsiaiškino, kad vienas FAST klausimyno atsakymas teigiamas ir simptomų atsiradimo laikas yra mažiau 24 val., GMP brigadą rekomenduojama siųsti su švyturėliais.

6.2.1.2. Pajėgų priskyrimas:

6.2.1.2.1. Jei simptomų atsiradimo laikas yra iki 24 val. ir yra bent vienas teigiamas FAST insulto klausimyno atsakymas, siunčiama artimiausia GMP brigada. Jei yra kelios brigados, nutolusios nuo kvietimo vietos vienodu atstumu, esant galimybei, siunčiama klasterinė GMP brigada.

3 pav. Greitosios medicinos pagalbos brigados veiksmai įtariant insultą



6.2.2. GMP brigada. Pirminė paciento apžiūra ir pagalbos teikimo principai

6.2.2.1. Paciento apžiūra vyksta nurodyta tvarka įvertinant kvėpavimą, kraujotaką, neurologinę būklę (6 priedas).

6.2.2.1.1. Kvėpavimo takų įvertinimas: įvertinkite kvėpavimo takų praeinamumą, palaikykite atvirus kvėpavimo takus.

6.2.2.1.2. Kvėpavimo įvertinimas: suskaičiuokite kvėpavimo dažnį, matuokite SpO₂. Skirkite deguonį, jei SpO₂ <95 proc. (7 priedas).

6.2.2.1.3. Kraujotaka: suskaičiuokite pulsą, išmatuokite AKS. Užrašykite ir vertinkite 12-kos derivacijų EKG, jei yra nestabili hemodinamika ir (arba) įtariate ūminį išeminį sindromą.

6.2.2.1.4. Koreguokite hipotenziją, hipertenziją (8 priedas).

6.2.2.1.5. Naudokite intraveninį kateterį 18–20 G spindžio. Jei kateterio nepavyksta įstatyti iš pirmo karto, negaiškite laiko, jeigu pacientą reikia skubiai transportuoti.

6.2.2.1.6. Įvertinkite glikemiją, koreguokite hipoglikemiją.

6.2.2.1.7. Įvertinkite neurologinius simptomus:

6.2.2.1.7.1. Sąmonės būklė: AVPU (sąmoningas, reaguoja į garsą, reaguoja į skausmą, nesąmoningas).

6.2.2.1.7.2. Kalba. Klausimai: koks dabar mėnuo?, kiek Jums metų? Paliepiamai: atsimerkti ir užsimerkti.

6.2.2.1.7.3. Žvilgsnis: ar fiksuotas, nukrypęs į vieną pusę, akių judesių laisvumas.

6.2.2.1.7.4. Veido raumenų funkcija. Paprašykite parodyti dantis arba pakelti antakius ir užsimerkti. Vangiai reaguojantiems arba nesuprantantiems pacientams vertinamas mimikos simetriškumas, reaguojant į skausminius dirgiklius.

6.2.2.1.7.5. Rankos motorinė funkcija. Paprašykite paciento palaikyti paeiliui ištiestas rankas (delnais žemyn), pakeltas 90 laipsnių kampą (sėdint) arba 45 laipsnių kampą (gulint) 10 sek. Gerai išlaiko abi rankas. Neišlaiko rankos. Nepakelia rankos.

6.2.2.1.7.6. Kojos motorinė funkcija. Atliekama tik gulinčiam pacientui. Paprašykite paciento palaikyti paeiliui kojas, pakeltas 30 laipsnių kampą nuo horizontalios plokštumos 5 sek: gerai išlaiko abi kojas, neišlaiko pakeltos kojos, nepakelia kojos.

6.2.2.1.7.7. Galūnių ataksija. Tiriama pacientui atsimerkus. Atliekami piršto-nosies ir kelio-kulno mėginiai abiejose pusėse.

6.2.2.1.8. Anamnezė: **kada paskutinį kartą pacientas matytas sveikas, įrašykite GMP kortelėje F110/a kontaktinį telefono numerį asmens, kuris gali paliudyti simptomų pradžios laiką** (jei asmuo nevyksta kartu), paklauskite, ar alergiškas, kokius vartoja vaistus, kokios gretutinės ligos, ką ir kada valgė, kokios susirgimo ir įvykio aplinkybės.

4 pav. Greitosios medicinos pagalbos brigados pradiniai gydymo veiksmai

Pagalbos veiksmų, įtarus ūminį smegenų insultą, atmintinė

Jei SpO₂ ≤94 proc., skirkite deguonies

Įkiškite i/v kateterį, pradėkite lašinti skysčius, negaiškite laiko, jei sAKS normalus ir nepavyksta i/v kateterio įkišti iš karto, o pacientą reikia greitai transportuoti

Įvertinkite glikemiją, koreguokite hipoglikemiją, hiperglikemijai koreguoti lašinkite skysčius

Koreguokite hipotenziją, jeigu sistolinis AKS mažiau nei 90 mmHg

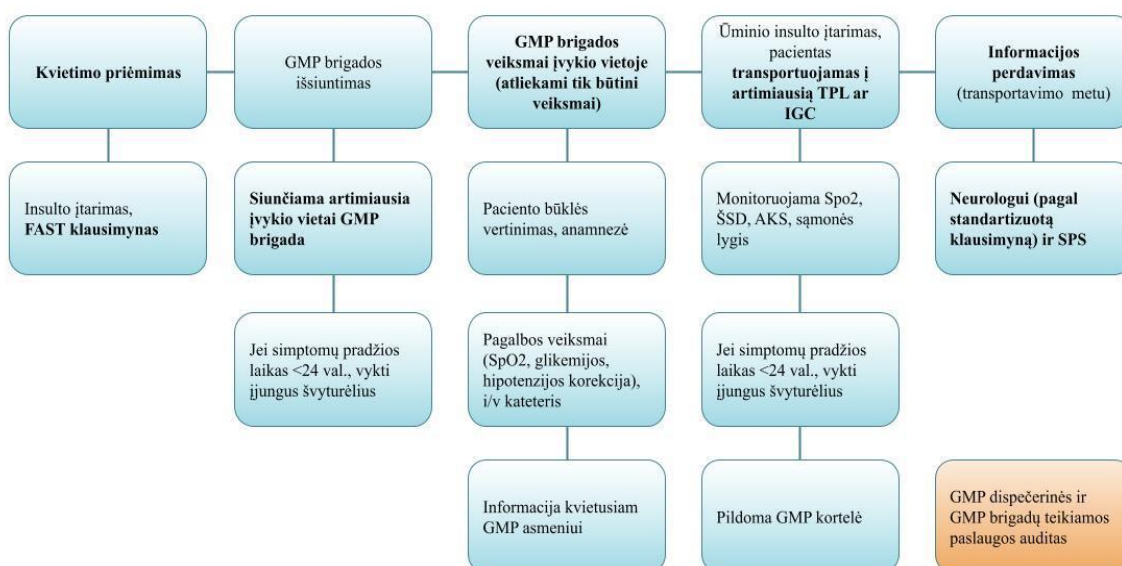
Koreguokite hipertenziją, jeigu sistolinis AKS viršija 220 mmHg, o diastolinis AKS – 120 mmHg

6.2.2.1.9. **Svarbu!** Ūminio insulto atveju, jei simptomų atsiradimo laikas yra iki 24 val., teikiant pagalbą, atliekami tik tie veiksmai ir procedūros, kurie yra būtini; prioritetas yra teikiamas greitam paciento transportavimui į TPL arba IGC (1, A įrodymai). Visi ūminį insultą patyrę pacientai turi būti transportuojami į artimiausią IGC arba TPL.

6.2.2.1.10. **Rekomenduojama:** ūminio insulto atveju, jei simptomų atsiradimo laikas yra mažiau nei 24 val., pacientą transportuoti įjungus švyturėlius (5 pav.).

5 pav. Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarka ūminio insulto atveju

GMP PASLAUGOS ORGANIZAVIMO TVARKA ŪMINIO INSULTO ATVEJU



6.2.2.1.11. Paciento būklės stebėseną transportuojant: transportavimo metu turi būti stebima GKS, AKS, ŠSD, SpO₂.

6.2.2.1.12. Informacija IGC arba TPL neurologui perduodama paskambinus stacionarinės įstaigos nurodytu telefono numeriu. Informacija turi būti perduodama visada, kai į TPL arba IGC transportuojamas pacientas, kurio simptomų atsiradimo laikas yra mažiau nei 24 val. Informacija, kurią GMP brigados vadovas perduoda IGC arba TPL neurologui, aprašyta 9 priede.

6.2.2.1.13. Informacijos perdavimas radijo ryšiu skubiosios pagalbos skyriaus personalui. Minimalus pranešimo turinys: amžius, lytis, pacientas transportuojamas dėl įtariamo insulto, numatomas GMP brigados atvykimo į SPS laikas. Informuoja GMP brigados vadovas arba dispečeris.

6.2.2.1.14. Informacija namiškiams ir (arba) iškvietusiam GMP asmeniui:

6.2.2.1.14.1. Atvykusi į iškvietimą, GMP brigada privalo prisistatyti.

6.2.2.1.14.2. Pacientui, iškvietusiam GMP asmeniui ir (arba) artimiesiems turi būti paaiškinti visi veiksmai atliekami pacientui.

6.2.2.1.14.3. Pacientui, iškvietusiam GMP asmeniui, artimiesiems būtina pranešti, į kokią stacionarinę ASPĮ pacientas transportuojamas.

6.2.3. Stacionariniai tyrimai, atliekami priėmimo (skubiosios pagalbos) arba kituose skyriuose

Gydytojas neurologas apie paciento, kuriam įtariamas ūminis insultas, atvykimą į insulto centro skubiosios pagalbos skyrių informuojamas iš anksto GMP personalo pranešant svarbius anamnezės ir klinikinių parametrų duomenis (9 priedas). Pacientui atvykus į skubiosios pagalbos skyrių, gydytojas neurologas bei visa insulto gydymo komanda pasitinka pacientą. Gydytojas neurologas įvertina paciento neurologinę būklę, patvirtina arba paneigia insulto diagnozę, įvertina indikacijas ir žinomas kontraindikacijas specializuotam insulto gydymui bei toliau vadovauja insulto gydymo komandai ir koordinuoja jos veiksmus. Jei apie paciento atvykimą nebuvo pranešta iš anksto, iškviečiamas gydytojas neurologas skubiai konsultacijai.

6.2.3.1. Pacientui atvykus, iš karto būtina:

6.2.3.1.1. Įvertinti kvėpavimo takų būklę ir užtikrinti jų praeinamumą.

6.2.3.1.2. Įvertinti AKS, širdies veiklą bei kvėpavimo funkciją; prireikus, užtikrinti gyvybinių funkcijų korekciją pagal atitinkamas rekomendacijas (I, A įrodymai).

6.2.3.1.3. Įvertinti ir palaikyti normalią kraujo oksigenaciją (SO₂ >95 proc.).

6.2.3.1.4. Naudoti intraveninę kateterį ir pradėti infuzinę terapiją natrio chlorido 0,9 proc. arba Ringerio tirpalu; neskirti gliukozės 5 proc. tirpalo.

Sprendžiant dėl specializuoto gydymo tikslingumo, iki jo paskyrimo būtina atlikti šiuos veiksmus:

6.2.3.1.5. Nustatyti gliukozės koncentraciją kraujyje.

6.2.3.1.6. Atlikti bendrąjį kraujo tyrimą (I, A įrodymai).

6.2.3.1.7. Atlikti kraujo krešėjimo tyrimus (TNS, ADTL, fibrinogenas), kai pacientas vartoja antikoagulantus arba galima pagrįstai įtarti jų vartojimą.

6.2.3.1.8. Įtariant ŪGSKS, visais atvejais rekomenduojama atlikti galvos smegenų nekontrastinę KT kaip pirmojo pasirinkimo vaizdinės diagnostikos metodą (I, A įrodymai) ir KT angiografiją. Galvos smegenų KT turi būti atlikta kaip įmanoma greičiau visiems pacientams, pirmumo eilę suteikiant pacientams, kuriems insulto simptomai prasidėjo daugiau nei prieš 24 val. Esant insulto susirgimo laikui, ilgesniam nei 6 val., KTA nustačius stambiosios galvos smegenų arterijos okliuziją bei planuojant atlikti MTE, papildomai atliekama galvos smegenų KT perfuzija. Kaip alternatyva vietoje KT gali būti atlikta galvos smegenų MRT.

6.2.3.1.9. Įvertinti AKS ir prireikus jį koreguoti prisilaikant ikistacionarinio gydymo nurodymų.

6.2.3.2. Pradėjus taikyti specializuotą gydymą trombolize arba nusprendus jo netaikyti, dėl kontraindikacijų atliekami šie tyrimai:

6.2.3.2.1. Užrašoma elektrokardiograma (I, A įrodymai).

6.2.3.2.2. Elektrolitų tyrimas, kai įtariamas jų disbalansas.

6.2.3.3. Tolesnis paciento tyrimas vykdomas pagal neurologo nurodymus. Po atliktų tyrimų reikia įvertinti tinkamumo bei netinkamumo kriterijus intraveninei trombolizei ir (arba) mechaninei trombektomijai. Specializuotas gydymas pradedamas taikyti maksimaliai greitai, kai tik nustatoma, kad pacientas atitinka visus kriterijus ir jam nėra kontraindikacijų.

6.2.3.4. Jei pasitvirtina ŪGSKS diagnozė, pacientas tolesniam tyrimui ir gydymui siunčiamas į neurologijos, reanimacijos ir intensyviosios terapijos arba kitą stacionaro skyrių, atsižvelgiant į paciento būklę, skiriamo gydymo rūšį bei ligoninės vidinę tvarką. Visi žemiau nurodyti tyrimai atliekami gydytojo neurologo sprendimu. Jų atlikimo apimtis ir eiliškumas priklauso nuo konkrečios klinikinės situacijos.

6.2.3.5. Galvos smegenų MRT tyrimas gali būti rekomenduojamas pacientams, kuriems diagnozė po KT tyrimo lieka neaiški, galvos smegenų KT neinformatyvi. MRT tyrimas pranašesnis diagnozuojant lakūninius infarktus, židinius smegenėlėse ir smegenų kamiene, smegenų kraujagyslių užsikimšimus (atliekant magnetinio rezonanso angiografiją), smegenų edemą (II, A įrodymai).

6.2.3.6. Ekstrakranijinių ir (arba) intrakranijinių galvos smegenų kraujagyslių ultragarsiniai tyrimai (EKSS, TKD, TKSS) atliekami siekiant įvertinti arterijų būklę (nustatyti aterosklerozinius ir uždegiminius pokyčius, disekaciją, vazospazmą) bei kraujotakos rodiklius (IIb, C–E įrodymai). Jų atlikimas ir eiliškumas priklauso nuo paciento būklės.

6.2.3.7. Širdies echoskopija rekomenduojama pacientams, sergantiems neaiškos kilmės PSIP arba SI, ieškant kardiogeninės embolizacijos šaltinių arba atviros ovalinės angos (AOA). Jei transtorakalinės echokardioskopijos rezultatai yra neigiami arba abejotini, rekomenduojama atlikti perstemplinę echokardioskopiją (IIb, B–R įrodymai).

6.2.3.8. Pacientams iki 50 metų šuntinėms srovėms iš dešiniųjų į kairiąsias širdies ertmes nustatyti kaip atrankinis tyrimas rekomenduojama kontrastinė TKD (IIb, A įrodymai). Tiksliai AOA diagnozė nustatoma planuojant perkuteterinę korekciją kaiščiu nustatoma atlikus kontrastinę perstemplinę echokardioskopiją (I, C įrodymai).

6.2.3.9. Galvos smegenų arterijų KT angiografija, venografija arba MRT su kraujagysliniu režimu (magnetinio rezonanso angiografija, magnetinio rezonanso venografija) gali būti rekomenduojama:

6.2.3.9.1. Įtariant galvos smegenų venų arba veninių ančių trombozę.

6.2.3.9.2. Įtariant aneurizmą, kavernomą arba arterioveninę malformaciją (AVM).

6.2.3.9.3. Siekiant įvertinti Vilizijaus rato arterijų būklę.

6.2.3.9.4. Siekiant patikslinti vidinės miego arterijos (VMA) arba intrakranijinių stambiųjų arterijų stenozės laipsnį ir diferencijuoti nuo okliuzijos.

6.2.3.9.5. Įtariant ekstrakranijinių arba intrakranijinių arterijų disekaciją.

6.2.3.9.6. Įtariant fibroraumeninę displaziją.

6.2.3.10. Galvos smegenų subtrakinė skaitmeninė angiografija gali būti rekomenduojama įtariant:

6.2.3.10.1. Aneurizmą, kavernomą arba AVM.

6.2.3.10.2. Galvos smegenų venų arba veninių ančių trombozę.

6.2.3.10.3. Cerebrinį vaskulitą.

6.2.3.10.4. Moyamoya sindromą.

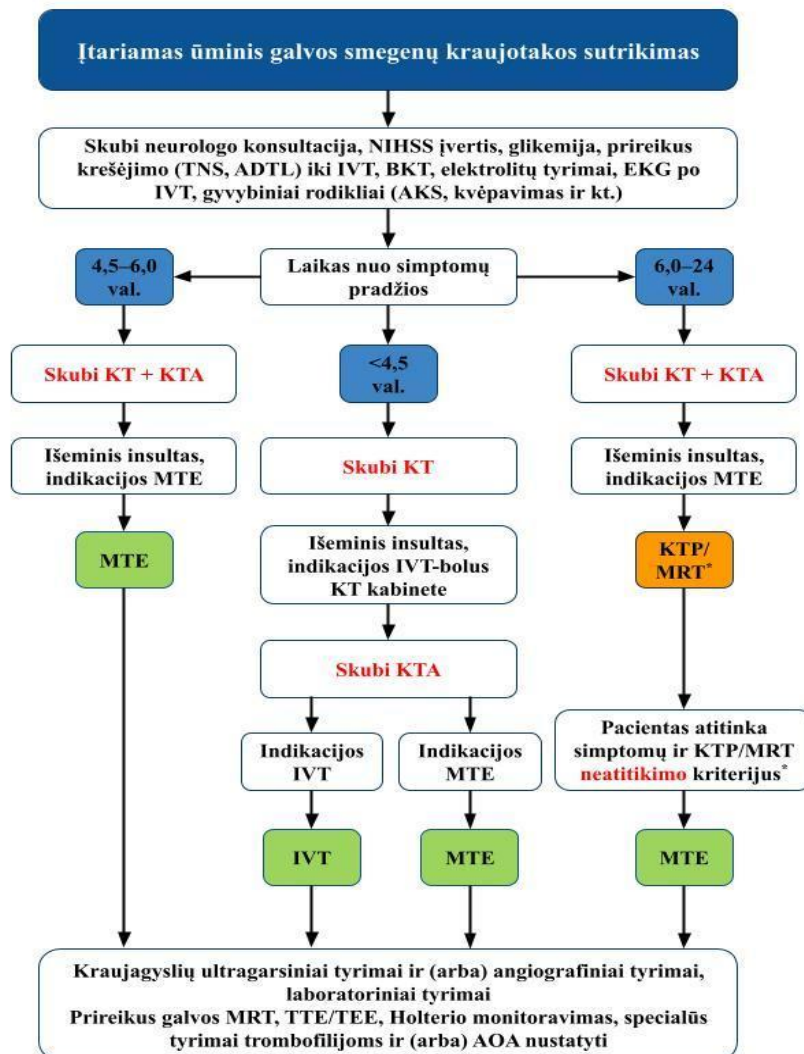
6.2.3.10.5. Kietojo dangalo arterinę veninę fistulę.

6.2.3.11. Aortos lanko angiografinis tyrimas gali būti rekomenduojamas, kai ultragarsiniu tyrimu yra nustatyta miego arba slankstelinės arterijos ≥ 50 proc. stenozė ir planuojamas chirurginis arba endovaskulinis kraujagyslių gydymas.

6.2.3.12. Tiriant insultą, įvykusį jaunesniems nei 50 metų pacientams, kai nėra akivaizdžių įprastinių kraujagyslių ligų rizikos veiksnių, rekomenduojama laikytis pagilinto tyrimo taktikos (10 priedas).

6.2.3.13. Atvykus pacientui, kuriam įtariamas ūminis insultas, pirmą kartą turėtų būti atliekami tik tie tyrimai, kurie reikalingi įvertinti galimas indikacijas ir kontraindikacijas specializuotam gydymui.

6 pav. Paciento, kuriam įtariamas ūminis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas, diagnostinių tyrimų atlikimo schema



Santrumpos: ADTL – aktyvuoto dalinio tromboplastino laikas, AOA – atvira ovalioji anga, EKG – elektrokardiograma, IVT – intraveninė trombolizė, MTE – mechaninė trombektomija, MRT – magnetinio rezonanso tomografija, NIHSS – Nacionalinių sveikatos institutų insulto skalė, KT – kompiuterinė tomografija, KTA – kompiuterinės tomografijos angiografija, KTP – kompiuterinės tomografijos perfuzija, TNS – tarptautinis normalizuotas santykis, TEE – transezofaginė echokardioskopija, TTE – transtorakalinė echokardioskopija.

*MRT tyrimas gali būti atliekamas, jei KTP nerodo insulto lokalizacijos esant aiškiai klinikai, arba jei MRT tyrimas rekomenduojamas aptarus su gydytoju radiologu.

Diagnostikos veiksmingumo ir kokybės vertinimo rodikliai bei jų siektinos reikšmės patekiami XII skyriuje.

Kitų specialistų konsultacijų poreikis nėra baigtinis ir priklauso nuo diagnostinių tyrimų metu nustatytų pokyčių. Gydymo įstaigos yra patvirtinusios konsultacijų teikimo tvarką, kuria reikėtų vadovautis kiekvienu atskiru atveju.

6.3. Išeminio insulto gydymas

Insulto gydymas skirstomas į kelis etapus: ikistacionarinis, stacionarinis nediferencijuotas (bazinis gydymas) ir stacionarinis specializuotas. Ikistacionarinis ir stacionarinis bazinis gydymas taikomas visiems pacientams, sergantiems ŪGSKS.

6.3.1. Ikistacionarinis išeminio insulto gydymas

6.3.1.1. Jei $SpO_2 < 95$ proc., skirti deguonį (1 C įrodymai). Deguonies teikimo priemonė ir srautas pasirenkami atsižvelgiant į būklę, priežastį, gretutines ligas. Pradedame deguonį skirti nuo mažesnio srauto 2–6 l/min. per nosines kaniules. Tikslas – palaikyti deguonies įsotinimą 95–98 proc. ribose (7 priedas).

6.3.1.2. Koreguokite hipertenziją, jeigu sistolinis AKS > 220 mm Hg, diastolinis AKS > 120 mm Hg ir (arba) yra išreikštas širdies nepakankamumas, ūminis miokardo infarktas ir (arba) įtariamas aortos atsisluoksniavimas, ūminis inkstų funkcijos nepakankamumas. Hipertenzijos korekcija neturi uždelsti paciento pristatymo į IGC arba TPL. Hipertenzijos korekcijai rekomenduojami intraveniniai vaistai, pirmojo pasirinkimo labetalolis, enalaprilis. Pacientui, kuriam numatoma atlikti trombolizę, AKS jau iki trombolizės pradžios turi būti sumažinamas iki sistolinio AKS < 185 mm Hg ir diastolinio AKS < 110 mm Hg.

6.3.1.3. Koreguokite hipotenziją. Jei sistolinis AKS < 90 mm Hg, naudotinas intraveninis kateteris (18G–20G dydžio), koreguojama natrio chlorido 0,9 proc. arba Ringerio tirpalu; neskirti gliukozės 5 proc. tirpalo. (8 priedas).

6.3.1.4. Jei gliukozės kiekis kraujyje mažiau nei 3,0 mmol/l, koreguokite 200 mg/ml (20 proc.) arba 100 mg/ml (10 proc.) gliukozės tirpalu.

6.3.1.5. Pacientai, sergantys ūminiu insultu, turi būti gydomi stacionare, geriausiai – specializuotuose padaliniuose, skirtuose sergančiųjų insultu gydymui (I, A įrodymai). Jei tokių padalinių gydymo įstaigoje nėra, galima gydyti neurologijos arba bendro profilio stacionaro skyriuose. Jei paciento būklė sunki (yra gyvybinių funkcijų sutrikimas), jis turi būti gydomas reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriuje.

Stacionarinis specializuotas gydymas taikomas tuomet, kai yra tiksliai nustatyta ŪGSKS rūšis ir specializuotam gydymui nėra kontraindikacijų. Taikant specializuotą gydymą, lieka galioti bazinio gydymo principai, jei jie neprieštarauja specializuotam gydymui.

6.3.2. Stacionarinis išeminio insulto gydymas

6.3.2.1. Ūminio išeminio insulto specializuotas gydymas

Ištikus ūminiam išeminiam galvos smegenų insultui, reperfuzinis gydymas (intraveninė trombolizė, mechaninė trombektomija arba jų derinys) tinkamiems pacientams (p. 6.3.2.1.2.) taikytinas kaip pirmojo pasirinkimo gydymo metodas (I, A įrodymai).

6.3.2.1.1. Intraveninės trombolizės atlikimo sąlygos

Intraveninė trombolizė rekomenduojama pacientams, sergantiems ūminiu išeminiu insultu.

6.3.2.1.1.1. Gydymas intravenine trombolize turi būti skiriamas tik specializuotame IGC arba TPL, kur yra:

6.3.2.1.1.1.1. Personalas, apmokytas skirti vaistą ir stebėti dėl galimų IVT komplikacijų.

6.3.2.1.1.1.2. Sertifikuoti slaugytojai, apmokyti ūminį galvos smegenų insultą patyrusio paciento gydymo IVT ir priežiūros.

6.3.2.1.1.1.3. Užtikrinta paciento gyvybinių funkcijų ir neurologinės būklės stebėsena 24 val. po trombolizės intensyviosios stebėsenos palatoje arba reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriuje.

6.3.2.1.1.1.4. Yra galimybė atlikti galvos smegenų KT bet kuriuo paros metu.

6.3.2.1.1.1.5. Intraveninė trombolizė turi būti pradėta per kiek įmanomą trumpesnę laiką nuo paciento patekimo į gydymo įstaigą. Pacientui – potencialiam kandidatui intraveninei trombolizei turi būti atliekami tik būtiniausi tyrimai, siekiant įvertinti tinkamumą trombolizei. Tokiems pacientams visi tyrimai turi būti atliekami prioritetine tvarka.

6.3.2.1.1.1.6. Intraveninei trombolizei skiriamas rekombinantinis žmogaus audinių plazminogeno aktyvatorius (rt-PA) alteplazė: suminė dozė trombolizei – 0,9 mg/kg kūno masės, maksimali dozė – 90 mg. 10 proc. suminės dozės greitai suleidžiama į veną (boliusu), o likusi dalis sulašinama į veną per 60 min. švirkštine pompa (I, A įrodymai). Streptokinazė arba urokinazė insultui gydyti nenaudojama (III, A įrodymai).

6.3.2.1.1.1.7. Sprendimą atlikti trombolizę priima neurologas. Jei yra neesminių nuokrypių nuo protokolo reikalavimų, trombolizės atlikimo klausimas sprendžiamas individualiai pagal ligoninėje nustatytas vidaus taisykles.

6.3.2.1.1.1.8. Intraveninė trombolizė atliekama reanimacijos ir intensyviosios terapijos, neurologijos arba kitame skyriuje, jei išpildomi 6.3.2.1.1.1.1.– 6.3.2.1.1.1.6. punktų reikalavimai.

6.3.2.1.1.1.9. Kiekviename IGC ir TPL turi būti parengti IVT gydymo ir paciento stebėsenos IVT metu bei po jos ir galimų su gydymu susijusių komplikacijų prevencijos ir gydymo protokolai, remiantis žemiau nurodytomis indikacijomis ir kontraindikacijomis intraveninei trombolizei bei galimų komplikacijų gydymu. Gydymas IVT nesiskiria priklausomai nuo paciento amžiaus grupės.

6.3.2.1.2. Tinkamumo intraveninei trombolizei kriterijai:

6.3.2.1.2.1. Išeminis ŪGSKS.

6.3.2.1.2.2. Simptomų atsiradimo laikas yra tiksliai žinomas [1] ir neviršija 4,5 val. iki trombolizės pradžios.

6.3.2.1.2.3. Vaizdiniuose tyrimuose matoma išemijos zona neviršija 33 proc. užsikimšusios kraujagyslės maitinamos zonos (kriterijus taikomas VMA baseinui).

6.3.2.1.2.4. Pacientas iki insulto pradžios buvo savarankiškas kasdienėje veikloje (mRS 0–2) (11 priedas).

6.3.2.1.3. Netinkamumo intraveninei trombolizei kriterijai:

6.3.2.1.3.1. Pacientas vartoja netiesioginio veikimo antikoagulantus [2] ir (arba) protrombino laikas daugiau nei 15 sek. ($TNS \geq 1,7$).

6.3.2.1.3.2. Nuo ne vitamino K antagonistų geriamųjų antikoagulantų (NGAK) (tiesioginių trombino arba faktoriaus Xa inhibitorių) paskutinės dozės suvartojimo praėjo mažiau kaip 48 val. [3].

[1] Jei ligos pradžia tiksliai nežinoma, simptomų atsiradimu laikomas paskutinis žinomas laikas, kai dar nebuvo šio galvos smegenų kraujotakos sutrikimo požymių.

[2] Jei pacientas vartoja (arba pastaruoju metu vartojo) netiesioginio veikimo geriamuosius antikoagulantus, tačiau $TNS < 1,7$, tai nelaikoma netinkamumo kriterijumi sisteminei trombolizei. Jei nežinoma, kad pacientas vartoja netiesioginio veikimo antikoagulantus, intraveninė trombolizė gali būti pradėta neturint TNS rezultatų. Gavus TNS rezultatą $\geq 1,7$, trombolizė nedelsiant nutraukiama.

[3] Vartojantiems dabigatraną po neutralizuojamojo preparato idarucizumabo suleidimo trombolizė gali būti pradėta iš karto; intraveninę trombolizę atlikti galima nepaisant NGAK vartojimo, jei specifiniai šių vaistų koncentraciją vertinantys tyrimai rodo mažesnę nei terapinę vaisto koncentraciją (< 30 ng/ml). 6.3.2.1.3.3. Per paskutines 48 val. pacientui buvo skirtas heparinas ir yra prailgėjęs ADTL (du kartus viršija viršutinę normos ribą), arba nuo paskutinės MMMH dozės paskyrimo praėjo mažiau kaip 12 val.

- 6.3.2.1.3.4. Kraujavimas iš virškinamojo trakto arba šlapimo takų per pastarąsias tris savaites.
- 6.3.2.1.3.5. Per pastarąsias 10 dienų punktuota kraujagyslė, kurios neįmanoma užspausti.
- 6.3.2.1.3.6. Didelės apimties chirurginė operacija per pastaruosius 3 mėn.
- 6.3.2.1.3.7. Hemoraginė diatezė arba hemoraginė retinopatija.
- 6.3.2.1.3.8. ISK anamnezėje.
- 6.3.2.1.3.9. Sunki centrinės nervų sistemos liga anamnezėje arba kita gretutinė lėtinė liga, kuri reikšmingai apsunkina gyvenimo prognozę.
- 6.3.2.1.3.10. Nekontroliuojama arterinė hipertenzija: sistolinis AKS >185 mm Hg arba diastolinis AKS >110 mm Hg iki gydymo pradžios.
- 6.3.2.1.3.11. Bakterinis endokarditas, perikarditas.
- 6.3.2.1.3.12. Ūminis pankreatitas.
- 6.3.2.1.3.13. AVM arba nustatyta neplyšusi intrakranijinė aneurizma.
- 6.3.2.1.3.14. Vėžys su padidėjusia kraujavimo rizika.
- 6.3.2.1.3.15. Sunki kepenų liga.
- 6.3.2.1.3.16. Atliekant galvos smegenų KT, nustatomi ISK arba SAK požymiai, arba ankstyvieji pokyčiai, būdingi dideliame išeminiam insultui.
- 6.3.2.1.3.17. Trombocitopenija $<100 \times 10^9/l$ ($<100\,000/mm^3$)[4].
- 6.3.2.1.3.18. Per pastaruosius 3 mėn. buvęs insultas, intrakranijinė operacija arba sunki galvos trauma.
- 6.3.2.1.3.19. Gliukozės koncentracija kraujyje $<2,8\text{ mmol/l}$ arba $>22,3\text{ mmol/l}$.
- 6.3.2.1.3.20. Traukuliai insulto pradžioje.
- 6.3.2.1.3.21. Nėštumas arba gimdymas per pastarąsias 10 parų.

6.3.2.1.4. Tinkamumo mechaninei trombektomijai kriterijai:

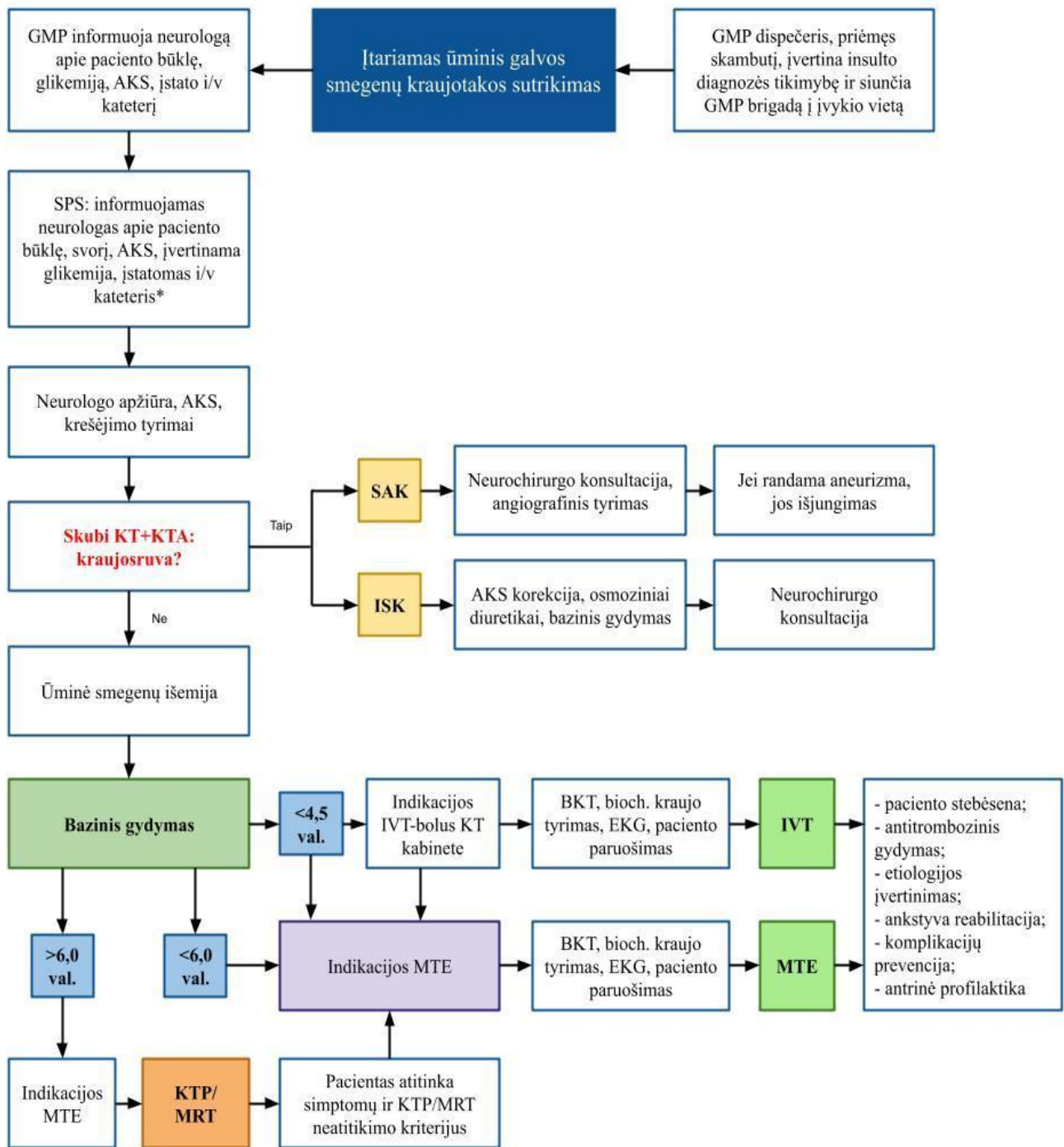
- 6.3.2.1.4.1. Žinomas laikas nuo simptomų atsiradimo pradžios iki arterijos punkcijos neviršija 6 val.
- 6.3.2.1.4.2. Paciento amžius – 18 metų arba daugiau.
- 6.3.2.1.4.3. Pacientas iki insulto pradžios buvo savarankiškas kasdienėje veikloje (mRS 0–2) (11 priedas).
- 6.3.2.1.4.4. Atlikus KTA arba skaitmeninę subtrakcinę angiografiją nustatoma intrakranijinė VMA okliuzija, VSA M1 arba M2 segmento, pamatinės arterijos arba slankstelinės arterijos okliuzija.
- 6.3.2.1.4.5. ASPECTS ≥ 6 balai.
- 6.3.2.1.4.6. Mechaninė trombektomija svarstyтина pacientams, kai yra stambiosios arterijos (VMA distalinės dalies, VSA M1 segmento, pamatinės arterijos) okliuzija, nuo simptomų atsiradimo pradžios praėjo 6–24 val., jie visiškai atitinka 6.3.2.1.4.1.–6.3.2.1.4.5. punktuose nurodytus kriterijus, o neurovaizdinių tyrimų ir klinikinio vertinimo rezultatai atitinka galiojantį gydymo įstaigos insulto gydymo protokolą ir leidžia tikėtis palankios prognozės.

[4] Jei nėra duomenų apie trombocitopeniją, trombolizė gali būti pradėta neturint trombocitų skaičiaus rezultato. Gavus trombocitų skaičiaus rezultatą $<100 \times 10^9/l$ ($<100\,000/mm^3$), trombolizė nedelsiant nutraukiama.

6.3.2.1.5. Netinkamumo mechaninei trombektomijai kriterijai:

- 6.3.2.1.5.1. Pacientas vartoja netiesioginio veikimo antikoagulantus ir TNS >3 (NGAK nelaikomi netinkamumo kriterijumi mechaninei trombektomijai).
- 6.3.2.1.5.2. Nekontriuojama arterinė hipertenzija: sistolinis AKS >185 mm Hg arba diastolinis AKS >110 mm Hg iki gydymo pradžios.
- 6.3.2.1.5.3. Gliukozės koncentracija kraujyje <2,8 mmol/l.
- 6.3.2.1.5.4. Glikemija >22 mmol/l arba taikomas gydymas hemodialize, peritonine dialize.
- 6.3.2.1.5.5. Trombocitopenija <30 x 10⁹.
- 6.3.2.1.5.6. Žinoma kraujavimo diatezė.
- 6.3.2.1.5.7. Atliekant galvos smegenų KT, nustatomi intracerebrinės arba subarachnoidinės kraujosruvos požymiai.
- 6.3.2.1.5.8. Ūminės išemijos zona, kuri galvos KT/MRT užima $\geq 1/3$ vidurinės smegenų arterijos teritorijos ir (arba) ryškus masės efektas su vidurio linijos poslinkiu, pokyčiais smegenų kamieno arba smegenėlių pusrutuliuose.
- 6.3.2.1.5.9. Galvos smegenų pažeidimas su didele kraujavimo rizika (tumoras, abscesas, kraujagyslinė malformacija, aneurizma); intrakranijinė operacija arba galvos smegenų trauma per pastaruosius 3 mėn.
- 6.3.2.1.5.10. ISK anamnezėje.
- 6.3.2.1.5.11. Poūmis bakterinis endokarditas.
- 6.3.2.1.5.12. Sunkios gretutinės ligos su bloga prognoze.
- 6.3.2.1.5.13. Esant nėštumui, sprendžiama individualiai dalyvaujant akušeriui-ginekologui.
- 6.3.2.1.6. Galutinį sprendimą dėl gydymo mechanine trombektomija priima neurologas ir intervencinis radiologas arba kitas specialistas, turintis atitinkamą kompetenciją, įvertinęs 6.3.2.1.4. ir 6.3.2.1.5. punktuose nurodytus kriterijus.
- 6.3.2.1.7. Visais atvejais reperfuzinio gydymo taktika ir gydymo metodo (intraveninės trombolizės arba mechaninės trombektomijos) eiliškumas yra individualūs ir parenkami gydytojo neurologo arba gydytojo neurologo kartu su intervenciniu radiologu arba kitu specialistu, turinčiu atitinkamą kompetenciją, vertinant aukščiau išvardintus atrankos kriterijus. Jei yra nuokrypių nuo protokolo reikalavimų, trombektomijos atlikimo klausimas sprendžiamas sprendimą įforminus gydytojų konsiliumu.
- 6.3.2.1.8. Kiekviename IGC ir TPL turi būti parengti MTE gydymo ir paciento stebėsenos po MTE ir galimų su gydymu susijusių komplikacijų prevencijos ir gydymo protokolai remiantis žemiau nurodytomis indikacijomis ir kontraindikacijomis mechaninei trombektomijai bei galimų komplikacijų gydymu.

7 pav. Paciento, kuriam įtariamas ūminis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas, tyrimo ir gydymo stacionare schema



*Intraveninio kateterio naudojimas ir glikemijos tyrimas atliekamas tuomet, kai iki atvykimo į SPS to nebuvo padaryta;

ISK – intrasmegeginė spontaninė kraujosruva; IVT – intraveninė trombolizė; KT – kompiuterinė tomografija; KTP – kompiuterinės tomografijos perfuzija; MRT – magnetinis rezonansas; SAK – subarachnoidinė kraujosruva; MTE – mechaninė trombektomija; BKT – bendrasis kraujo tyrimas; EKG – elektrokardiograma.

Laikas nuo pirmųjų insulto simptomų <4,5 val., <6,0 val. ir > 6,0 val. Simptomų ir KTP/MRT neatitikimo kriterijai – insulto simptomų ir KT perfuzijos, MRT insulto šerdies tūrio neatitikimo kriterijai pagal DAWN ir DEFUSE 3 tyrimus.

Jei indikacijos MTE patvirtinamos TPL, tolimesniam gydymui pacientams nukreipiamas į IGC.

6.3.2.2. Išeminio insulto bazinis gydymas

Bazinis insulto gydymas pradedamas pacientui atvykus į skubiosios pagalbos skyrių ir toliau tęsiamas kituose ligoninės skyriuose. Jo trukmė priklauso nuo klinikinės situacijos, o jo apimtį bei eiliškumą koordinuoja gydytojas neurologas.

- 6.3.2.2.1. Stebėti vandens ir elektrolitų pusiausvyrą ir prireikus koreguoti natrio chlorido 0,9 proc. arba Ringerio tirpalais siekiant palaikyti hematokritą apie 0,33.
- 6.3.2.2.2. Stebėti AKS, tačiau ūminiu laikotarpiu jo įprastai nemažinti, išskyrus atvejus, kai yra:
 - 6.3.2.2.2.1. SI ir sistolinis AKS >220 mm Hg arba diastolinis >120 mm Hg.
 - 6.3.2.2.2.2. ISK ir sistolinis AKS >140 mm Hg per pirmas 6 val. nuo ligos pradžios.
 - 6.3.2.2.2.3. SAK.
 - 6.3.2.2.2.4. Ūminis širdies nepakankamumas.
 - 6.3.2.2.2.5. ŪMI.
 - 6.3.2.2.2.6. Plaučių edema.
 - 6.3.2.2.2.7. Aortos atsisluoksniavimas.
 - 6.3.2.2.2.8. Ūminis inkstų funkcijos nepakankamumas.
- 6.3.2.2.3. Pacientui, kuriam numatoma atlikti trombolizę ir (arba) mechaninę trombektomiją, AKS iki trombolizės pradžios reikia sumažinti iki sistolinio <185 mm Hg, diastolinio <110 mm Hg ir palaikyti neviršijant 180/105 mm Hg procedūros metu bei 24 val. po jos (I, B įrodymai).
- 6.3.2.2.4. Jei netaikoma trombolizė ir reikia koreguoti arterinę hipertenziją, padidėjusį AKS pirmą insulto dieną rekomenduojama koreguoti palaipsniui, sumažinant 15 proc. pradinio AKS per pirmas 24 val. po insulto.
- 6.3.2.2.5. Neskirti nifedipino, vengti arterinės hipotenzijos ir ją koreguoti skysčių infuzijomis, prieikis ir vazopresoriais.
- 6.3.2.2.6. Stebėti kraujo oksigenaciją:
 - 6.3.2.2.6.1. Esant hipoksemijai (pagal kraujo dujų tyrimą arba $SO_2 <95$ proc.), skirti papildomą deguonies terapiją (I, C įrodymai).
 - 6.3.2.2.6.2. Esant kvėpavimo nepakankamumui, rekomenduojama intubacija ir DPV (I, C įrodymai).
- 6.3.2.2.7. Stebėti gliukozės koncentraciją kraujyje, ypač cukriniu diabetu sergantiems pacientams:
 - 6.3.2.2.7.1. Koreguoti hiperglikemiją, jei gliukozės koncentracija veniniame kraujyje >10 mmol/l, vartojant trumpo veikimo insuliną.
 - 6.3.2.2.7.2. Skubiai koreguoti hipoglikemiją, vartojant 200 mg/ml (20 proc.) arba 100 mg/ml (10 proc.) gliukozės tirpalus.
- 6.3.2.2.8. Stebėti neurologinę būklę, jai blogėjant, įvertinti komplikacijų, gretutinių ligų atsiradimo arba dekomensacijos, pakartotinio ŪGSKS galimybę ir atitinkamai koreguoti tyrimų bei gydymo taktiką.
- 6.3.2.2.9. Pacientui karščiuojant daugiau nei $37,5^{\circ}C$:
 - 6.3.2.2.9.1. Mažinti temperatūrą medikamentais ir (arba) fizinėmis priemonėmis siekiant normotermijos (III, C įrodymai).
 - 6.3.2.2.9.2. Nustatyti galimą infekciją ir ją adekvačiai gydyti.

- 6.3.2.2.10. Neskirti antibiotikų, antigrybelinių ir antivirusinių medikamentų profilaktiškai pacientams, kurių imuninė sistema normali (II, B įrodymai).
- 6.3.2.2.11. Esant gyvybinių funkcijų sutrikimui ir būtinumui taikyti DPV, pacientą reikia gydyti reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriuje. Kitos bazinio stacionarinio gydymo priemonės gali būti taikomos bendrojo profilio arba kituose skyriuose pagal ligoninės vidinę tvarką.
- 6.3.2.2.12. Pirmas reabilitacijos etapas pradedamas kaip galima greičiau stabilizavus paciento būklę.
- 6.3.2.2.13. Visiems pacientams per pirmas valandas nuo jų atvykimo į specializuotą skyrių reikia įvertinti, o nustačius sutrikimus arba rizikos veiksnius, tinkamai koreguoti:
- 6.3.2.2.13.1. Gebėjimą ryti.
 - 6.3.2.2.13.2. Betarpiškus poreikius, susijusius su padėties išlaikymu, judėjimu ir apsitarnavimu.
 - 6.3.2.2.13.3. Šlapinimosi kontrolę.
 - 6.3.2.2.13.4. Odos pažeidimų ir pragulų rizikos veiksnius.
 - 6.3.2.2.13.5. Gebėjimą suprasti ir vykdyti paliepiamus.
 - 6.3.2.2.13.6. Gebėjimą išreikšti savo poreikius ir norus.
 - 6.3.2.2.13.7. Mitybos poreikius, įpročius ir skysčių balansą.
 - 6.3.2.2.13.8. Klausą (ar nereikia pagalbinių priemonių).
 - 6.3.2.2.13.9. Regą (ar nereikia pagalbinių priemonių).
 - 6.3.2.2.13.10. Neigimo fenomeno ankstyvus požymius.

6.3.2.3. Paciento stebėseną ir papildomas gydymas trombolizės metu bei po jos

- 6.3.2.3.1. Neurologinė būklė vertinama pagal NIH insulto skalę (12 priedas) pacientui atvykus, iš karto po trombolizės, po 24 val. ir po septynių parų arba išrašant iš skyriaus.
- 6.3.2.3.2. Kontrolinė galvos smegenų KT atliekama po 24 val., o pablogėjus neurologinėi būklei ir (arba) įtarus ISK – nedelsiant.
- 6.3.2.3.3. AKS trombolizės metu ir 24 val. po jos turi neviršyti 180/105 mm Hg. Jei reikia mažinti AKS, rekomenduojamas labetalolis [5], enalaprilatas arba metoprololis injekcijomis į veną arba kiti greitai AKS mažinantys vaistai.
- 6.3.2.3.4. Antiagregantai po trombolizės neskiriami 24 val. (I, A įrodymai).
- 6.3.2.3.5. Antikoagulantai po trombolizės neskiriami 24 val. (IIb, B–NR įrodymai). Anksčiau jie gali būti skiriami tik tais atvejais, kai yra giliųjų venų trombozės ir plaučių arterijos embolijos didelio laipsnio rizika.

6.3.2.4. Trombolizės sukulto kraujavimo gydymas ir paciento stebėseną

- 6.3.2.4.1. Jei nebaigta, trombolizė nedelsiant nutraukiama.
- 6.3.2.4.2. Paimamas kraujo tyrimas nustatyti hematokritui, hemoglobinui, trombocitams, ADTL, protrombino laikui ir TNS, fibrinogenui.
- 6.3.2.4.3. Chirurgo, o esant intrakranijinei kraujosruvai, neurochirurgo konsultacija.
- 6.3.2.4.4. Esant nestipriam kraujavimui, užtikrinama paciento stebėseną.

[5] Vaistinis preparatas gali būti tiekiamas tik vadovaujantis „Vardinių vaistinių preparatų įsigijimo taisyklėmis“, patvirtintomis LR Sveikatos apsaugos Ministro 2007 m. balandžio 5 d. įsakymu Nr. V-233.

- 6.3.2.4.5. Esant stipriam arba gyvybei pavojingam kraujavimui, skiriami krioprecipitatas arba šviežiai šaldyta plazma, trombocitų ir eritrocitų masė (konkretus gydymas priklauso nuo klinikinės situacijos).
- 6.3.2.4.6. Prireikus chirurginis gydymas galimas praėjus ne mažiau kaip 10 min. po trombolizės pabaigos ir esant normaliems krešėjimo rodikliams.
- 6.3.2.4.7. Heparinas arba MMMH įprastiniam insulto gydymui nerekomenduojami (I, A įrodymai). Įvertinus galimo kraujavimo riziką, jie gali būti skiriami šiose klinikinėse situacijose:
 - 6.3.2.4.7.1. Kardioembolinis insultas su didele pakartotinės embolizacijos rizika (CHADS₂-VASc) skalė; 1 priedas).
 - 6.3.2.4.7.2. VMA ekstrakranijinės dalies disekacija.
 - 6.3.2.4.7.3. Ekstrakranijinės arba intrakranijinės arterijos sunkaus laipsnio stenoze iki chirurginio gydymo.
 - 6.3.2.4.7.4. Fliktuojanti ligos eiga.
 - 6.3.2.4.7.5. Progresuojantis kamieninis insultas.
 - 6.3.2.4.7.6. Galvos smegenų venų ir (arba) veninių ančių trombozė.
 - 6.3.2.4.7.7. Antifosfolipidinis sindromas ir įgimta trombofilija.
- 6.3.2.4.8. Jei nėra kontraindikacijų, pradedama skirti acetilsalicilo rūgštis mažomis dozėmis (100–150 mg per parą), išskyrus pirmas 24 val. po trombolizės (I, A įrodymai).

6.3.2.5. Išeminio insulto komplikacijų profilaktika ir gydymas

- 6.3.2.5.1. Dažniausiai pasitaikančios išeminio insulto komplikacijos yra padidėjęs intrakranijinis spaudimas, infekcijos (dažniausiai kvėpavimo ir šlapimo takų), giliųjų venų trombozė ir jos sukeltos plaučių arterijos ir jos šakų embolijos, smegenų vandenė, galvos smegenų arterijų vazospazmas. Insulto komplikacijų profilaktika ir gydymas taikomi pacientui būnant stacionare, nepriklausomai nuo skyriaus, kur gydomas pacientas. Už jo apimtį ir eiliškumą atsako gydantis gydytojas ir slaugytoja pagal savo kompetenciją. Prireikus kviečiami kitų specialybių konsultantai.

6.3.2.5.2. Padidėjusio intrakranijinio spaudimo gydymas:

- 6.3.2.5.2.1. Pacientams, kurių būklė blogėja dėl didėjančio intrakranijinio spaudimo ir galvos smegenų strigimo, rekomenduojama DPV su saikinga hiperventiliacija ir osmosinis gydymas (manitolis, natrio chlorido hipertoninis tirpalas).
- 6.3.2.5.2.2. Esant smegenėlių infarktui, kai yra patvirtintas galvos smegenų kamieno spaudimas, rekomenduojamas skilvelių drenažas ir (arba) chirurginė dekompresija.
- 6.3.2.5.2.3. Dekompresinė kraniotomija rekomenduojama plačiam vidurinės smegenų arterijos baseino infarktui („piktybiniam“ insultui) gydyti, kai:
 - 6.3.2.5.2.3.1. Taikant adekvatų galvos smegenų edemą mažinamąjį gydymą, paciento būklė blogėja.
 - 6.3.2.5.2.3.2. Pacientas neturi kitų sunkių gretutinių ligų.
 - 6.3.2.5.2.3.3. Paciento amžius 60 metų arba mažiau, tačiau vyresnis amžius nėra absoliuti kontraindikacija.
- 6.3.2.5.2.4. Dekompresinę kraniotomiją rekomenduojama atlikti kuo skubiau, geriausiai per 48 val. nuo padidėjusio intrakranijinio spaudimo simptomų pradžios.
- 6.3.2.5.2.5. Apie skilvelių drenažo, chirurginės dekompresijos ir dekompresinės kraniotomijos indikacijas, kontraindikacijas ir tinkamą laiką sprendžia neurologas ir neurochirurgas kartu.

- 6.3.2.5.3. Kiekvienam pacientui aspiracijos profilaktikai atliekama disfagijos stebėseną pagal galiojantį gydymo įstaigos insulto gydymo protokolą (pvz., 18 arba 19 priedas).
- 6.3.2.5.4. Infekcijos insulto metu turi būti laiku diagnozuojamos ir adekvačiai gydomos plaučių veikimo antibiotikais, prieš tai paėmus skreplių, šlapimo, kraujo pasėlius (pagal reikalą) sukėlėjui ir jo jautrumui antibiotikams nustatyti. Gydymas koreguojamas gavus antibiotikogramos duomenis.
- 6.3.2.5.5. Nejudriems insultu sergantiems pacientams giliųjų venų trombozės ir plaučių arterijos trombembolijos profilaktikai rekomenduojama:
 - 6.3.2.5.5.1. SI sergantiems pacientams: rehidracija, ankstyva mobilizacija, intermituojamoji išorinė galūnių kompresija, tiesioginio veikimo antikoagulantai (nefrakcionuotas heparinas arba MMMH) profilaktinėmis dozėmis praėjus 24 val. nuo ligos pradžios.
 - 6.3.2.5.5.2. ISK sergantiems pacientams: intermituojamoji išorinė galūnių kompresija ir MMMH arba heparinas mažomis dozėmis, praėjus 2–4 dienoms nuo ligos pradžios, jei kraujavimas yra sustojęs.
 - 6.3.2.5.5.3. Jei yra SAK, antikoagulantus rekomenduojama skirti tik atmetus aneurizmos diagnozę.
- 6.3.2.5.6. Nustačius giliųjų venų trombozę, rekomenduojama:**
 - 6.3.2.5.6.1. MMMH arba heparinas gydomosiomis dozėmis.
 - 6.3.2.5.6.2. Svarstytinas skėčio į apatinę tuščiąją veną implantavimas.
 - 6.3.2.5.6.3. Atskirais atvejais po kelių savačių galima pridėti geriamųjų antikoagulantų.
 - 6.3.2.5.6.4. Įvykus plaučių arterijos trombembolijai, skirtini MMMH arba heparinas didesnėmis dozėmis.
- 6.3.2.5.7. Gydant hiporezorbtyvinę smegenų vandenę, jei konservatyvus gydymas neveiksmingas, atliekamos smegenų skysčio sistemą šuntuojamosios operacijos (sprendžia neurologas ir neurochirurgas kartu).
- 6.3.2.5.8. Po insulto atsiradusių epilepsijos priepuolių profilaktikai rekomenduojama skirti vaistus nuo epilepsijos (I, A įrodymai). Profilaktinis vaistų nuo epilepsijos skyrimas pacientams, neatsiradus priepuolių, nerekomenduojamas.

6.4. Slauga

6.4.1. Slaugytojai yra neatsiejami daugiaprofilinės insulto komandos nariai, atsakingi už paciento gyvybinių rodiklių vertinimą ir stebėseną, savalaikes intervencijas komplikacijų prevencijai, slaugos proceso užtikrinimą pagal individualius paciento poreikius ir pacientų bei jų artimųjų mokymą.

6.4.2. Insultą patyrusių pacientų slauga organizuojama priklausomai nuo ligos fazės. Ūminio insulto atveju slaugytojo veiksmai planuojami įvertinus paciento sveikatos būklę jam atvykus į Skubiosios pagalbos skyrių, individualius paciento poreikius ir komplikacijų riziką: slaugytojas prisistato ir identifikuoja pacientą, supažindina su vidaus tvarkos taisyklėmis arba kitais aktualiais dokumentais (jeigu pacientas orientuotas ir savikritiškas), atsako už intraveninio kateterio įvedimą ir priežiūrą (jei nebuvo atlikta GMP), kraujo tyrimų paėmimą (savarankiškai arba pagal gydytojo paskyrimą), EKG, vaistų skyrimą (pagal gydytojo paskyrimą) ir vadovaujasi slaugytojo procedūrų planu Ūminio insulto atveju (14 priedas).

6.4.3. Slaugos dokumentacijos pildymas privalomas kiekvienam slaugytojui, dokumentų formos rekomenduojamos pagal prieduose pateiktus pavyzdžius.

6.4.4. Nuo patekimo į gydymo įstaigą svarbu užtikrinti paciento gyvybinių rodiklių monitoravimą, tęsti intensyvią paciento būklės stebėseną pirmas 24 val. ir registruoti duomenis slaugos dokumentuose.

Toliau slaugytojui stebėti, vertinti paciento sveikatos būklę ir registruoti gyvybinius rodiklius rekomenduojama bent kartą per 12 val. (15 priedas), slaugos dokumentus pildyti pagal Slaugos dokumentacijos pildymo schemą (16 priedas).

Slaugytojams paciento sąmonės būklę rekomenduojama vertinti AVPU metodu (angl. *AVPU – alert, voice, pain, unresponsive*), kai A reiškia budrus, V – reaguoja į balsą, P – reaguoja į skausmą, U – nereaguoja.

6.4.5. Gyvybinių rodiklių stebėseną

6.4.5.1. AKS

6.4.5.1.1. AKS turi būti monitoruojamas reguliariai (I, A įrodymai). Stebėseną pradedama Skubiosios pagalbos skyriuje ir tęsiama tolesniame stacionaro skyriuje: pirmas 2 val. AKS matuoti kas 15 min., vėliau 6 val. – kas 30 min., kitas 16 val. – kas 60 min. Pacientams be reperfuzinio gydymo AKS parą laiko stebėti kas 4 val.

6.4.5.1.2. Būtina koreguoti hipotenziją ir hipovolemiją normalioms organų funkcijoms užtikrinti (I, C įrodymai). Slaugytojas atsakingas už savalaikį gydytojo informavimą apie paciento sveikatos rodiklių pokyčius ir atitinkamų veiksmų korekciją pagal paskyrimus.

6.4.5.2. Deguonies terapija

6.4.5.2.1. Nerekomenduojama deguonies skirti visiems pacientams, išskyrus atvejus, kai yra hipoksija ir deguonies saturacija mažesnė nei 95 proc. (I, C įrodymai).

6.4.5.2.2. Būtina užtikrinti laisvus kvėpavimo takus sąmonės sutrikimų turintiems pacientams (I, C įrodymai).

6.4.5.3. Glikemijos matavimai

6.4.5.3.1. Būtina koreguoti glikemiją hipoglikemijos atveju, kai gliukozės kiekis kraujyje $<3,3$ mmol/l (I, C įrodymai). Slaugytojo atsakomybė atlikti glikemijos matavimus, laiku informuoti gydytoją apie nukrypimus nuo normos ir koreguoti glikemiją pagal gydytojo paskyrimus.

6.4.5.3.2. Nuolatinė hiperglikemija fiksuojama stacionare per pirmas 24 val. po ūminio insulto turi įtakos blogesniems gydymo rezultatams nei normoglikemija, todėl tikslinga koreguoti hiperglikemiją, kad gliukozės kiekis kraujyje būtų 7,7–10 mmol/l (II, C įrodymai).

6.4.5.3.3. Reikia vengti gliukozės tirpalų lašinimo, išskyrus hipoglikemijos atveju (I, B įrodymai).

6.4.5.4. Temperatūros matavimai

6.4.5.4.1. Hipertermijos atveju, kai nustatoma aukštesnė nei 38 °C kūno temperatūra, būtina nustatyti karščiavimo priežastį ir skirti antipiretikus (I, C įrodymai). Slaugytojo atsakomybė tęsti temperatūros matavimus, registruoti ir apie temperatūros pokyčius laiku informuoti gydytoją.

6.4.5.5. EKG

6.4.5.5.1. Pirmas 24 val. rekomenduojama EKG stebėseną širdies veiklos sutrikimams užfiksuoti (I, B įrodymai). Slaugytojui užrašius EKG ir atpažinus gyvybei grėsmingus pokyčius joje, nedelsiant informuoti gydytoją.

6.4.6. Komplikacijų valdymas

6.4.6.1. Visiems pacientams per pirmas 24 val. nuo atvykimo į gydymo įstaigą įvertinama komplikacijų rizika naudojant standartizuotas vertinimo skales, pvz., pragulų atsiradimo rizika

vertinama Bradeno arba Nortono skalėmis (17priedas), nepakankamos mitybos rizika – Trumpąja mitybos vertinimo anketa (18 priedas), griuvimų rizika – Morse griuvimo rizikos skale (19 priedas).

6.4.6.2. Pagal galimybes komplikacijų rizikos vertinimas gali būti pradedamas Skubiosios pagalbos skyriuje. To neatlikus, svarbu per pirmas 24 val. nuo paciento atvykimo atlikti komplikacijų rizikos vertinimą intensyviosios terapijos, neurologijos arba kitame stacionaro skyriuje ir tęsti, naujai įvertinti rizikas paciento sveikatos būklei pakitus arba pacientą perkėlus į kitą skyrių.

6.4.6.3. Disfagija – rijimo sutrikimas siejamas su didesniu insultą patyrusių pacientų mirštamumu arba kitų komplikacijų išsivystymu. Rijimo sutrikimas didina aspiracijos riziką, pneumoniją, nepakankamą skysčių suvartojimą ir nepakankamą mitybą, todėl svarbu paciento rijimo gebėjimą įvertinti per pirmas 4 val. nuo paciento atvykimo į skyrių arba po ekstubacijos intensyviosios terapijos skyriuje Standartizuota rijimo vertinimo skale (pvz., 20 ir 21 priedai).

6.4.6.4. Paciento kūno padėties valdymas

6.4.6.4.1. Reikėtų vengti hipoksiją sukeliančių padėčių (neguldyti paciento ant pažeistos kūno pusės arba nesodinti susmukus ant kėdės) (II, C įrodymai).

6.4.6.5. Rijimo sutrikimai

6.4.6.5.1. Rijimo funkcijos įvertinimas būtinas dėl padidėjusios užspringimo rizikos. Rijimo funkcijos įvertinimas slaugytojo atliekamas prieš paduodant pacientui maistą, gėrimą arba geriamuosius vaistus (I, C įrodymai). Rijimo gebėjimą rekomenduojama vertinti ir Skubiosios pagalbos skyriuje tuo atveju, jeigu pacientui būtų skiriami geriamieji vaistai arba kt.

6.4.6.5.2. Nustačius rijimo funkcijos sutrikimą, būtina reguliariai vertinti paciento gebėjimą bendrauti, pažinimo funkciją, gebėjimą priimti sprendimus ir laiku informuoti gydytoją. (III, D įrodymai).

6.4.6.6. Mityba ir skysčių vartojimas

6.4.6.6.1. Pacientui nustačius disfagiją, ankstyvojoje insulto fazėje rekomenduojama naudoti nazogastrinę sondą enteriniam maitinimui (svarbu pirmas septynias dienas, toliau pagal situaciją) (II, C įrodymai).

6.4.6.6.2. Visiems insultą patyrusiems pacientams svarbu užtikrinti pakankamą skysčių vartojimą (dehidratacijos prevencijai) (B įrodymai).

6.4.6.6.3. Visiems insultą patyrusiems pacientams turi būti įvertinta nepakankamos mitybos rizika (II, B įrodymai).

6.4.6.6.4. Be nepakankamos mitybos rizikos vertinimo svarbu nuolat vertinti ir paciento gebėjimą valgyti savarankiškai (II, D įrodymai).

6.4.6.6.5. Nustačius nepakankamos mitybos riziką, sudaryti paciento individualų mitybos planą pagal dietologo rekomendacijas (II, C įrodymai).

6.4.6.6.6. Geriamieji maisto papildai rekomenduojami nepakankamos mitybos pacientams be rijimo funkcijos sutrikimo (II, B įrodymai).

6.4.6.7. Burnos ertmės priežiūra

6.4.6.7.1. Pneumonijos rizikai mažinti rekomenduojama burnos ertmės priežiūra pagal burnos higienos protokolą (II, B įrodymai) (22 priedas).

6.4.6.7.2. Būtina užtikrinti burnos ertmės higieną pacientams su disfagija, turintiems PEG arba nazogastrinę vamzdelį (IV, D įrodymai).

6.4.6.8. Šlapimo nelaikymas

6.4.6.8.1. Reikia vengti įprastų šlapimo pūslės kateterių naudojimo dėl didesnės šlapimo takų infekcijos rizikos (I, B įrodymai).

6.4.6.8.2. Nustačius šlapimo nelaikymo sutrikimą, reikia sudaryti individualų paciento slaugos planą (C įrodymai).

6.4.6.8.3. Šlapimo pūslės funkcijos vertinimas turėtų apimti šlapinimosi dažnį, kiekį, diurezės kiekį. Stebėseną dokumentuoti slaugos istorijoje (II, C įrodymai).

6.4.6.9. Išmatų nelaikymas

6.4.6.9.1. Nustačius išmatų nelaikymo sutrikimą, sudaryti individualų paciento slaugos planą (B įrodymai).

6.4.6.9.2. Svarbus nuolatinis tuštinimosi funkcijos vertinimas ir dokumentavimas (I, B įrodymai).

6.4.6.9.3. Žarnyno funkcijos gerinimui nemedikamentinėmis priemonėmis užtikrinti reguliarią tuštinimosi procesą (II, C įrodymai).

6.4.6.10. Pragulų rizikos vertinimas

6.4.6.10.1. Hospitalizacijos ir stacionarinės reabilitacijos metu rekomenduojama reguliariai tikrinti odos būklę, pragulų rizikai įvertinti naudoti standartizuotas rizikos skales (I, C įrodymai).

6.4.6.10.2. Rekomenduojama sumažinti arba pašalinti odos trintį, sumažinti odos spaudimą, suteikti tinkamus atraminius paviršius, išvengti drėgmės ir užtikrinti pakankamą mitybą bei skysčių kiekį, kad būtų išvengta odos pažeidimo (I, C įrodymai).

6.4.6.10.3. Rekomenduojama reguliariai keisti paciento kūno padėtį (kas 2 val.), užtikrinti paciento higieną, naudoti pagalbines priemones (specializuotus čiužinius, neįgaliųjų vežimėlių pagalves ir sėdynes) pragulų prevencijai (I, C įrodymai).

6.4.6.10.4. Pragulų atveju pildyti Pragulų vertinimo lapą (23 priedas).

6.4.6.11. Griuvimų rizikos vertinimas

6.4.6.11.1. Griuvimai insultą patyrusiems pacientams gali sukelti sunkias komplikacijas, todėl būtina vertinti griuvimų riziką ūminio insulto atveju pacientui atvykus, perkeliant jį į kitą skyrių ir paciento būklei kaskart pakitus (I, A įrodymai).

6.4.6.11.2. Griuvimo atveju pildyti Paciento griuvimo vertinimo protokolą (24 priedas).

6.4.6.12. Tromboembolijų profilaktika

6.4.6.12.1. Tromboembolijų atsiradimo riziką gali sumažinti ne tik ankstyva reabilitacija, bet ir specializuota slauga, fiziologinio tirpalo infuzoterapija (I, A įrodymai). Slaugytojo atsakomybė bendradarbiauti su kitais insulto komandos nariais ir užtikrinti tromboembolijų profilaktiką.

6.4.6.12.2. Ankstyvas paciento aktyvinimas rekomenduojamas tromboembolijų, pneumonijos ir pragulų prevencijai (IV įrodymai).

6.4.6.13. Depresijos rizikos vertinimas

6.4.6.13.1. Rekomenduojama naudoti standartizuotas depresijos vertinimo skales depresijos lygiui po insulto įvertinti (I, B įrodymai). Slaugytojo atsakomybė laiku pastebėti paciento sveikatos pokyčius ir informuoti apie juos gydytoją.

6.4.6.13.2. Depresijos gydymas yra susijęs su pagerėjusiu funkciniu atsigavimu tarp išgyvenusiųjų insultą (I, A įrodymai).

6.4.6.13.3. Aktyvi paciento priežiūra ir mokymas turi įtakos geresniems depresijos gydymo rezultatams (I, B įrodymai).

6.4.7. Slaugos proceso organizavimas

6.4.7.1. Planuojant slaugą, rekomenduojama atsižvelgti į paciento savarankiškumo lygį, kai:

S1 – pacientas savarankiškas ir gali apsitarnauti, atlikdamas visas gyvybines veiklas.

S2 – pacientas iš dalies savarankiškas, gali apsitarnauti, atlikdamas daugelį gyvybinių veiklų tik kitam asmeniui padedant.

S3 – pacientas priklausomas, negali apsitarnauti, atlikdamas tam tikras gyvybines veiklas, reikalinga dažna jo stebėseną.

S4 – pacientas visiškai priklausomas, negali apsitarnauti, atlikdamas tam tikras gyvybines veiklas, jį reikia nuolat stebėti.

6.4.7.2. Pacientų slaugos intensyvumas priklauso nuo paciento sveikatos būklės, komplikacijų rizikos ir individualaus slaugos plano (25 priedas).

6.4.7.4. Rekomenduojama kiekvienam ūminį insultą patyrusiam pacientui pildyti Slaugymo stacionare istoriją (26 priedas) išsamiau paciento būklės stebėsenos ir slaugos veiksmų atlikimo dokumentavimu (27 priedas).

6.4.7.5. Sistemingam slaugos procesui užtikrinti būtina vykdyti visas penkias proceso fazes:

6.4.7.5.1. Vertinti, t. y. paciento duomenų rinkimas, informacija apie jo sveikatos būklę, paciento fiziologinius, psichologinius, socialinius ir dvasinius poreikius ir kt.

6.4.7.5.2. Identifikuoti problemas, t. y. analizuoti gautus duomenis, nustatyti prioritetus bei įvardyti aktualias ir potencialias slaugos problemas.

6.4.7.5.3. Planuoti, t. y. formuluoti slaugos tikslus, pasirinkti intervencijas, procedūras numatytiems rezultatams pasiekti ir suplanuoti individualią paciento slaugą (slaugos planą).

6.4.7.5.4. Vykdyti, atlikti. Slaugos veiksmų, procedūrų metu vertinama paciento sveikatos būklė. Apie pokyčius, neigiamas reakcijas nedelsiant informuojamas gydytojas, pažymima slaugos dokumentacijoje.

6.4.7.5.5. Įvertinti. Slaugytojas vertina slaugos pažangą (tikslus, rezultatus, nustatytus ankstesniuose etapuose) ir pagal paciento sveikatos būklę užbaigia, tęsia arba keičia slaugos planą.

6.4.7.6. Siekiant užtikrinti savalaikes ir saugias sveikatos priežiūros procedūras, rekomenduojama ūminio insulto slaugytojų darbo krūvius prilyginti intensyviosios terapijos slaugytojų darbo krūviams ir mažinti rekomenduojamų slaugyti pacientų vienam slaugytojui skaičių iki keturių, kai visos paros bėgyje slaugytojui tenka slaugyti ne daugiau keturių pacientų vienu metu.

6.4.8. Saugaus vaistų vartojimo aspektai slaugytojui

6.4.8.1 I saugos patikros žingsnis – patikra prieš procedūrą, t. y. tinkamas įrašas (teisingai suprastas), tinkamas paskyrimo laikas (data, valanda), tinkamas vaistas (pavadinimas), tinkamas skyrimo būdas, tinkama dozė, tinkamas skyrimo periodiškumas.

6.4.8.2. II saugos patikros žingsnis – patikra prieš vaisto dalijimą.

6.4.8.2.1. Paciento tapatybė nustatoma klausiant paciento vardo, pavardės arba identifikuojant pagal apyrankes. Pacientams, turintiems sąmonės, kognityvinių arba klausos sutrikimų, paciento tapatybė nustatoma pagal identifikacines apyrankes arba kitas priemones.

6.4.8.2.2. Identifikuojant vaistus, perskaitoma vaisto etiketė, tikrinamas galiojimo laikas.

6.4.8.2.3. Pagal gydytojo paskyrimą parenkama vaisto dozė. Jei dozė neaiški, būtina klausti gydytojo.

6.4.8.2.4. Vaisto paskyrimas privalo būti atliekamas paskyrimuose nurodytu laiku ir būdu (geriamieji, į veną, į raumenis arba kt.).

6.4.8.2.5. Stebėti paciento sveikatos būklės pokyčius ir dokumentuoti procedūrą.

6.4.8.2.6. Nedelsiant informuoti gydytoją apie neigiamas reakcijas. Registruoti, analizuoti ir vykdyti nepageidaujamų reakcijų prevenciją.

6.4.9. Pacientų mokymas

6.4.9.1. Po insulto gydymo pacientai, nepaisant patirtų komplikacijų ir išsivysčiusių fizinių, funkcinų arba psichologinių sutrikimų, grįžta į jiems įprastinę aplinką. Dėl nepakankamų žinių ir įgūdžių dažnas patiria problemų kasdienėje veikloje, kinta gyvenimo būdas, išsivysto depresija, todėl svarbu organizuoti ir užtikrinti pacientų ir jų artimųjų mokymą stacionare ir praėjus 3 mėn. po hospitalizavimo.

6.4.9.2. Rekomenduojama insulto slaugytojo konsultacijas (paciento ir jo artimųjų mokymo paslaugas) apmokėti iš PSDF lėšų. Mokymus vykdyti pagal ASPI patvirtintą mokymo programą.

6.4.9.3. Slaugytojas, įgijęs insulto slaugytojo specializaciją arba baigęs mokymus, kursus insulto tematika ir turintis profesinio darbo patirties, mažiausiai du kartus stacionare ir vieną kartą po gydymo turėtų susitikti su pacientu ir jo artimaisiais dėl mokymų. Rekomenduojama mokymus dokumentuoti (Paciento mokymo lapas 28 priede) ir užtikrinti, kad kiekvienas ūminį insultą patyręs pacientas (ir jo artimieji) būtų apmokytas.

6.4.9.4. Mokymus organizuoti, atsižvelgiant į paciento asmeninius poreikius, sudaryti sąlygas ir informuoti pacientą bei jo artimuosius apie mokymų ir konsultacijų galimybes prireikus.

6.4.9.5. Mokymų metu rekomenduojama suteikti informacijos apie pakartotinio insulto prevenciją, pačią ligą (simptomus, eigą, rizikos veiksnių korekciją, komplikacijas), išmokyti pacientą pagalbėti sau pačiam, teisingo vaistų vartojimo, mitybos, fizinių, psichologinių bei elgesio problemų sprendimo būdų.

6.4.9.6. Tikslinga informuoti pacientus ir jų artimuosius šeimas apie paliatyviosios slaugos galimybes (II, C įrodymai).

6.5. Medicininė reabilitacija

6.5.1. Medicininė reabilitacija pradedama iš karto stabilizavus paciento būklę, per pirmas 24–48 val. nuo hospitalizavimo – tai pirmas medicininės reabilitacijos etapas (I, A įrodymai). FMR gydytojas konsultuoja pacientą dėl medicininės reabilitacijos poreikio, įvertina jo esamą somatinę ir funkcinę būklę (I, C įrodymai), t. y. paciento funkcijų, veiklų ir dalyvumo sutrikimus arba ribotumus, komplikacijų riziką, kontraindikacijas reabilitacijos priemonėms taikyti ir kt.), nustato pirmo medicininės reabilitacijos etapo paslaugų teikimo poreikį ir apimtį, sudaro ir skiria individualią medicininės reabilitacijos programą, suburia medicininės reabilitacijos specialistų komandą bei koordinuoja jos veiklą (8 pav.). Procedūrų skaičius ir užsiėmimų intensyvumas priklauso nuo biosocialinių funkcijų sutrikimo lygio (I, B įrodymai).

6.5.2. Medicininės reabilitacijos paslaugas pirmame medicininės reabilitacijos etape teikia medicininės reabilitacijos specialistų komanda: FMR gydytojas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, medicinos psichologas, logoterapeutas (esant kalbos arba rijimo funkcijų sutrikimui), esant indikacijų, socialinis darbuotojas (I, A įrodymai). Medicininės reabilitacijos programos intensyvumas, procedūrų kiekis ir dažnis bei eiliškumas priklauso nuo paciento funkcinės būklės (4 lentelė).

6.5.3. Dėl tolesnio medicininės reabilitacijos etapo sprendžia fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas po pirmo medicininės reabilitacijos etapo, kai, įvertinęs biopsichosocialinių funkcijų sutrikimą (I, B įrodymai), rekomenduoja antrą arba trečią medicininės reabilitacijos etapą. Biopsichosocialinių funkcijų sutrikimas vertinamas Barthel indeksu (BI) (29 priedas) ir Trumpuoju protinės būklės tyrimo testu (TPBTT). Jei pacientui reikalinga visos paros interdisciplininė medicininės reabilitacijos specialistų priežiūra, pastovi FMR gydytojo priežiūra, BI 20–80 balų, rekomenduojama stacionarinė reabilitacija – tai antras reabilitacijos etapas: reabilitacija III (BI 20–35 balai) arba reabilitacija II (BI 40–80 balų). Jei pacientui nereikalinga visos paros interdisciplininė medicininės reabilitacijos specialistų priežiūra, pastovi FMR gydytojo priežiūra, BI >80 balų, rekomenduojama ambulatorinė reabilitacija – tai trečias reabilitacijos etapas. Trečiam etapui, t. y.

ambulatorinei reabilitacijai pacientai gali būti siunčiami taip pat, jei biosocialinės funkcijos neatsistato po antro stacionarinės reabilitacijos etapo ir paciento būklė atitinka trečio etapo ambulatorinės reabilitacijos reikalavimus, arba biosocialinės funkcijos atsistato greičiau nei per nustatytą antro reabilitacijos etapo normatyvinę trukmę ir paciento būklė atitinka trečio reabilitacijos etapo reikalavimus, stacionarinė reabilitacija nutraukiama ir reabilitacija tęsiama pagal trečio etapo reikalavimus. Įvertinus paciento pažintines funkcijas, indikacija medicininei reabilitacijai yra, jei TPBT ≥ 11 balų arba pacientas su afazija supranta ir vykdo paliepiumus, yra motyvuotas reabilitacijai.

6.5.4. Po pirmo reabilitacijos etapo, paciento būklei neatitinkant kriterijų medicininei reabilitacijai arba esant kontraindikacijoms, jis gali būti siunčiamas slaugos ir palaikomajam gydymui.

6.5.5. Antras reabilitacijos etapas vykdomas stacionarines reabilitacijos paslaugas teikiančioje sveikatos priežiūros įstaigoje. Nesant paciento biopsichosocialinių funkcijų teigiamos dinamikos, jis gali būti siunčiamas slaugos ir palaikomajam gydymui (9 pav.).

6.5.6. Trečio reabilitacijos etapo metu pacientas lankosi medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančioje įstaigoje ambulatorine tvarka.

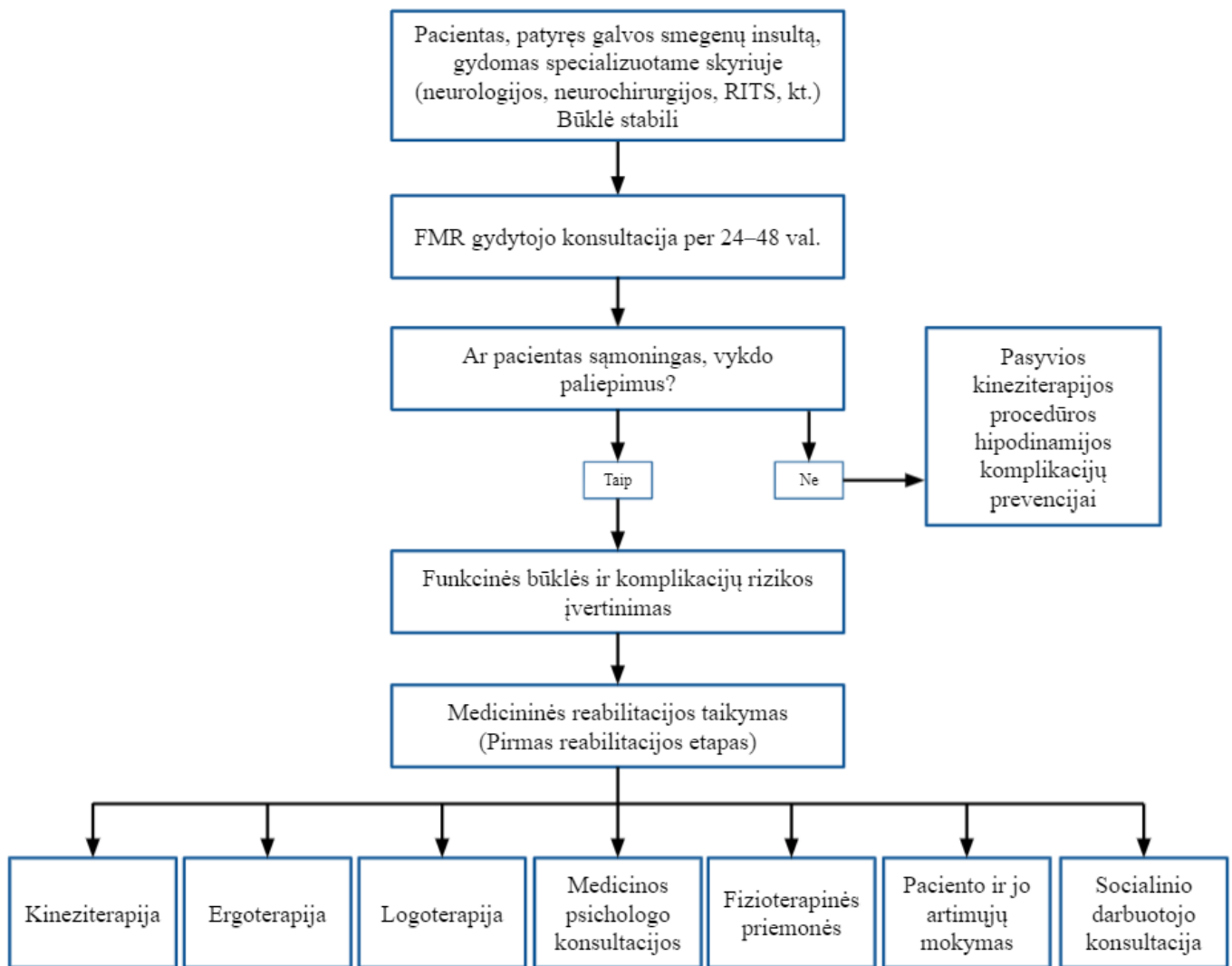
6.5.7. Jei išliko biopsichosocialinių funkcijų sutrikimų po antro (trečio reabilitacijos etapo) ir NDNT nustatė: 0–40 proc. DL (darbingo amžiaus asmenims), didelius specialiuosius poreikius (pensinio amžiaus asmenims), pacientams rekomenduojama pakartotinė medicininė reabilitacija nervų sistemos ligų profilio trejus metus iš eilės, vieną kartą per metus stacionarines reabilitacijos paslaugas teikiančioje sveikatos priežiūros įstaigoje. Išliekant negalios lygiui, vėlesniu laikotarpiu – palaikomoji reabilitacija vieną kartą per metus stacionarines reabilitacijos paslaugas teikiančioje sveikatos priežiūros įstaigoje (10 pav.).

6.5.8. Pacientas, patyręs GSI, baigęs antrą ir (arba) trečią reabilitacijos etapą, arba pakartotinę, arba palaikomąją reabilitaciją, siunčiamas šeimos gydytojo ir jo komandoje esančio kineziterapeuto priežiūrai, vykdomai ASPĮ arba paciento namuose. Kineziterapeutas tęsia prieš tai buvusio medicininės reabilitacijos etapo fizinio aktyvumo taikymo rekomendacijas.

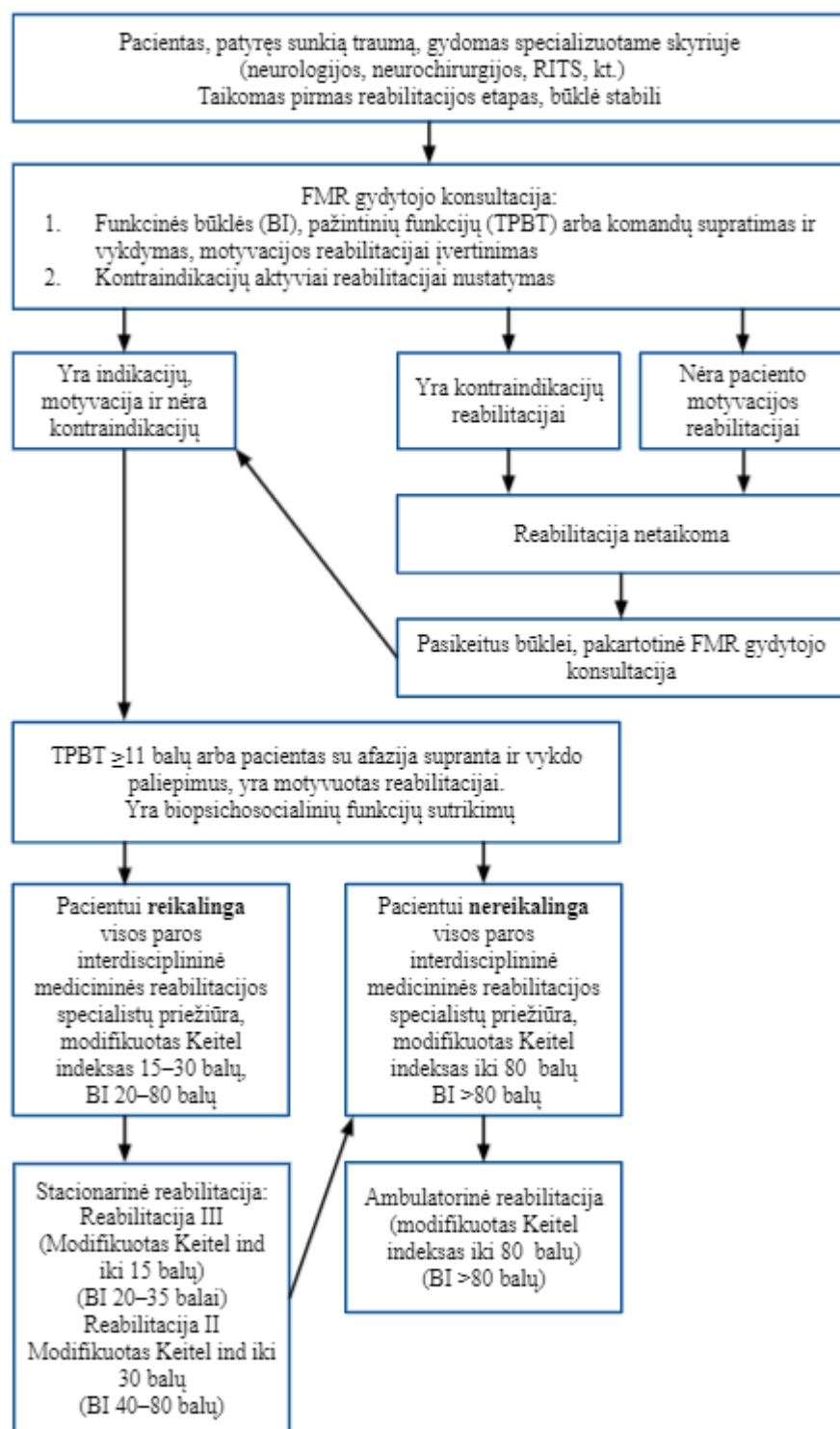
6.5.9. Kas 3–6 mėn. atvyksta FMR gydytojo konsultacijos į specializuotą Insulto centrą, kur daugiadalykė komanda įvertina funkcinę būklę dinamikoje, gydymo peržiūrai, pavienių medicininės reabilitacijos priemonių taikymui.

6.5.10. Darbingo amžiaus asmenys, esant poreikiui, siunčiami profesinei reabilitacijai.

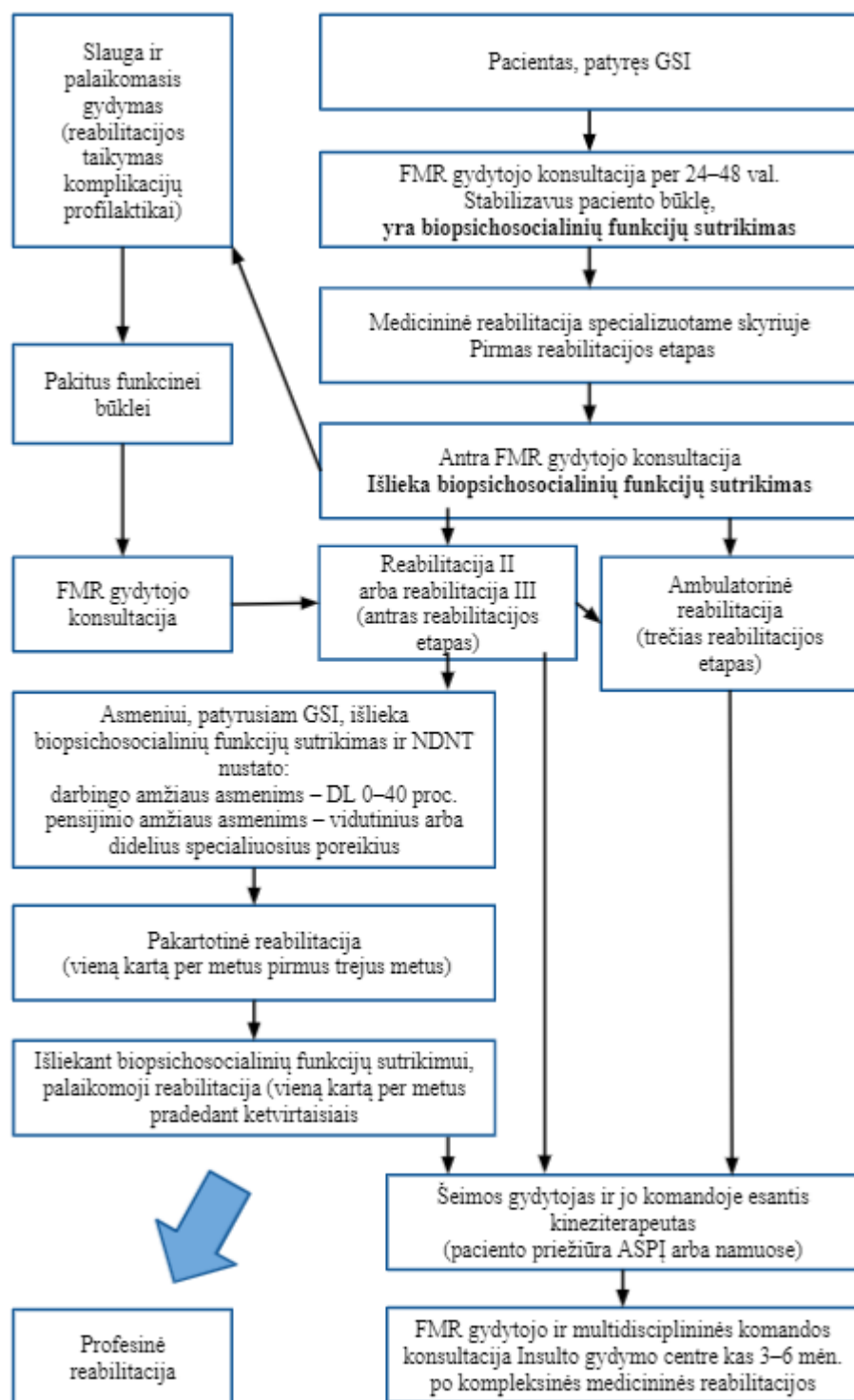
8 pav. Pirmas medicininės reabilitacijos etapas (algoritmas)



9 pav. Pacientų siuntimas antram ir (arba) trečiam medicininės reabilitacijos etapams (algoritmas)



10 pav. Medicininės reabilitacijos paslaugų struktūra pacientui, patyrusiam GSI (algoritmas)



6.5.2. Medicininės reabilitacijos indikacijos (pagal TLK-10-AM kodus ir (arba) kitus kriterijus)

6.5.2.1. Medicininės reabilitacijos indikacija pagal TLK-AM 10 kodas I63 Galvos smegenų infarktas kartu su biosocialinių funkcijų sutrikimu.

6.5.2.2. Jei BI 20–80 balų, rekomenduojama stacionarinė reabilitacija – tai antras reabilitacijos etapas: reabilitacija III (BI 20–35 balai) arba reabilitacija II (BI 40–80 balų).

6.5.2.3. Jei BI >80 balų, rekomenduojama ambulatorinė reabilitacija – tai trečias reabilitacijos etapas.

6.5.2.4. Įvertinus paciento pažintines funkcijas, indikacija medicininei reabilitacijai yra, jei TPBT ≥ 11 balų arba pacientas su afazija supranta ir vykdo paliepiamus, yra motyvuotas reabilitacijai. Jei išliko biopsichosocialinių funkcijų sutrikimai po antro (trečio reabilitacijos etapo) ir NDNT nustatė: 0–40 proc.

6.5.2.5. DL (darbingo amžiaus asmenims), didelius specialiuosius poreikius (pensinio amžiaus asmenims), pacientams rekomenduojama pakartotinė medicininė reabilitacija nervų sistemos ligų profilio trejus metus iš eilės, vieną kartą per metus stacionarines reabilitacijos paslaugas teikiančioje sveikatos priežiūros įstaigoje. Išliekant negalios lygiui, vėlesniu laikotarpiu – palaikomoji reabilitacija vieną kartą per metus stacionarines reabilitacijos paslaugas teikiančioje sveikatos priežiūros įstaigoje.

6.5.3. Medicininės reabilitacijos programos ir būdai

6.5.3.1. Medicininės reabilitacijos įstaigoje, turinčioje tokių paslaugų teikimo licenciją, per pirmas 24 val. pacientą konsultuoja bendrosios praktikos slaugytojas ir FMR gydytojas, visi medicininės reabilitacijos specialistų komandos nariai per pirmas 72 val.

6.5.3.2. FMR gydytojas įvertina paciento esamą somatinę ir funkcinę būklę (I, C įrodymai), t. y. paciento funkcijų, veiklų ir dalyvumo sutrikimus arba ribotumus, komplikacijų riziką, kontraindikacijas reabilitacijos priemonių taikymui ir kt.), nustato medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo apimtį, sudaro ir skiria individualią medicininės reabilitacijos programą, suburia medicininės reabilitacijos specialistų komandą bei koordinuoja jos veiklą.

6.5.3.3. Medicininės reabilitacijos programa vykdoma daugiadalykės reabilitacijos specialistų komandos, kurią sudaro: FMR gydytojas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, logoterapeutas, medicinos psichologas, socialinis darbuotojas, bendrosios praktikos slaugytojas, gydytojai konsultantai (I, A įrodymai);

6.5.3.4. Medicininės reabilitacijos metu taikoma individuali kompleksinė reabilitacijos programa, kurios intensyvumas, procedūrų kiekis ir dažnis bei eiliškumas priklauso nuo paciento funkcinės būklės (I, B įrodymai). Pacientui pagal jo individualius poreikius gali būti taikoma:

- Ne mažiau kaip vienas užsiėmimas per dieną: kineziterapija, ergoterapija, fizioterapijos procedūra.
- Ne mažiau kaip vienas užsiėmimas per savaitę: socialinio darbuotojo konsultacija, medicinos psichologo konsultacija, logoterapija – esant kalbos ir (arba) rijimo sutrikimui.
- Ne mažiau kaip vienas kartas per medicininės reabilitacijos laikotarpį – paciento ir jo artimųjų mokymas.

6.5.3.5. Medicininės reabilitacijos etapiškumas, komandos sudėtis, procedūros pateikiamos 4 lentelėje.

4 lentelė. Medicininės reabilitacijos organizavimas

Paciento, patyrusio GSI reabilitacijos ir priežiūros tvarka				
Etapas	Etapo pradžia	Hospitalizacijos trukmė	Interdisciplininė komanda	Medicininės reabilitacijos priemonės
Gydymas intensyviosios terapijos skyriuje	24–48 val. stabilizavus paciento būklę	2–3 dienos	Gydytojas anesteziologas-reanimatologas Slaugos personalas FMR gydytojas Reabilitacijos specialistai pagal FMR gydytojo išskeltus tikslus ir sudarytą medicininės reabilitacijos programą: ergoterapeutas kineziterapeutas logoterapeutas	Kineziterapija (masažas kaip sudėtinė procedūros dalis esant poreikiui) Ergoterapija Logoterapija (esant kalbos ir (arba) rijimo sutrikimui) Esant stabiliai paciento būklei Procedūrų skaičius, dažnis ir periodiškumas nustatomas atsižvelgus į paciento bendrą somatinę ir funkcinę būklę
Specializuota pagalba (neurologijos skyriuje)	24–48 val. stabilizavus paciento būklę	5–10 dienų	Gydytojas neurologas, neurochirurgas slaugos personalas FMR gydytojas Reabilitacijos specialistai pagal FMR gydytojo išskeltus tikslus ir sudarytą medicininės reabilitacijos programą: ergoterapeutas kineziterapeutas logoterapeutas medicinos psichologas socialinis darbuotojas	Kineziterapija (masažas kaip sudėtinė procedūros dalis esant poreikiui) Ergoterapija Logoterapija (esant kalbos ir (arba) rijimo sutrikimui) Medicinos psichologo konsultacija Fizioterapija Paciento ir jo artimųjų mokymas (specialistai ateina į palatą), esant stabiliai paciento būklei; procedūrų skaičius, dažnis ir periodiškumas nustatomas atsižvelgus į paciento bendrą somatinę ir funkcinę būklę
Stacionarinė reabilitacija Reabilitacija III, reabilitacija II	Po gydymo specializuotame skyriuje	Priklauso nuo insulto sunkumo – biosocialinių funkcijų sutrikimo lygio 2–4 mėn. (iki 6 mėn.) 1–3 mėn. (iki 6 mėn.)	FMR gydytojas ergoterapeutas kineziterapeutas logoterapeutas medicinos psichologas socialinis darbuotojas bendrosios praktikos slaugytojas ortopedas–technologas (ortopedinių gaminių pritaikymas) gydytojų specialistų konsultacijos ir tyrimai pagal poreikį	Kineziterapija (masažas kaip sudėtinė procedūros dalis esant poreikiui) Ergoterapija Logoterapija (esant kalbos ir (arba) rijimo sutrikimui) Medicinos psichologo konsultacijos Fizioterapija, Socialinio darbuotojo konsultacijos Paciento ir jo artimųjų mokymas (procedūros atliekamos kabinetuose, procedūrų skaičius gali kisti priklausomai nuo paciento funkcinės būklės)
Ambulatorinė reabilitacija	Po gydymo specializuotame skyriuje, arba esant indikacijoms po stacionarinės reabilitacijos	Iki šešių savaičių, kiekvieną darbo dieną	FMR gydytojas ergoterapeutas kineziterapeutas logoterapeutas medicinos psichologas socialinis darbuotojas	Kineziterapija (masažas kaip sudėtinė procedūros dalis esant poreikiui) Ergoterapija Logoterapija (esant kalbos ir (arba) rijimo sutrikimui)

			bendrosios praktikos slaugytojas ortopedas–technologas (ortopedinių gaminių pritaikymas) gydytojų specialistų konsultacijos ir tyrimai pagal poreikį	Medicinos psichologo konsultacijos Fizioterapija Socialinio darbuotojo konsultacijos Paciento ir jo artimųjų mokymas (procedūros atliekamos kabinetuose, procedūrų skaičius gali kisti priklausomai nuo paciento funkcinės būklės)
Pakartotinė reabilitacija	Pirmieji treji metai po negalios lygio nustatymo* vieną kartą per metus	Iki 1 mėn.	FMR gydytojas ergoterapeutas kineziterapeutas logoterapeutas medicinos psichologas socialinis darbuotojas bendrosios praktikos slaugytojas ortopedas–technologas (ortopedinių gaminių pritaikymas) gydytojų specialistų konsultacijos ir tyrimai pagal poreikį	Kineziterapija (masažas kaip sudėtinė procedūros dalis esant poreikiui) Ergoterapija Logoterapija (esant kalbos ir (arba) rijimo sutrikimui) Medicinos psichologo konsultacijos Fizioterapija Socialinio darbuotojo konsultacijos Paciento ir jo artimųjų mokymas (procedūros atliekamos kabinetuose, procedūrų skaičius gali kisti priklausomai nuo paciento funkcinės būklės)
Palaikomoji reabilitacija	Išliekant biopsichosocialinių funkcijų sutrikimui * Pradedant ketvirtaisiais metais, vieną kartą per metus			
Ilgalaikė prižiūra	Po stacionarinės ir (arba) ambulatorinės arba pakartotinės reabilitacijos	-	Šeimos gydytojo ir jo komandos kineziterapeuto prižiūra FMR gydytojo ir daugiadalykės reabilitacijos specialistų komandos konsultacija kas 3–6 mėn. Insulto gydymo centre	Kineziterapija (masažas kaip sudėtinė procedūros dalis esant poreikiui) Esant poreikiui, po FMR gydytojo ir daugiadalykės reabilitacijos specialistų komandos konsultacijos: ergoterapija, logoterapija (esant kalbos ir (arba) rijimo sutrikimui), medicinos psichologo konsultacijos, fizioterapija, socialinio darbuotojo konsultacijos, paciento ir jo artimųjų mokymas

*0–40 proc. DL (darbingo amžiaus asmenims) dideli specialieji poreikiai (pensinio amžiaus asmenims)

6.5.4. Ūminiu ligos laikotarpiu skiriamos medicininės reabilitacijos priemonės komplikacijų prevencijai

6.5.4.1. Esant sąmonės sutrikimui, skiriama tik pasyvi kineziterapija, kurios metu atliekami pasyvūs judesiai, tempimas, padėties keitimas lovoje, galvūgalio pakėlimas, pasyvus „mynimas“, pasyvi vertikalizacija.

6.5.4.2. Kontraktūrų profilaktikai skiriamas sąnarių išlankstymas 1–2 kartus per dieną ir galūnių padėties keitimas kas 2–3 val.

6.5.4.3. Rekomenduojami rankos, riešo įtvarai, plaštakos kontraktūroms išvengti (II, C įrodymai).

6.5.4.4. Rekomenduojami rankos įtvarai su reguliuojamu kampu alkūnės ir riešo kontraktūros profilaktikai (II, C įrodymai).

6.5.4.5. Siekiant išvengti kontraktūrų, rekomenduojami čiurnos įtvarai hemipleginei kojai (II, B įrodymai).

6.5.4.6. Pragulų profilaktikai keičiama paciento padėtis lovoje (vartomas) kas 2–3 val. Rekomenduojama mažiau gulėti ant nugaros. Rekomenduojama guldyti ant hemipleginės pusės (užtikrinant padėtį pagalvėlėmis ir voleliais). Rekomenduojamas reguliarus odos tikrinimas, nustatant objektyvią pažeidimo riziką, naudojant standartizuotas skales (I, C įrodymai).

6.5.4.7. Giliųjų venų trombozės ir tromboembolinių komplikacijų profilaktikai rekomenduojamas ankstyvas pacientų mobilizavimas ir elektrinė galūnių raumenų stimuliacija.

6.5.4.8. Hipodinamijos profilaktikai skiriama aktyvi arba pasyvi kineziterapija, ankstyvas pacientų mobilizavimas.

6.5.4.9. Kvėpavimo takų infekcijos profilaktikai skiriami kvėpavimo pratimai, vibracinis masažas, drenažinės padėys.

6.5.4.10. Esant šlapinimosi funkcijos sutrikimui, kaip galima ankstyvesnis pastovaus kateterio šalinimas, protarpinės kateterizacijos taikymas (I, B įrodymai).

6.5.4.11. Žarnyno funkcijai gerinti rekomenduojamos nemedikamentinės priemonės (išmatų konsistencijos reguliavimas, tuštinimosi režimo sudarymas) (II, C įrodymai), paciento aktyvinimas taikant kineziterapiją.

6.5.4.12. Įtariant arba esant rijimo sutrikimui, rekomenduojamas rijimo sutrikimo vertinimas standartizuotais testais kalbos sutrikimu specialistui (logoterapeutui) arba kitam šios srities specialistui (II, C įrodymai).

6.5.5. Ankstyvas paciento aktyvinimas

6.5.5.1. Pacientas sodinamas lovoje iš karto, kai tik būklė stabilizuojasi – 1–2 parą, pirmą kartą – 45 laipsnių kampu, jei nėra ortostatinių reakcijų, sodinimo kampas didinamas iki 90 laipsnių.

6.5.5.2. Gera toleruojant sėdimą padėtį lovoje, pacientas pradeda sodinti nuleistomis kojomis.

6.5.5.3. Rekomenduojama, kad pacientas valgytų, atliktų asmens higienos veiksmus sėdimoje padėtyje.

6.5.5.4. Pacientas statomas iš karto, kai tik gerai toleruoja sėdimą padėtį.

6.5.5.5. Pacientas sodinamas, perkeliamas į vežimėlį per pažeistą kūno pusę, su pacientu bendraujama stovint pažeistų galūnių pusėje.

6.5.6. Medicininės reabilitacijos priemonės

6.5.6.1. Ankstyvas kineziterapijos taikymas (I, A įrodymai).

6.5.6.2. Ergoterapija esant apsitarnavimo ir kasdienių veiklų sutrikimui (mokoma apsitarnavimo, pvz., savarankiško valgymo, higienos veiksmų atlikimo arba kt.) (I, A įrodymai).

6.5.6.3. Kalbos sutrikimų terapija rekomenduojama visiems asmenims su afazija (I, A įrodymai).

6.5.6.4. Medicinos psichologo konsultacijos rekomenduojamos, esant emocijų, elgesio, mąstymo, pažintinių funkcijų poinsultiniams sutrikimams (II, B įrodymai).

6.5.6.5. Fizioterapija (raumenų elektrostimuliacija ir kt.).

6.5.6.6. Paciento ir jo artimųjų mokymas galvos smegenų insulto klausimais (I, B įrodymai).

6.5.7. Medicininės reabilitacijos rekomendacijos antro ir trečio medicininės reabilitacijos etapo metu

6.5.7.1. Esant poreikiui, tęsiamos visos ūminiu laikotarpiu taikytos medicininės reabilitacijos ir slaugos priemonės.

6.5.7.2. Rekomendacijos, esant paralyžiuotos pusės peties sąnario skausmui

6.5.7.2.1. Klinikinio įvertinimo metu rekomenduojama vertinti raumenų jėgą, tonusą, peties sąnario panirimą, jutimų sutrikimus, skausmo pobūdį (II, C įrodymai).

6.5.7.2.2. Esant neuropatiniam skausmui, rekomenduojamas medikamentinis skausmo mažinimo gydymas (II, A įrodymai).

6.5.7.2.3. Botulino toksino injekcijos į spazminius peties sąnario srities raumenis (II, A įrodymai).

6.5.7.2.4. Rekomenduojamos peties sąnarį stabilizuojamosios padėtys ir įtvapai peties sąnario stabilumui užtikrinti (II, C įrodymai).

6.5.7.2.5. Nerekomenduojami rankos pakėlimo virš galvos pratimai (II, C įrodymai).

6.5.7.2.6. Skausmą malšinamoji elektrinė stimuliacija rekomenduojama skausmui malšinti (II, A įrodymai).

6.5.7.2.7. Paciento ir jo artimųjų mokymas apie peties sąnario judesių amplitudės, rankos padėčių stacionarinės reabilitacijos metu ir prieš ją baigiant (I, C įrodymai).

6.5.7.3. Rekomendacijos esant centrinės kilmės skausmui po insulto

6.5.7.3.1. Rekomenduojamas interdisciplininis skausmo gydymas (II, C įrodymai).

6.5.7.3.2. Transkranijinė magnetinė stimuliacija gali būti tikslinga gydant sunkiai įveikiamą centrinį poinsultinį skausmą, kuris neatsako į kitus kruopščiai atrinktų pacientų gydymo metodus (II, B įrodymai).

6.5.7.4. Bendravimo gebėjimų vertinimas

6.5.7.4.1. Bendravimo vertinimą turėtų sudaryti interviu, pokalbis, stebėseną, standartizuoti testai arba nestandartizuoti dalykai; vertinti kalbą, pažintinę komunikaciją, gramatiką, skaitymą ir rašymą; nustatyti bendravimo stipriąsias ir silpnąsias grandis; nustatyti naudingas kompensacines strategijas (I, B įrodymai).

6.5.7.4.2. Rekomenduojama telereabilitacija, kai tiesioginis bendravimas neįmanomas (II, A įrodymai).

6.5.7.5. Pažintinių funkcijų ir atminties vertinimas

6.5.7.5.1. Nustačius pažintinių funkcijų sutrikimus, rekomenduojamas išsamus neuropsichologinis įvertinimas, siekiant tiksliai nustatyti sutrikimus (II, C įrodymai).

6.5.7.5.2. Pažintinių funkcijų vertinimas turi būti atliekamas ir prieš išrašant pacientą į namus (I, B įrodymai).

6.5.7.6. Nemedikamentinė pažintinių funkcijų ir atminties korekcija

6.5.7.6.1. Rekomenduojama praturtintos aplinkos pažintinė veikla (I, A įrodymai).

6.5.7.6.2. Pažintinių funkcijų lavinimas atliekamas siekiant pagerinti dėmesį, atmintį, regos neglektą (II, B įrodymai).

6.5.7.6.3. Esant pažeistos pusės neglektui, rekomenduojami pratimai neglektui mažinti, optokinetinė stimuliacija, virtuali realybė (II, A įrodymai).

6.5.7.7. Rekomendacijos spazmiškumui gydyti

6.5.7.7.1. Norint sumažinti spazmiškumą, pagerinti pasyvių ir aktyvių judesių amplitudę, pagerinti apsirengimą, higieną ir galūnių padėtį, rekomenduojama tikslinga botulino toksino injekcijos į lokalizuotus viršutinių galūnių raumenis (I, A įrodymai).

6.5.7.7.2. Tikslingai botulino toksino suleisti į apatinių galūnių raumenis rekomenduojama norint sumažinti padidėjusį raumenų tonusą, trukdantį eisenos funkcijai (I, A įrodymai).

6.5.7.7.3. Fiziniai veiksniai, tokie kaip elektrinė raumenų stimuliacija, vibracija gali būti pagrįsti, norint laikinai pagerinti raumenų tonusą kaip papildoma reabilitacijos priemonė (II, A įrodymai).

6.5.7.7.4. Intratekalinis baklofeno gydymas gali būti naudingas esant stipriai išreikštam spazmiškumui, kuris nemažėja taikant kitas intervencijas (II, A įrodymai).

6.5.7.7.5. Riešo ir pirštų spazmiškumo po insulto profilaktikai nerekomenduojama naudoti įtvarus ir lipnias juostas (III, B įrodymai).

6.5.7.8. Rekomendacijos poinsultinės osteoporozės profilaktikai

6.5.7.8.1. Insultą patyrusiems asmenims rekomenduojama įvertinti kalcio ir vitamino D papildų poreikį (I, A įrodymai).

6.5.7.8.2. Rekomenduojamas fizinio aktyvumo didinimas siekiant sumažinti poinsultinės osteoporozės riziką ir jos sunkumą (II, B įrodymai).

6.5.7.9. Mobilumo funkcijos sutrikimų vertinimas

6.5.7.9.1. Motorinių sutrikimų įvertinimas (parezė, raumenų jėga, tonusas, individualūs pirštų judesiai, koordinacija) gali būti naudingi naudojant standartizuotas, technologines priemones. Rekomenduojami periodiški vertinimai, naudojant tas pačias standartizuotas priemones, siekiant užfiksuoti reabilitacijos pažangą (II, C įrodymai).

6.5.7.10. Esant mobilumo sutrikimams, rekomenduojamas intensyvus, kartojamas treniravimas (I, A įrodymai).

6.5.7.10.1. Viršutinės galūnės funkciją lavinti rekomenduojami pratimai, kurie gerina apsitarnavimo funkciją kasdienėje veikloje (I, A įrodymai).

6.5.7.11. Esant pusiausvyros sutrikimams ir ataksijai, rekomenduojamas pusiausvyros ir eisenos vertinimas, lavinimo programa, pagalbinių priemonių (lazdos, ramentai, vaikštytės) pritaikymas, rizikos nukristi vertinimas (I, A įrodymai).

6.5.7.12. Rekomendacijos kritimų profilaktikai

6.5.7.12.1. Asmenims, kuriems nustatyta padidėjusi griuvimų rizika, turėtų būti atliktas nuodugnus tarpdisciplininis tyrimas, apimantis medicininę ir funkcinę istoriją bei mobilumo, regos, suvokimo, pažinimo, širdies ir kraujagyslių būklės bei aplinkos vertinimą (C įrodymai).

6.5.7.12.2. Asmenims, patyrusiems insultą, rekomenduojama dalyvauti pusiausvyros treniruočių programose, siekiant sumažinti kritimus, raumenų jėgos stiprinimo pratimus (I, B įrodymai).

6.5.7.12.3. Rekomenduojami į tikslą orientuoti, kartojami, laipsniškai adaptuojami pratimai naudojami siekiant pagerinti apatinių galūnių funkciją (atsistojimą, ėjimo greitį, atstumą) (I, A įrodymai).

Funkcinė elektrinė stimuliacija (FES) turėtų būti naudojama siekiant pagerinti kojų jėgą ir funkciją (eiseną) (I, A įrodymai).

6.5.7.12.4. Asmenims, patyrusiems insultą, hospitalizacijos metu rekomenduojama parengti oficialią kritimo prevencijos programą. (I, A įrodymai).

6.5.7.13. Techninių reabilitacijos priemonių taikymas

6.5.7.13.1. Techninės reabilitacijos priemonės (pvz., lazdelės, vaikštytės) turėtų būti naudojamos siekiant pagerinti eiseną ir pusiausvyrą, užtikrinti saugumą (I, B įrodymai).

6.5.7.13.2. Ortopediniai įtvarai rekomenduojami pėdos stabilumui užtikrinti (I, B įrodymai).

6.5.7.13.3. Vežimėliai rekomenduojami asmenims, kurių stipriai sutrikusi arba negalima eiseną (I, C įrodymai).

6.5.7.14. Rekomenduojamas medicininės reabilitacijos pabaigos ir išrašymo į namus planavimas, užtikrinant komunikavimo su pacientu galimybes (telefonas, telemedicina, internetinis ryšys) (II, B įrodymai).

6.5.7.14.1. Paciento artimieji turi būti įtraukti į medicininės reabilitacijos komandą (II, A įrodymai).

6.5.7.14.2. Pacientas ir jo artimieji turi būti supažindinami su visuomenės ištekiais, užmezgami kontaktai su visuomeninėmis organizacijomis (neįgaliųjų, socialinės paramos) (I, C įrodymai).

6.5.8. Į visuomenę orientuota reabilitacija

6.5.8.1. Rekomenduojama visiems asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą, medicininės reabilitacijos pabaigoje įvertinti kasdienio savarankiškumo lygį priklausomai nuo jų gyvenimo sąlygų (I, B įrodymai).

6.5.8.2. Insultą patyrę pacientai, kuriems išlieka biopsichosocialinių funkcijų sutrikimas medicininės reabilitacijos metu, turėtų būti siunčiami į neįgaliųjų organizacijas, kai tai įmanoma. Neįtraukiami asmenys, patyrę insultą, kuriems reikalingos kasdienės slaugos paslaugos, reguliarios medicininės intervencijos, specializuota įranga (I, A įrodymai).

6.5.8.3. Rekomenduojama, kad paciento artimieji dalyvautų mokymuose, tiesiogiai susijusiuose su rekomenduojama reabilitacijos namuose programa ir būtų įtraukti į aktyvius partnerius (II, B įrodymai).

6.5.8.4. Rekomenduojamos konsultacijos seksualinės disfunkcijos klausimais (II, B įrodymai).

6.5.8.5. Svarstant grįžimo į darbą perspektyvas, galima rekomenduoti profesinę reabilitaciją (II, C įrodymai). Dėl profesinės reabilitacijos darbingo amžiaus asmenį šeimos gydytojas po antro ir (arba) trečio medicininės reabilitacijos etapo siunčiami į Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (NDNT), kuri, esant indikacijų, asmenį siunčia į užimtumo tarnybą.

6.5.8.6. Rekomenduojamas išplėstinis vertinimas dėl galimybių vairuoti transporto priemonę (I, C įrodymai).

6.5.9. Gydymas vaistiniais preparatais šiame skyriuje nenagrinėjamas. Reabilitacijos metu yra tęsiamas specializuotame skyriuje skirtas medikamentinis gydymas.

6.5.10. Gyvenimo būdo pokyčiai orientuoti į rizikos veiksnių susirgti pakartotiniu insultu korekciją ir jų šalinimą, žalingų įpročių atsisakymą, sveikos mitybos rekomendacijas ir fizinio aktyvumo rekomendacijas.

6.5.11. Paciento ir jo artimųjų mokymas turi būti pradedamas nustačius diagnozę (I, B įrodymai).

6.5.11.1. Pirmame medicininės reabilitacijos etape: 1. Pasyvių ir aktyvių judesių atlikimas. 2. Kvėpavimo mankšta. 3. Kontraktūrų profilaktika. 4. Pragulų profilaktika. 5. Taisyklinga galūnių padėtis lovoje. 6. Taisyklingas padėties keitimas lovoje (atsisėdimas, persėdimas, atsistojimas). 7. Taisyklingas savęs apsistarnavimas ir kasdinių veiklų atlikimas (pvz., savarankiško valgymo, higienos veiksmų atlikimo arba kt.). 8. Kalbos įgūdžių lavinimo ir saugaus rijimo rekomendacijos. 9. Psichologinės pagalbos principai esant psichoemociniam sujaudinimui. Pratimai pažintinių funkcijų lavinimui. 10. Kritimų rizikos profilaktika.

6.5.11.2. Antrame ir trečiame medicininės reabilitacijos etape tęsiamos pirmo medicininės reabilitacijos etapo temos. Papildomai analizuojamos šios temos: 1. Modifikuojamų rizikos veiksnių susirgti pakartotiniu insultu korekcija: arterinė hipertenzija, hiperlipidemija, prieširdžių virpėjimas, cukrinis diabetas, rūkymas, nutukimas, nejudra. 2. Medicininės reabilitacijos etapai, jų turinys, trukmė. 3. Medicininės reabilitacijos

taikymo galimybėmis baigus stacionarinę ir (arba) ambulatorinę reabilitaciją. 4. Neįgalumo nustatymo, peržiūros tvarka. 5. Techninės reabilitacijos priemonės ir jų įsigijimo tvarka. 6. Gyvenamosios aplinkos pritaikymo galimybės priklausomai nuo funkcinės būklės sutrikimo lygio. 7. Profesinės reabilitacijos galimybės. 8. Reabilitacijos rekomendacijų į namus sudarymas.

6.5.11.3. Pakartotinės medicininės reabilitacijos etapuose tęsiamas paciento ir jo artimųjų mokymas antro ir trečio medicininės reabilitacijos etapo temomis.

6.5.12. Medicinos psichologo konsultacijos vyksta visais medicininės reabilitacijos etapais. Jų metu atliekamas psichoemocinės būklės įvertinimas standartizuotais klausimynais (I, B įrodymai) ir korekcija, taikomos psichoterapinės priemonės ir užsiėmimai, skirti nerimo, panikos, streso kontrolei, relaksacijos užsiėmimai.

6.5.13. Socialinio darbuotojo konsultacijos vyksta antrame ir (arba) trečiame bei pakartotinės medicininės reabilitacijos etape, tačiau prireikus ir pirmame medicininės reabilitacijos etape, taip pat ir Insulto gydymo centre. Jų metu atliekamas poreikių tyrimas: būtinos socialinės pagalbos masto įvertinimas, kitų aktualių socialinių problemų nustatymas, tikslų ir socialinės prognozės nustatymas, plano sudarymas, konkrečios konsultacijos pacientui (jo šeimos nariams, artimiesiems, globėjams).

6.5.14. Medicininė reabilitacija skiriama visiems pacientams, sergantiems GSI, kai yra indikacijų ir nėra kontraindikacijų. Apie indikacijas ir kontraindikacijas medicininei reabilitacijai sprendžia fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas.

6.5.15. Reabilitacijos veiksmingumui vertinti taikomi įvairūs rodikliai: funkcinės būklės kitimo (BI, FNT, TPBTT, raumenų jėgos (nuo 0 iki 5 balų) ir tonuso (modifikuota *Ashword* skalė) pokytis balais, judesių amplitudės sąnariuose vertinimas, judesių pusiausvyros ir koordinacijos vertinimas, eisenos vertinimas, nerimo ir depresijos vertinimas, kalbos sutrikimų, disfagijos vertinimas, ir kt.), gydymo specializuotame skyriuje sutrumpėjimas, neįgalumo rodiklių dinamika, išrašomų po medicininės reabilitacijos pacientų į namus procentas ir kt.

6.5.16. Paciento funkcinės būklės pokyčiui vertinti kaip pagrindinis testas medicininės reabilitacijos įstaigoje rekomenduojamas FNT. Testas skirtas vertinti pacientų funkcinę būklę nuo gydymo stacionare pradžios iki išrašymo ir tolesnės stebėsenos. Periodiškas pakartotinis įvertinimas leidžia vertinti paciento veiklos pokyčius bėgant laikui, kartu teikiant duomenis reabilitacijos rezultatams nustatyti. Rekomenduojama paciento funkcinę būklę vertinti medicininės reabilitacijos pradžioje ir pabaigoje.

6.5.17. Funkcinės būklės vertinimo reabilitacijos eigoje testų siektinos reikšmės medicininės reabilitacijos pabaigoje – maksimali balų suma. Funkcinę būklę medicininės reabilitacijos pradžioje ir pabaigoje vertina FMR gydytojas ir (arba) visa FMR specialistų komanda.

6.6. Ligos prognozė ir pasveikimo ir (arba) ligos remisijos kriterijai

6.6.1. Pacientas laikomas visiškai pasveikusiu po ūminio išeminio galvos smegenų insulto, jei buvusi židininė neurologinė simptomatika visiškai regresavo. Jei išlieka po ūminio insulto atsiradę neurologiniai simptomai, laikoma, kad pacientas turi išliekamąją negalią po insulto.

6.6.2. Paciento būklė gali būti vertinama funkcinės būklės skalėmis (Bartelio indeksas – 28 priedas, Funkcinio nepriklausomumo testas ir modifikuota Rankino skalė-11 priedas). Siektinas paciento funkcinės būklės įvertinimo pagal mRS rodiklis – 0–2 b (11 priedas) po taikyto insulto gydymo ir medicininės reabilitacijos.

6.6.3. Pacientas siunčiamas darbingumo lygiui nustatyti remiantis šiais teisės aktais:

6.6.3.1. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo Ministro ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos Ministro 2005 m. kovo 21 d. įsakymas Nr. A1-139/V-356 „Dėl darbingumo lygio nustatymo kriterijų aprašo ir Darbingumo lygio nustatymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

6.6.3.2. Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos direktoriaus 2010 m. gruodžio 16 d. įsakymas Nr. V-116 „Dėl Išvados dėl darbo pobūdžio ir sąlygų formos patvirtinimo“.

6.6.3.3. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo Ministro ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos Ministro 2005 m. sausio 3 d. įsakymas Nr. A1-1/V-2 „Dėl darbingumo lygio, susijusio su nelaimingais atsitikimais darbe ir profesinių ligų padariniais, nustatymo taisyklių patvirtinimo“.

6.6.3.4. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo Ministro 2005 m. balandžio 4 d. įsakymas Nr. A1-92 „Dėl darbingumo lygio, darbingumo lygio dėl nelaimingo atsitikimo darbe ar profesinės ligos, neįgalumo lygio pažymų formų ir jų išdavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

6.6.4. Šiuo metu patikimų insulto baigties arba prognostinių pasveikimo kriterijų pasaulyje nėra.

6.7. Ligos arba sveikatos sutrikimo eigos vertinimas ir stebėseną

6.7.1. Visų pacientų, kuriems planuojama taikyti gydymą intravenine trombolize arba mechanine trombektomija, neurologinė būklė vertinama pagal NIH insulto skalę užpildant atitinkamą formą (12 priedas). Forma pildoma gydytojo neurologo pacientui atvykus, iš karto po trombolizės, po 24 val. ir po septynių parų arba išrašant iš skyriaus. Taip pat įvertinama ir paciento funkcinė būklė pagal mRS (11 priedas) išrašant iš stacionaro.

6.7.2. Ūminį išeminį insultą patyrę pacientai po 3 mėn. siunčiami neurologui (kartu su daugiadalyke komanda) konsultuoti į IGC arba TPL. Paciento būklė įvertinama daugiadalykėje specialistų komandoje, kurią sudaro gydytojas neurologas, medicinos reabilitacijos gydytojas, slaugytoja, socialinis darbuotojas. Pagal poreikį į komandą konsultacijai gali būti įtrauktas ir kitos srities specialistas.

6.7.3. Konsultacijos metu įvertinama paciento neurologinė būklė, funkcinė būklė naudojant mRS skalę bei kitas paciento apsitarnavimo galimybę vertinančias skales ir antrinės profilaktikos taikomų priemonių veiksmingumas. Vizito metu su pacientu aptariamas rekomenduotų insulto antrinei profilaktikai skirtų vaistų vartojimas.

6.7.4. Jei pacientui buvo skirti statinai dislipidemijos korekcijai po ūminio išeminio galvos smegenų insulto, atvykstant neurologo konsultacijos po 3 mėn. reikia atlikti lipidogramą ambulatorine tvarka.

6.7.5. Jei pacientui antrinei insulto profilaktikai buvo skirti NGAK, atvykstant neurologo konsultacijos po 3 mėn., reikia atlikti bendrąjį kraujo tyrimą ir inkstų funkciją rodančius kraujo tyrimus ambulatorine tvarka.

6.7.6. Jei pacientui atliktas vidinės miego arterijos (VMA) stentavimas arba nustatyta hemodinamiškai reikšminga VMA stenoze, pacientui turi būti įvertinta stento funkcija arba stenozės laipsnis dinamikoje.

6.7.7. Medicininės reabilitacijos metu nepriklausomai nuo medicininės reabilitacijos etapo vertinama funkcinė būklė reabilitacijos pradžioje ir pabaigoje. FMR gydytojo pakartotinių konsultacijų metu, naudojant testus, vertinama funkcinė būklė (BI, FNT, TPBTT, raumenų jėga (nuo 0 iki 5 balų) ir tonusas (modifikuota *Ashword* skalė), judesių amplitudės sąnariuose, judesių pusiausvyros ir koordinacija, eisena, pažintinės funkcijos, nerimas ir depresija, kalbos sutrikimas, disfagija, apsitarnavimas).

6.7.8. Paciento funkcinės būklės stebėseną vykdoma tol, kol kinta funkcinė būklė.

6.7.9. Paciento funkcinės būklės stebėseną vykdo daugiadalykė medicininės reabilitacijos komanda: FMR gydytojas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, bendrosios praktikos slaugytojas, logoterapeutas, medicinos psichologas, socialinis darbuotojas.

6.7.10. Pacientas apie stebėsenos tvarką ir datą informuojamas susisiekus telefonu, elektroniniu paštu arba išsiuntus laišką. Laiške nurodoma apsilankymo data, laikas, vieta, apsilankymo tikslas, kas bus atliekama, įstaigos kontaktai, jei pacientas negali atvykti nurodytu laiku.

6.7.11. Išeminio insulto antrinė prevencija

Antrinės insulto prevencijos tikslas – išvengti pakartotinio galvos smegenų kraujotakos sutrikimo. Antrinę insulto prevenciją pradeda pacientą gydantis gydytojas neurologas kartu su daugiadalyke specialistų komanda arba kitos specialybės gydytojas pagal neurologo rekomendacijas ir tęsia kiti gydytojai specialistai pagal savo kompetenciją bei šeimos gydytojas.

6.7.11.1. Medikamentinė prevencija

6.7.11.1.1. Pakartotinio insulto rizikai po PSIP įvertinti naudojama ABCD₂ skalė (3 priedas). Pacientams su vidutine bei didele pakartotinio insulto rizika tyrimai bei adekvatus profilaktinis gydymas turi būti skiriamas kuo greičiau, pageidautina per 24 val. nuo įvykio. Didelės pakartotinio insulto rizikos grupei taip pat priskiriami pacientai su nustatyta PV arba miego arterijos stenoze >50 proc. Kitiems pacientams atlikti tyrimus bei skirti profilaktinį gydymą rekomenduojama per vieną savaitę nuo įvykio.

6.7.11.1.2. Pakartotinio išeminio insulto profilaktikai būtina koreguoti modifikuojamuosius rizikos veiksnius ir skirti antitrombozinį gydymą antiagregantais arba antikoaguliantais.

6.7.11.1.3. Kraujospūdį mažinamieji vaistai turi būti skiriami anksčiau negydytiems dėl arterinės hipertenzijos pacientams, jei, praėjus pirmoms 48–72 val. po ŪGSKS, sistolinis AKS ≥ 140 mm Hg arba diastolinis AKS ≥ 90 mm Hg (I, B įrodymai). Kraujospūdį mažinamųjų vaistų skyrimas turi būti atnaujintas jau gydytiems dėl arterinės hipertenzijos pacientams praėjus pirmoms kelioms dienoms po patirto SI arba PSIP (I, A įrodymai). Siektinos AKS ribos yra neapibrėžtos ir turėtų būti nustatomos individualiai, tačiau būtų priimtina siekti sistolinio AKS < 140 mmHg ir diastolinio AKS < 90 mm Hg (IIa, B įrodymai). Pacientams, patyrusiems ūminį lakūninį SI, siektinas sistolinis AKS < 130 mm Hg (IIa, B įrodymai).

6.7.11.1.4. Pacientams, patyrusiems SI arba PSIP, svarstyti parodymai atlikti miego tyrimą dėl galimos miego apnėjos. Pacientams, patyrusiems SI arba PSIP ir turintiems miego apnėją, rekomenduojamas gydymas nuolatinio teigiamo slėgio ventiliacija (IIa, B įrodymai).

6.7.11.1.5. Nekardioembolinės kilmės PSIP arba išeminio insulto antrinei profilaktikai rekomenduojami antiagregantai (acetilsalicilo rūgštis; acetilsalicilo rūgšties ir prailginto atsipalaidavimo dipiridamolio derinys; klopidoirelis) (I, A įrodymai):

6.7.11.1.5.1. Pirmas septynias paras po insulto skiriama acetilsalicilo rūgštis (75–150 mg), vėliau skiriamas vienas iš antiagregantų (acetilsalicilo rūgštis 75–150 mg; klopidoirelis 75 mg; 50 mg acetilsalicilo rūgšties ir 400 mg modifikuoto atsipalaidavimo dipiridamolio derinys skiriant per du kartus).

6.7.11.1.5.2. Trumpalaikį dvigubą gydymą acetilsalicilo rūgštimi ir klopidoireliu po įvykusio ūminio nedidelio insulto (NIHSS ≤ 3) arba didelės rizikos PSIP (ABCD₂ įvertis ≥ 4) galima skirti iš karto po įvykio ir ne ilgiau kaip 21 dieną. Vėliau pereinama prie gydymo vienu antiagregantu.

6.7.11.1.6. Po įvykusio insulto acetilsalicilo rūgšties ir klopidoirelio derinys ilgalaikiai insulto profilaktikai nerekomenduojamas, išskyrus specifines indikacijas (nestabili krūtinės angina arba miokardo infarktas, arba neseniai atliktas arterijų stentavimas) (I, A įrodymai).

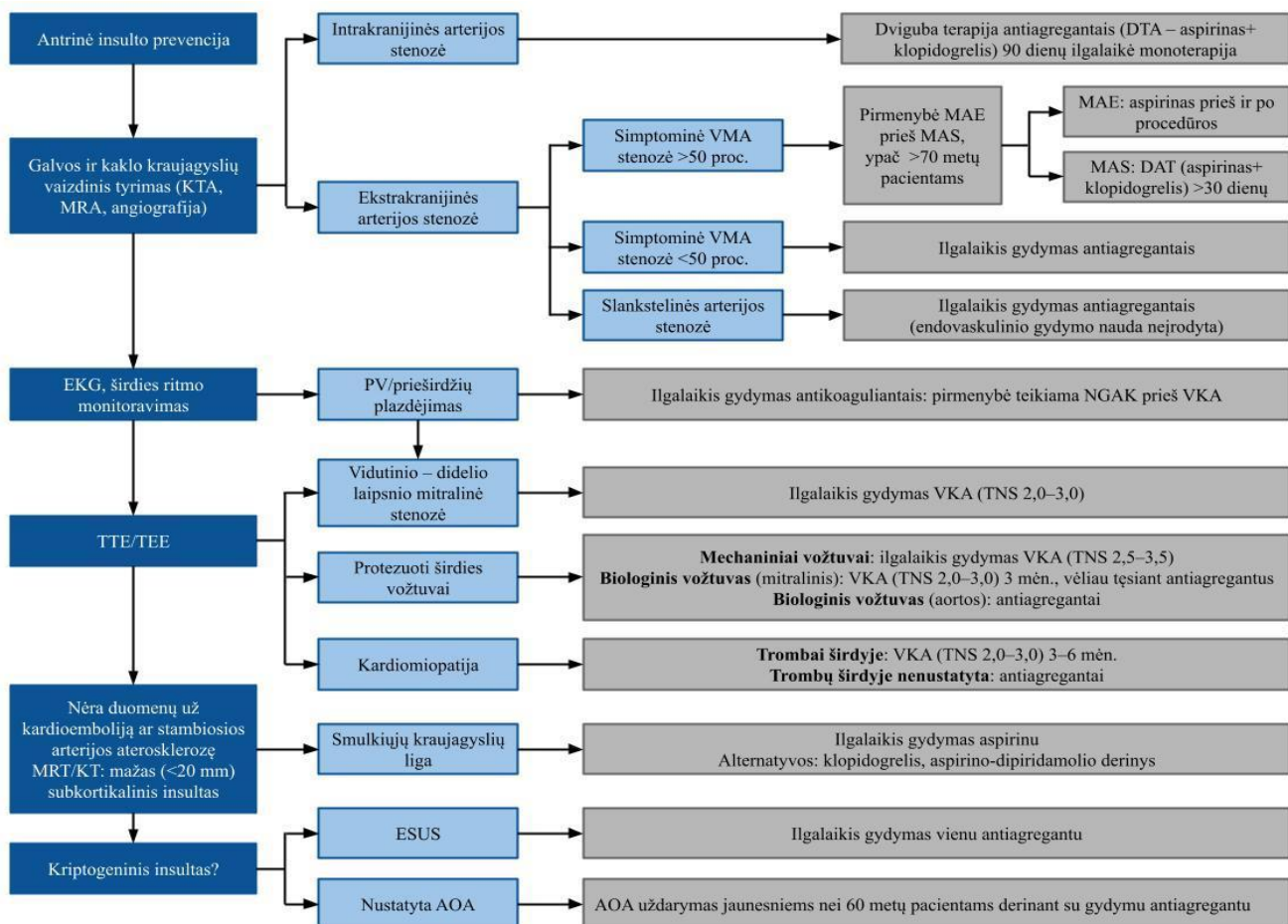
- 6.7.11.1.7. Esant nustatytam nuolatiniam arba paroksizminiam PV, jei nėra kontraindikacijų, insulto antrinei profilaktikai pradedami skirti geriamieji antikoagulantai; gydymo pradžios laikas parenkamas priklausomai nuo insulto sunkumo – po 3, 6 arba 12 dienų. Esant bet kokio dydžio insultui užpakalinėje kaukolės dauboje, antikoaguliantus rekomenduojama pradėti skirti ne anksčiau kaip po 12 dienų. Esant didelei SI hemoraginės konversijos rizikai (pvz., didelis smegenų infarktas, pradiniam vaizdiniame tyrime stebima hemoraginė transformacija, nekontroliuojama arterinė hipertenzija), antikoaguliantų skyrimą galima atidėti ir vėlesniam laikui (13 priedas).
- 6.7.11.1.8. Heparinas arba MMMH, iki skiriant geriamuosius antikoaguliantus, nevartotini, išskyrus jų skyrimą profilaktinėmis dozėmis giliųjų venų trombozės ir plaučių arterijos tromboembolijos gydymui. Iki geriamųjų antikoaguliantų skyrimo pradžios galima skirti acetilsalicilo rūgštį, kuri, pradėjus vartoti geriamuosius antikoaguliantus, turėtų būti nutraukta, jei nėra būtinų indikacijų antiagregantams.
- 6.7.11.1.9. Jei SI įvyko pacientui iki to vartojusiam geriamuosius antikoaguliantus, geriamieji antikoagulantai pirmomis insulto dienomis neskiriami, o jų skyrimas atnaujinamas pagal tą pačią 3–6–12 taisyklę (13 priedas). Jei TNS <1,7 iki geriamųjų antikoaguliantų atnaujinimo, skiriama acetilsalicilo rūgštis.
- 6.7.11.1.10. Esant nevožtuviniam PV, pirmojo pasirinkimo antikoaguliantais rekomenduojami NGAK. Kaip jų alternatyva gali būti rekomenduojami geriamieji netiesioginio veikimo antikoagulantai (vitamino K antagonistai) (I, A įrodymai).
- 6.7.11.1.11. Geriamieji netiesioginio veikimo antikoagulantai rekomenduojami pacientams, turintiems įrodytą kardiogeninį embolų šaltinį (I, A įrodymai). Po insulto arba PSIP juos pradėti skirti daugeliu atvejų reikėtų per pirmas 12 dienų (IIa, B įrodymai). Jie taip pat gali būti skiriami, kai yra (IIb, C įrodymai):
- 6.7.11.1.11.1. Galvos smegenų venų ir veninių ančių trombozė.
 - 6.7.11.1.11.2. Įgimta trombofilija.
 - 6.7.11.1.11.3. Antifosfolipidinis sindromas.
 - 6.7.11.1.11.4. Ekstrakranijinių smegenų arterijų disekacija.
 - 6.7.11.1.11.5. Pamatinės arterijos verpstinė aneurizma.
 - 6.7.11.1.11.6. AOA ir patvirtinta kojų giliųjų venų trombozė. Jei yra AOA be patvirtintos kojų giliųjų venų trombozės, rekomenduojama skirti antiagregantus, nesant kraujavimo rizikos, gali būti skiriami vitamino K antagonistai (IIb, C įrodymai).
- 6.7.11.1.12. Geriamieji netiesioginio veikimo antikoagulantai rekomenduojami daugumai pacientų po SI arba PSIP ir patyrusiems ŪMI:
- 6.7.11.1.12.1. Kai susiformuoja kairiojo skilvelio prisieninis trombas, patvirtintas echokardiografija arba kitu vaizdiniu tyrimu (I, C įrodymai).
 - 6.7.11.1.12.2. Esant priekinės sienos ST segmento ŪMI be įrodyto prisienio kairiojo skilvelio trombo, tačiau esant priekinės sienos akinezijai arba diskinezijai, patvirtintai echokardiografija arba kitu vaizdiniu tyrimu (IIb, C įrodymai).
- 6.7.11.1.13. Pacientams po SI arba PSIP ir patyrusiems ŪMI, kai susiformuoja kairiojo skilvelio prisieninis trombas arba yra priekinės sienos akinezija arba diskinezija, ir kairiojo skilvelio išstūmimo frakcija <40 proc., kurie netoleruoja geriamųjų netiesioginio veikimo antikoaguliantų, kaip alternatyva 3 mėn. gali būti skiriami mažos molekulinės masės heparinai (MMMh) (IIb, C įrodymai).

- 6.7.11.1.14. Netiesioginio veikimo antikoagulantai embolinio insulto profilaktikai dozuojami palaikant TNS 2,0–3,0 terapinio intervalo ribose (I, A įrodymai), o pacientams su dirbtiniu širdies vožtuvu, palaikant TNS 2,5–3,5 terapinio intervalo ribose (I, C įrodymai). Įprastai TNS kontrolė atliekama kartą per mėnesį, o pacientams su padidėjusia kraujavimo rizika – kartą per dvi savaites.
- 6.7.11.1.15. Kai yra didelė hemoraginės transformacijos rizika (pvz., didelės apimties SI, hemoraginė transformacija matoma pirmoje KT, nekontroliuojama hipertenzija, polinkis kraujavimams), geriamųjų antikoagulantų skyrimą rekomenduojama atidėti iki 12 parų (IIb, B-NR įrodymai).
- 6.7.11.1.16. Pacientams su PV, kuriems reikia planine tvarka (pvz., prieš numatomą intervenciją arba operaciją) laikinai nutraukti geriamuosius antikoagulantus, tikslinga skirti MMMH (IIa, C įrodymai). Pakaitinis gydymas neskiriamas pacientams, vartojantiems NGAK.
- 6.7.11.1.17. Esant kontraindikacijoms antikoagulantams, svarstytinas kairiojo prieširdžio ausytės mechaninis uždarymas.
- 6.7.11.1.18. Geriamųjų antikoagulantų derinys su antiagregantais antrinei insulto profilaktikai visiems pacientams nerekomenduojamas, tačiau gali būti skiriamas, jei pacientas turi kliniškai pasireiškiančią išeminę širdies ligą, ūminį išeminį sindromą arba kurios nors kraujagyslės stentą (IIb, C įrodymai). Gydymo deriniais parinkimas ir terminai sprendžiami individualiai, derinant kardiologines ir neurologines indikacijas, atsižvelgiant į trombozės ir kraujavimo riziką.
- 6.7.11.1.19. Po nekardioembolinio SI arba PSIP, esant arterijų aterosklerozei, išeminio insulto ir širdies ir kraujagyslių sistemos ligų antrinei profilaktikai rekomenduojami statinai nepriklausomai nuo kitų klinikinių aterosklerozinių širdies ir kraujagyslių sistemos ligų buvimo.
- 6.7.11.1.20. Pacientams, kurie iki insulto jau vartojo statinus, įvykus insultui, rekomenduojama jų nenutraukti ir tęsti.
- 6.7.11.1.21. Po hemoraginio insulto statinai nerekomenduojami.
- 6.7.11.1.22. Patyrusiems SI arba PSIP pacientams, esant aortos lanko ateromai, rekomenduojami antiagregantai (I, A įrodymai) ir statinai (I, A įrodymai). Antikoagulantų veiksmingumas neįrodytas (IIb, C įrodymai) ir aortos lanko endarterektomija nerekomenduojama (III, C įrodymai).
- 6.7.11.1.23. Patyrusiems SI arba PSIP pacientams, esant ekstrakranijinės miego arba slankstelinės arterijos dalies atsisluoksniavimui, rekomenduojamas mažiausiai 3–6 mėn. trukmės antitrombozinis gydymas antiagregantais arba antikoaguliantais (IIb, B-R įrodymai). Jeigu, gydant antiagregantais arba antikoaguliantais, pasikartoja ŪGSKS, rekomenduojama apsvarstyti endovaskulinio gydymo (stentuojančią) galimybę (IIb, C įrodymai), jeigu pastarasis neveiksmingas arba negalimas – chirurginio gydymo galimybę.
- 6.7.11.1.24. Įprastai atliekamų tyrimų trombofilijai diagnozuoti nauda pacientams, patyrusiems SI arba PSIP, neįrodyta (IIb, C įrodymai). Nustačius krešėjimo sutrikimą, antikoagulantų (vitamino K antagonistų) skyrimas priklauso nuo krešėjimo sutrikimų pobūdžio ir klinikinės situacijos (IIb, C įrodymai). Antiagregantai rekomenduojami pacientams, kuriems nustatyti krešėjimo sutrikimai, jeigu antikoagulantai nebuvo skirti (I, A įrodymai). Ilgalaikis gydymas antikoaguliantais rekomenduojamas pacientams, sergantiems įgimta trombofilija ir patyrusiems spontaniinę smegenų venų trombozę arba nenustatytos etiologijos pakartotinį SI (IIb, C įrodymai).

- 6.7.11.1.25. Patyrusiems SI arba PSIP pacientams įprastas tyrimas dėl antifosfolipidinių (aFL) antikūnų nerekomenduojamas, jeigu jie neturi kitų aFL sindromo klinikinių apraiškų ir turi alternatyvias išeminio įvykio priežastis, pvz., aterosklerozę, miego arterijų stenozę arba PV (III, C įrodymai). Pacientams, kuriems nustatyti aFL antikūnai, bet nėra kitų aFL sindromo kriterijų, antrinei profilaktikai rekomenduojami antiagregantai (I, B įrodymai). Pacientams, atitinkantiems aFL sindromo kriterijus, svarstyti antikoagulantų (vitamino K antagonistų) skyrimo galimybė priklausomai nuo pakartotinių trombozinių įvykių ir kraujavimų rizikos (IIb, C įrodymai), jei neskiriami antikoagulantai, indikuotinas gydymas antiagregantais (I, A įrodymai).
- 6.7.11.1.26. Pacientams, patyrusiems smegenų veninių ančių trombozę, tyrimai dėl įgimtos trombofilijos ir aFL antikūnų galėtų būti tikslingi atrinktiems pacientams, turintiems šeiminei arba asmeninei trombozių anamnezę, smegenų veninių ančių trombozei įvykus jauname amžiuje arba be žinomos rizikos (IIa, C įrodymai). Tyrimai dėl trombofilijos atliekami praėjus 3 mėn. ir daugiau po trombozinio įvykio ir bent dviem savaitėms nevartojant vitamino K antagonistų, bent dvi dienas nevartojant ne vitamino K antagonistų geriamųjų antikoagulantų ir bent 24 val. nevartojant heparino arba MMMH. Jei nustatomi aFL antikūnai, tyrimas kartojamas po 12 savaičių.
- 6.7.11.1.27. Geriamieji netiesioginio veikimo antikoagulantai rekomenduojami pacientams su ūmine smegenų veninių sinusų tromboze, individualiais atvejais netgi esant intrasmegeninei kraujosruvai (IIa, B įrodymai). Pacientams be trombofilijos su provokuota smegenų veninių ančių tromboze antikoagulantai skiriami 3–6 mėn., su neprovokuota smegenų veninių ančių tromboze – 6–12 mėn., turintiems trombofiliją arba pakartotinai susirgus smegenų venų tromboze antikoaguliantus gali prireikti skirti nuolatiniam vartojimui (IIb, C įrodymai). NGAK nerekomenduojami.
- 6.7.11.1.28. Nėščioms moterims, turinčioms didelę tromboembolinių komplikacijų riziką (mechaniniai širdies vožtuvai, plaučių tromboembolija anamnezėje, giliųjų venų trombozė anamnezėje), gali būti rekomenduojama:
- 6.7.11.1.28.1. MMMH du kartus per parą, dozę koreguojant atitinkamai gamintojo pasiūlytam anti-Xa aktyvumui praėjus 4 val. nuo injekcijos.
- 6.7.11.1.28.2. Arba nefrakcionuotas heparinas po oda kas 12 val. dozėmis, kurios užtikrintų vidutinio ADTL prailgėjimą du kartus.
- 6.7.11.1.28.3. Arba nefrakcionuotas heparinas, arba MMMH (kaip nurodyta aukščiau) iki 13 nėštumo savaitės, vėliau skiriant geriamuosius netiesioginio veikimo antikoaguliantus (vitamino K antagonistus) iki nėštumo pabaigos, prieš gimdymą atnaujinant nefrakcionuoto heparino arba MMMH skyrimą (IIa, C įrodymai). MMMH skyrimas turėtų būti nutrauktas ne vėliau kaip 24 val. iki planuojamo gimdymo arba cezario pjūvio operacijos (IIa, C įrodymai).
- 6.7.11.1.29. Nėščioms moterims, turinčioms mažą tromboembolinių komplikacijų riziką, situacijose, kai ne nėščiosioms būtų rekomenduojami antiagregantai, rekomenduojama skirti nefrakcionuotą hepariną, MMMH arba neskirti jokio gydymo pirmąjį nėštumo trimestrą, priklausomai nuo klinikinės situacijos (IIb, C įrodymai). Nuo antrojo nėštumo trimestro rekomenduojama skirti acetilsalicilo rūgštį mažomis dozėmis (50–150 mg per parą) (IIb, C įrodymai).
- 6.7.11.1.30. Maitinančioms motinoms, turinčioms didelę tromboembolinių komplikacijų riziką, reikalaujančią gydymo antikoaguliantais, galima skirti geriamuosius antikoaguliantus, hepariną arba MMMH (IIa, C įrodymai).

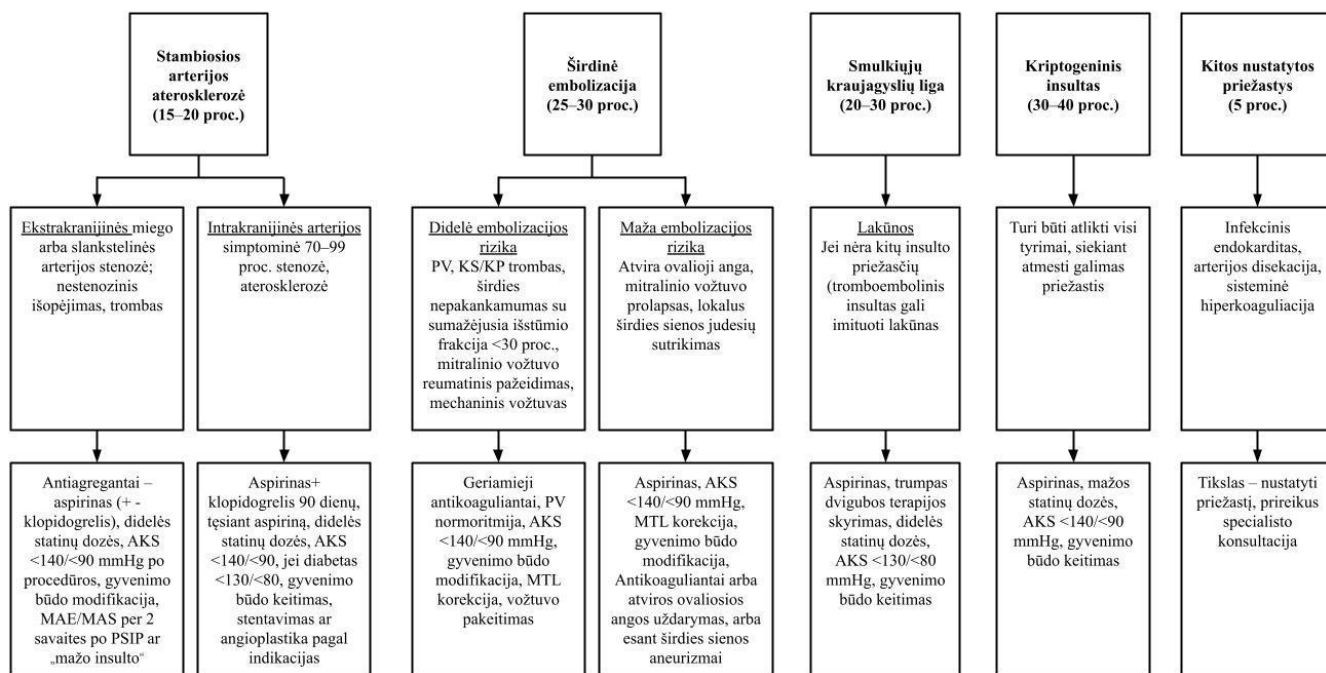
- 6.7.11.1.31. Maitinančioms motinoms, turinčioms mažą tromboembolinių komplikacijų riziką, reikalaujančią gydymo antiagregantais, galima skirti mažą acetilsalicilo rūgšties dozę (IIB, C įrodymai).
- 6.7.11.1.32. Sprendimas atnaujinti antitrombozinių vaistų skyrimą po įvykusios ISK, siejamos su antitromboziniu gydymu, priklauso nuo arterinės arba veninės tromboembolijos rizikos, pakartotinės ISK rizikos ir bendros paciento būklės, todėl privalo būti priimtas individualiai kiekvienam pacientui. Pacientams, turintiems sąlyginai mažą SI riziką ir didelę pakartotinės ISK riziką, arba labai blogos neurologinės būklės pacientams, išeminio insulto profilaktikai gali būti skiriami antiagregantai (IIB, B įrodymai).
- 6.7.11.1.33. Nėra žinoma, kada saugu atnaujinti antikoagulantų skyrimą pacientams po ūminės ISK, SAK arba subdurinės hematomos. Daugumai pacientų tikslinga antikoagulantų skyrimo atnaujinimą atidėti mažiausiai keturioms savaitėms.
- 6.7.11.1.34. Pacientams su hemoraginiu SI sprendimas atnaujinti antikoagulantų skyrimą priklauso nuo konkrečios klinikinės situacijos ir indikacijų gydymui antikoagulantais (IIB, C įrodymai).

11 pav. Insulto antrinė prevencija: antitrombozinis gydymas pacientams po išeminio galvos smegenų insulto



AOA – atvira ovalioji anga; DTA – dviguba terapija antiagregantais; ESUS – *angl. Embolic Stroke of Unknown origin*, nežinomo šaltinio embolinis insultas; MAS – miego arterijos stentavimas; MAE – miego arterijos endarterektomija; NGAK – ne vitamino K antagonistai geriamieji antikoagulantai; TEE – transezofaginė echokardiografija; TNS – tarptautinis normalizuotas santykis; TTE – transtorakalinė echokardiografija; VKA – vitamino K antagonistai.

12 pav. Antrinė išeminio insulto profilaktika pagal priežastis



AKS – arterinis kraujo spaudimas;
KS/KP – kairysis skilvelis/kairysis prieširdis;
MAE – miego arterijos endarterektomija;
MAS – miego arterijos stentavimas;
MTL – mažo tankio lipidai;
PV – prieširdžių virpėjimas.

6.7.11.2. Chirurginė profilaktika

6.7.11.2.1. VMA endarterektomija (MAE) rekomenduojama pacientams, kurie per pastaruosius 6 mėn. persirgo PSIP arba išeminiu insultu dėl sunkaus laipsnio (70–99 proc.) VMA stenozės (I, A įrodymai):

6.7.11.2.1.1. Pacientus, turinčius sunkaus laipsnio VMA stenozę ir patyrusius PSIP jos baseine, rekomenduojama operuoti kuo skubiau – per pirmas dvi savaites, jei nėra kontraindikacijų ankstyvam chirurginiam gydymui (IIa, B įrodymai).

6.7.11.2.1.2. Pacientams, patyrusiems išeminį insultą su grubiu neurologiniu deficitu jos baseine, chirurginis gydymas gali būti rekomenduojamas po reabilitacinio gydymo, esant teigiamai neurologinei dinamikai. Išliekant sunkiai negaliai, chirurginis gydymas nerekomenduojamas (III, C įrodymai).

6.7.11.2.2. Pacientams, turintiems vidutinio laipsnio (50–69 proc.) VMA stenozę ir patyrusiems PSIP arba išeminį insultą jos baseine, MAE gali būti rekomenduojama atsižvelgiant į paciento individualią būklę: paciento amžių, lytį, gretutinių ligų ir pradinių neurologinių simptomų sunkumą.

6.7.11.2.3. Pacientams, turintiems mažo laipsnio (<50 proc.) simptominę VMA stenozę, MAE nerekomenduojama (III, A įrodymai).

6.7.11.2.4. MAE rekomenduojama atlikti centruose, kuriuose operuotų pacientų perioperacinis sergamumas ir mirštamumas neviršija 6 proc. Prieš operaciją ir po jos pacientams skirtini antiangregantai (I, A įrodymai).

6.7.11.2.5. Endovaskulinis miego arterijos stentavimas (MAS) kaip alternatyva endarterektomijai gali būti taikomas pacientams, kuriems reikalinga MAE, tačiau jos atlikti negalima dėl kontraindikacijų arba techninių sunkumų. Esant simptominei sunkaus laipsnio

miego arterijos stenozei, MAS kaip pirmojo pasirinkimo procedūrą galima atlikti pacientams iki 70 metų amžiaus tuose centruose, kur MAS periprocedūrinių komplikacijų dažnis yra panašus kaip ir po MAE. Pasirinkimas priklauso nuo techninių veiksnių, operacinės rizikos ir paciento pageidavimo. Prieš pat procedūrą ir mažiausiai 1 mėn. po stentavimo turi būti skiriama acetilsalicilo rūgšties ir klopidoirelio derinys.

- 6.7.11.2.6. Visiems pacientams, turintiems simptominę ekstrakranijinę miego arba slankstelinės arterijos stenozę, rekomenduojamas optimalus medikamentinis gydymas antiagregantais, statinais ir rizikos veiksnių korekcija (I, A įrodymai).
- 6.7.11.2.7. Pacientams, kuriems yra nustatyta simptominė ekstrakranijinės slankstelinės arterijos dalies stenozė (>50 proc.), gali būti svarstoma chirurginio arba endovaskulinio gydymo galimybė, jeigu kartojasi vertebrobazilinio baseino išeminiai įvykiai nepaisant taikomo optimalaus medikamentinio gydymo (IIb, C įrodymai).
- 6.7.11.2.8. Esant stambiosios intrakranijinės arterijos stenozei >50 proc., kurios baseine įvyko PSIP arba išeminis insultas, rekomenduojama skirti acetilsalicilo rūgštį 325 mg per dieną, intensyvią statinų terapiją ir palaikyti sistolinį AKS <140 mm Hg. Jei yra sunkaus laipsnio (70–99 proc.) stambiosios intrakranijinės arterijos stenozė ir jos baseine neseniai (per pastarąsias 30 dienų) įvyko išeminis insultas arba PSIP, gali būti skiriama klopidoirelio 75 mg/d. ir acetilsalicilo rūgšties derinys 90 dienų (IIb, B įrodymai).
- 6.7.11.2.9. Esant sunkaus laipsnio (70–99 proc.) intrakranijinės arterijos stenozei, kurios baseine kartojasi išeminiai insultai arba PSIP, nepaisant optimalaus medikamentinio gydymo ir rizikos veiksnių korekcijos, gali būti svarstomas endovaskulinis gydymas (angioplastika arba stentavimas), tačiau jo vertė kol kas nėra pakankamai apibrėžta (IIb, C įrodymai). Esant vidutinio laipsnio (50–69 proc.) intrakranijinės arterijos stenozei, endovaskulinis gydymas nerekomenduojamas.
- 6.7.11.2.10. Ekstrakranijinio nuosrūvio operacijos antrinei išeminio insulto profilaktikai nerekomenduojamos (III, A įrodymai).
- 6.7.11.2.11. Įvykus išeminiam insultui arba PSIP, nustatčius AOA, esant embolų šaltiniui kojų arba dubens venose bei nenustatčius kitų insulto priežasčių, antrinei profilaktikai rekomenduojama skirti antikoagulantus (I, A įrodymai). Jei antikoagulantai kontraindikuotini, skirtini antiagregantai ir svarstyti skėčio į apatinę tuščiąją veną implantavimas (IIa, C įrodymai). AOA perkaterinis uždarymas gali būti svarstomas pacientams, kuriems yra kriptogeninis insultas, nustatyta AOA ir embolų šaltinis kojų arba dubens venose (IIb, C įrodymai). Jei nėra giliųjų venų trombozės, dalyvaujant neurologui, kardiologui, o esant trombofilijoms, ir hematologui, gali būti priimtas individualizuotas sprendimas perkateriškai uždaryti AOA atrinktiems pacientams (I, B įrodymai). Po uždarymo kaiščiu rekomenduojamas 1–6 mėn. dvigubas gydymas aspirinu ir klopidoireliu (IIb, A įrodymai), vėliau bent penkerius metus tęsiant aspiriną arba klopidoirelį (IIb, C įrodymai). Pirmus 6 mėn. turi būti skiriama antibakterinė profilaktika prieš bet kokiais intervencines procedūras (IIb, C įrodymai).
- 6.7.11.2.12. Punktuose 6.7.11.2.1.–6.7.11.2.11. pateikiamos nuorodos yra rekomendacinio pobūdžio. Kiekvienu konkrečiu atveju dėl chirurginio arba endovaskulinio gydymo ir konkrečių metodų gali būti sprendžiama individualiai.

6.7.11.3. Nemedikamentinė išeminio insulto prevencija

6.7.11.3.1. Kiekvienas insultą patyręs pacientas turi būti informuotas apie antrinio insulto rizikos veiksnius ir galimas nustatytų rizikos veiksnių modifikavimo strategijas (I, A įrodymai).

- 6.7.11.3.2. Rekomenduojamas pacientų mokymas dėl insulto prevencijos. Pacientams turi būti suteikta informacija, patarimai ir galimybė kalbėti apie ligos poveikį jų gyvenimui (I, C įrodymai).
- 6.7.11.3.3. Daugiaprofilinė insulto komanda bent kartą paciento hospitalizavimo metu kartu su pacientu ir jo artimaisiais turi aptarti ligos valdymą, gydymo, slaugos, medicininės reabilitacijos tikslus ir išrašymo planavimą (II, B įrodymai).
- 6.7.11.3.4. Informacija turi būti adaptuota pagal paciento individualius poreikius, pateikiama aiškiai, suprantamai ir prireikus pakartojama (I, A įrodymai).

VII SKYRIUS

PACIENTO KELIO ORGANIZAVIMO APRAŠYMAS

7.1. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos tikslas ir uždaviniai

Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos tikslas – užtikrinti savalaikiškų ir kokybiškų mokslinių tyrimų įrodymais pagrįstų paslaugų teikimą visuose ūminio išeminio insulto diagnostikos, gydymo, slaugos, medicininės reabilitacijos ir profilaktikos etapuose.

7.1.1. Uždaviniai:

- 7.1.1.1. Užtikrinti pacientų, kuriems įtariamas ūminis išeminis insultas, maksimaliai greitą transportavimą į artimiausią IGC arba TPL.
- 7.1.1.2. Užtikrinti, kad reperfuzinis gydymas būtų taikomas visiems pacientams, atitinkantiems reperfuzinio gydymo taikymo kriterijus ir nesant jam kontraindikacijų.
- 7.1.1.3. Užtikrinti minimalias laiko sąnaudas iki reperfuzinio gydymo pradžios.
- 7.1.1.4. Užtikrinti ūminį išeminį insultą patyrusiam pacientui kompleksinį gydymą, įskaitant ankstyvą medicininę reabilitaciją ir antrinę profilaktiką.
- 7.1.1.5. Užtikrinti postacionarinę ūminį insultą patyrusio paciento priežiūrą, įskaitant medicininę reabilitaciją ir ambulatorinę paciento konsultavimą IGC ir (arba) TPL.

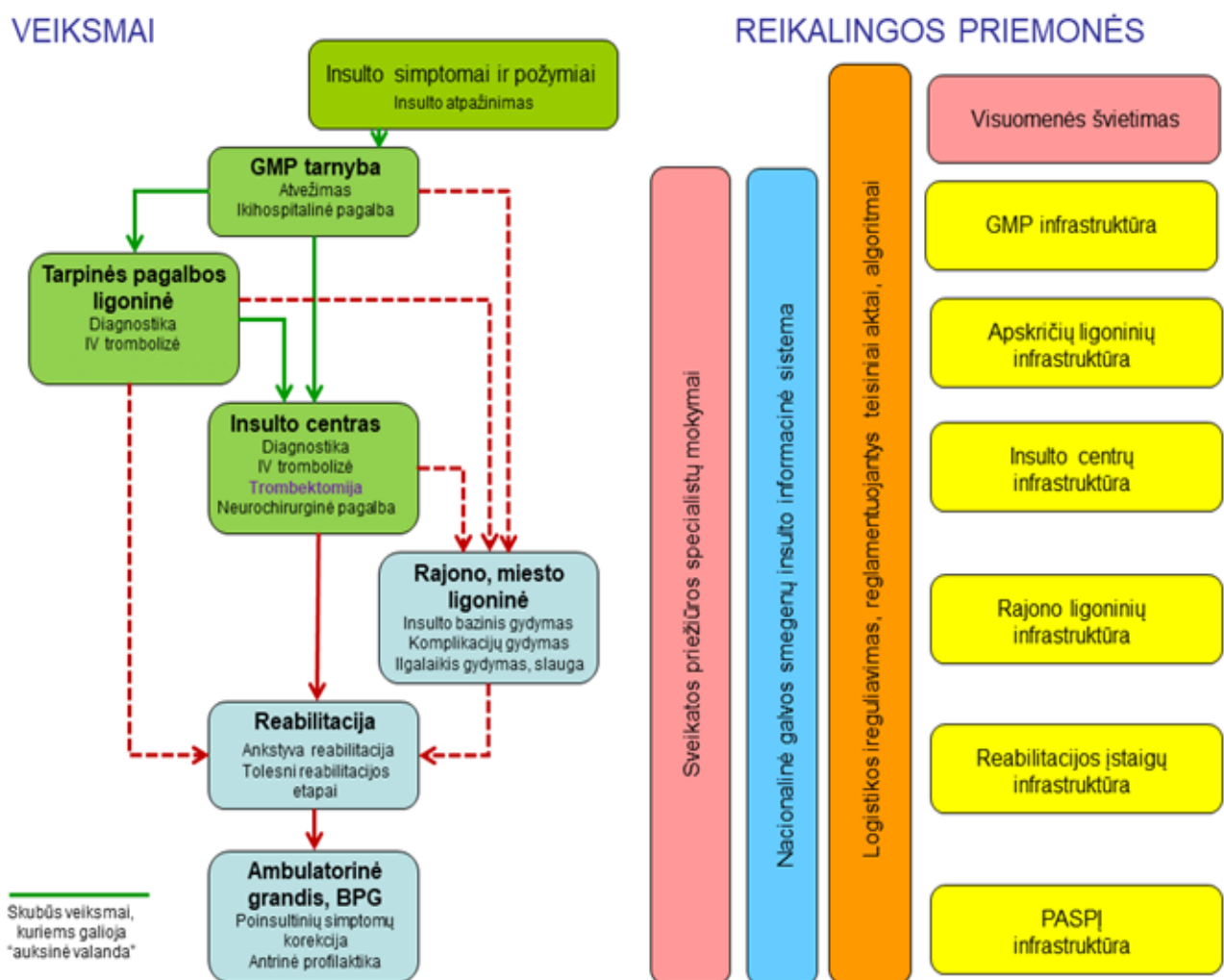
7.2. Sveikatos priežiūros paslaugų dėl konkrečios ligos arba sveikatos sutrikimo teikimo lygiai:

- 7.2.1. Ūminį išeminį insultą patyrę pacientai gali būti gydomi Insulto gydymo centruose, Tarpinės pagalbos ligoninėje bei kitose gydymo ir medicininės reabilitacijos įstaigose, turinčiose teisę teikti stacionarines neurologinio profilio paslaugas.
- 7.2.2. Ūminio galvos smegenų insulto diagnozę gali nustatyti tik IGC arba TPL dirbantis gydytojas neurologas, kompleksiškai įvertinęs paciento būklę ir interpretavęs pacientui atliktų vaizdinių tyrimų rezultatus.
- 7.2.3. Pacientui, kuriam ūminis galvos smegenų insultas įtartas ambulatorines arba stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje ASPI, asmens sveikatos priežiūros paslaugos dėl ūminio galvos smegenų insulto teikiamos, vadovaujantis VI skyriuje aprašytais paciento kelio diagnostikos ir gydymo principais bei ūminiu insultu susirgusio paciento kelio organizacijos principine schema (13 pav.).
- 7.2.4. Asmenų, sergančių galvos smegenų insultu, reabilitacijos paslaugos teikiamos dviem medicininių paslaugų lygiais, medicininės reabilitacijos etapais. Pirmo medicininės reabilitacijos etapo paslaugos, teikiamos ASP įstaigos FMR padalinių, yra antrinio medicininės paslaugos lygio. Antro (reabilitacija II) ir trečio (ambulatorinė reabilitacija) etapo medicininės reabilitacijos

paslaugos teikiamos tų pačių arba kitų ASP įstaigų FMR padaliniuose, turinčiuose licenciją teikti nervų sistemos ligų profilio medicininės reabilitacijos paslaugas, yra antrinio medicininės paslaugos lygio. Antro (reabilitacija III) etapo paslauga yra tretinio medicininės paslaugos lygio. Neįgaliesiems medicininės reabilitacijos paslaugos teikiamos pakartotinės arba palaikomosios reabilitacijos ciklą metu ASP įstaigų FMR padaliniuose, turinčiuose licenciją teikti nervų sistemos ligų profilio medicininės reabilitacijos paslaugas. Įstaigos, kurios vykdo medicininę reabilitaciją pagal nervų sistemos ligų profilį, yra nurodytos Valstybinės ligonių kasos internetiniame puslapyje.

7.3. Visų tam tikra liga arba sveikatos sutrikimu sergančiam pacientui teiktinų asmens sveikatos priežiūros prevencijos, diagnostikos, gydymo ir priežiūros paslaugų teikimo organizavimo etapai

13 pav. Ūminiu insultu susirgusio paciento kelio organizacijos principinė schema



7.4. Reikalavimai kiekvieno lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiai įstaigai

7.4.1. IGC ir TPL sudaro vientisą tinklą ir yra baigtinis.

7.4.2. IGC priklauso šios ASPĮ:

7.4.2.1. Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė.

7.4.2.2. Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos.

7.4.2.3. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos.

- 7.4.2.4. Klaipėdos jūrininkų ligoninė.
- 7.4.2.5. Respublikinė Šiaulių ligoninė.
- 7.4.2.6. Respublikinė Panevėžio ligoninė.
- 7.4.3. TPL priklauso šios ASPĮ:
 - 7.4.3.1. Utenos ligoninė.
 - 7.4.3.2. Tauragės ligoninė.
 - 7.4.3.3. Alytaus ligoninė.
 - 7.4.3.4. Telšių ligoninė.
 - 7.4.3.5. Marijampolės ligoninė.
- 7.4.4. Visi pacientai, kuriems įtariamas ūminis išeminis insultas, skubiai (prioritetine tvarka) transportuojami į artimiausią IGC arba TPL.
- 7.4.5. Jei pacientui su įtariamu ūminiu galvos smegenų insultu, atlikus būtinus diagnostinius tyrimus, TPL diagnozė nėra aiški, TPL gydytojas neurologas gali kviesti IGC dirbantį budintį neurologą telemedicinos konsultacijai gydymo taktikai aptarti.
- 7.4.6. Dėl pagalbos į aukštesniojo lygio (IGC) įstaigas pacientai vežami siunčiančios įstaigos transportu. Automobiliai turi būti aprūpinti mediciniais prietaisais, vaistais ir priemonėmis, kurių sąrašas patvirtintas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos Ministro 20030711 įsakymu Nr. V-428 „Dėl privalomų medicinos prietaisų, vaistų, asmeninių apsaugos priemonių, gelbėjimo ir apsaugos bei ryšio priemonių greitosios medicinos pagalbos transporto priemonėse sąrašo patvirtinimo“.
- 7.4.7. Indikacijos gydymui IGC:
 - 7.4.7.1. Pacientui indikuotina IVT.
 - 7.4.7.2. Pacientui indikuotina MTE.
 - 7.4.7.3. Pacientui reikalingas nuodugnus tyrimas ir (arba) gydymas, kuris negali būti užtikrintas kitose ASPĮ.
- 7.4.8. Indikacijos gydymui TPL:
 - 7.4.8.1. Pacientui indikuotina intraveninė trombolizė.
 - 7.4.8.2. Pacientui reikalingas nuodugnesnis tyrimas ir (arba) gydymas, kuris negali būti užtikrintas kitoje ASPĮ.
- 7.4.9. Esant indikacijoms, tęsti gydymą IGC pacientas iš TPL pervežamas į IGC.
- 7.4.10. IGC arba TPL priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje nusprendus, kad paciento gydymas IGC arba TPL netikslingas, pacientas gydyti pervežamas į stacionarines neurologijos arba vidaus ligų asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią ASPĮ pagal paciento gyvenamąją vietą.
- 7.4.11. Jeigu pacientas IGC arba TPL buvo hospitalizuotas, iš IGC arba TPL tolesniam gydymui į stacionarines neurologijos arba vidaus ligų asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią ASPĮ pagal paciento gyvenamąją vietą jis pervežamas:
 - 7.4.11.1. Stabilizavus paciento sveikatos būklę, gydytojo neurologo sprendimu, kai specializuotas ūminio galvos smegenų infarkto gydymas netaikytas.
 - 7.4.11.2. Po taikyto ūminio išeminio insulto specializuoto gydymo, praėjus ūmiam išeminio insulto laikotarpiui (pirmos trys paros) ir stabilizavus paciento sveikatos būklę, kai išlieka tolesnio stacionarinio gydymo indikacijos.
 - 7.4.11.3. Po medicininės reabilitacijos pirmo etapo, esant indikacijų fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo sprendimu, kur jam būtų teikiamos kito medicininės reabilitacijos etapo paslaugos arba taikomas palaikomasis gydymas ir (arba) slauga.

7.4.12. Praėjus 3 mėn. po ūminio išeminio insulto, pacientai siunčiami konsultuoti į IGC (arba TPL) ambulatorines paslaugas teikiančius padalinius gydytojo neurologo (kartu su daugiadalyke komanda).

7.4.13. Insulto gydymo centrams keliami reikalavimai

Insulto centrui vadovauja patirtį insulto diagnostikos ir gydymo srityje turintis neurologas, aktyviai dalyvaujantis insulto centro darbo koordinacijoje, veiklos vystyme, moksliniuose tyrimuose ir centro audite. Insulto gydymo centras gali nustatyti papildomus reikalavimus Insulto centro vadovui.

7.4.13.1. Reikalavimai ASPĮ:

- 7.4.13.1.1. Turi turėti licenciją teikti stacionarines neurologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas.
- 7.4.13.1.2. Gdomų pacientų skaičius ASPĮ – ne mažiau kaip 400 sergančiųjų ūminiu galvos smegenų insultu per metus.
- 7.4.13.1.3. Atlikti ne mažiau nei 50 intraveninių trombolizių insultu sergantiems pacientams per metus, nuolat fiksuoti ir analizuoti laiko nuo atvykimo į insulto centrą iki intraveninės trombolizės (angl. *door to needle time, DNT*) medianą. Šis rodiklis turi būti kiek įmanoma mažesnis.
- 7.4.13.1.4. Atlikti ne mažiau nei 20 mechaninės trombektomijos procedūrų insultu sergantiems pacientams per metus, nuolat fiksuoti ir analizuoti laiko nuo atvykimo į insulto centrą iki mechaninės trombektomijos (angl. *door to groin time, DGT*) medianą. Šis rodiklis turi būti kiek įmanoma mažesnis.
- 7.4.13.1.5. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis ASPĮ priėmimo-skubiosios pagalbos skyrius.
- 7.4.13.1.6. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrius.
- 7.4.13.1.7. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis ASPĮ ūminį insultą patyrusiems pacientams skirtas atskiras poskyris (angl. *Stroke unit*).
- 7.4.13.1.8. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis ASPĮ radiologijos skyrius.
- 7.4.13.1.9. Medicininės reabilitacijos skyrius (darbo dienomis, ne visą parą teikiamos paslaugos: FMR gydytojo konsultacija, ergoterapija, logoterapija, socialinio darbuotojo ir psichologo konsultacijos, visomis dienomis ne visą parą – kineziterapija).
- 7.4.13.1.10. Ambulatorines paslaugas teikiantis konsultacinis skyrius, atliekantis insultą patyrusių pacientų stebėseną.
- 7.4.13.1.11. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) atliekami ir vertinami galvos smegenų kompiuterinės tomografijos tyrimai, įskaitant KT-angiografiją ir KT – perfuziją.
- 7.4.13.1.12. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) atliekami ir vertinami galvos smegenų MRT tyrimai įskaitant MRT-angiografiją.
- 7.4.13.1.13. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) aortos lanko ir galvos smegenų kraujagyslių skaitmeninė angiografija.
- 7.4.13.1.14. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) teikiamos laboratorinės diagnostikos paslaugos.
- 7.4.13.1.15. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) intraveninė trombolizė.
- 7.4.13.1.16. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) mechaninė trombektomija.
- 7.4.13.1.17. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dekompresinė kraniektomija (arba pagal sutartį su kita ASPĮ).
- 7.4.13.1.18. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) intrasmegeginės kraujosruvos šalinimas arba pagal sutartį su kita ASPĮ).

- 7.4.13.1.19. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) skilvelių drenavimas (arba pagal sutartį su kita ASPĮ).
- 7.4.13.1.20. Insulto centre atliekami insulto etiopatogenezę patikslinantys tyrimai: širdies ultragarsinis tyrimas, mažiausiai 24 val. trukmės širdies ritmo stebėsena, ekstrakranijinių kaklo arterijų spalvinė sonografija (EKSS), transkranijinė galvos smegenų arterijų spalvinė sonografija (TKSS) arba transkranijinė doplerografija (TKD), kraujo tyrimai (krešėjimo ir kt.), elektroencefalografija (EEG).
- 7.4.13.1.21. Ekstra ir intrakranijinių arterijų stentavimas arba endarterektomija.
- 7.4.13.1.22. Ankstyva reabilitacija.
- 7.4.13.1.23. Kalbos korekcija.
- 7.4.13.1.24. Rijimo sutrikimo vertinimas.

7.4.14. Tarpinės pagalbos ligoninei keliami reikalavimai

Tarpinės pagalbos ligoninės insulto poskyriui vadovauja didelę patirtį insulto diagnostikos ir gydymo srityje turintis neurologas, aktyviai dalyvaujantis insulto centro veiklos vystyme ir darbo koordinavime bei centro audite. Tarpinė pagalbos ligoninė gali nustatyti papildomus reikalavimus insulto skyriaus vadovui.

7.4.14.1. Reikalavimai ASPĮ:

- 7.4.14.1.1. Turi turėti licenciją teikti stacionarines neurologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas.
- 7.4.14.1.2. Gydomų pacientų skaičius ASPĮ – ne mažiau kaip 100 sergančių ūminiu galvos smegenų insultu per metus.
- 7.4.14.1.3. Atlikti ne mažiau nei 20 intraveninių trombolizių insultu sergantiems pacientams per metus, nuolat fiksuoti ir analizuoti laiko nuo atvykimo į insulto centrą iki intraveninės trombolizės (*angl. door to needle time, DNT*) medianą.
- 7.4.14.1.4. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis ASPĮ priėmimo-skubiosios pagalbos skyrius.
- 7.4.14.1.5. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrius.
- 7.4.14.1.6. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis ASPĮ ūminį insultą patyrusiems pacientams skirtas atskiras poskyris (*angl. Stroke unit*).
- 7.4.14.1.7. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis ASPĮ radiologijos skyrius.
- 7.4.14.1.8. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) atliekami ir įvertinami galvos smegenų kompiuterinės tomografijos tyrimai įskaitant ir KT angiografiją.
- 7.4.14.1.9. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) intraveninė trombolizė.
- 7.4.14.1.10. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) teikiamos laboratorinės diagnostikos paslaugos.
- 7.4.14.1.11. Medicininės reabilitacijos skyrius (darbo dienomis, ne visą parą teikiamos paslaugos: FMR gydytojo konsultacija, ergoterapija, logoterapija, socialinio darbuotojo ir medicinos psichologo konsultacijos, visomis dienomis ne visą parą – kineziterapija).
- 7.4.14.1.12. Atliekami insulto etiopatogenezę patikslinamieji tyrimai: širdies ultragarsinis tyrimas, mažiausiai 24 val. trukmės širdies ritmo stebėsena, ekstrakranijinių kaklo arterijų spalvinė sonografija (EKSS), kraujo tyrimai (krešumo ir kt.), elektroencefalografija (EEG).
- 7.4.14.1.13. Ankstyva medicininė reabilitacija.
- 7.4.14.1.14. Kalbos korekcija.
- 7.4.14.1.15. Rijimo sutrikimo vertinimas.

7.4.15. Papildomi reikalavimai

Pasirašytos sutartys su Insulto gydymo centrais arba kitaip numatytas ūminį išeminį insultą patyrusių pacientų perkėlimas į Insulto gydymo centrą (esant indikacijoms).

7.4.16. Ūminį insultą patyrusiems pacientams skirtam atskiram poskyriui (angl. *Stroke unit*) keliami reikalavimai:

7.4.16.1. Intensyviosios neinvazinės stebėsenos sistema aprūpinta lova.

7.4.16.1.1. Insulto gydymo centre – skirtos ne mažiau keturios lovos.

7.4.16.1.2. Tarpinės pagalbos ligoninėje – skirtos ne mažiau dvi lovos.

7.4.16.1.3. Lvos (ne mažesniu nei 2:1 su intensyviosios neinvazinės stebėsenos sistemos aprūpinta lova), kuriose bus gydomi insultu sergantys pacientai vėlesnėmis dienomis.

7.4.16.2. Intensyviosios neinvazinės stebėsenos sistemą sudaro širdies ritmo, EKG, AKS, kraujo įsotinimo deguonimi, temperatūros, kvėpavimo dažnio stebėsenos priemonės.

7.4.16.3. Vienam slaugytojui teikti sveikatos priežiūros paslaugas ne daugiau kaip keturiems pacientams (normatyvas vienodas visos paros bėgyje).

7.4.17. Reikalavimai medicininės reabilitacijos įstaigai:

7.4.17.1. Medicininės reabilitacijos paslaugas gali teikti ASP įstaiga, turinti tokių paslaugų teikimo licenciją.

7.4.17.2. PIRMAM REABILITACIJOS ETAPUI teikiamos paslaugos: 1) kineziterapijos (įskaitant masažą); 2) ergoterapijos; 3) fizioterapijos; 4) psichologinės pagalbos; 5) logoterapeuto; 6) ortopedinės paslaugos gali būti užtikrintos pagal sutartį su kitomis įstaigomis.

7.4.17.3. ANTRAM REABILITACIJOS ETAPUI IR PAKARTOTINEI BEI PALAIKOMAJAI REABILITACIJAI TEIKTI:

7.4.17.3.1. Visą parą teikiamos paslaugos: 1) būtiniosios medicinos pagalbos; 2) antrinio lygio reanimacijos ir intensyviosios terapijos paslaugos*; 3) klinikinės fiziologijos (elektrokardiografija ir kt.); 4) laboratorijos (klinikinės, biochemijos, bakteriologijos, imunologijos)*; 5) radiologijos (magnetinio rezonanso tomografija, kompiuterinė tomografija, sonoskopija)*; 6) konsultantų (anesteziologo reanimatologo, neurologo, urologo, kardiologo, chirurgo bei kt.)*; 7) bendrosios praktikos slaugytojas; 8) FMR gydytojas.

7.4.17.3.2. Ne visą parą teikiamos paslaugos: 1) kineziterapijos (salėje ir (arba) baseine įskaitant masažą); 2) ergoterapijos; 3) fizioterapijos; 4) socialinio darbuotojo; 5) psichologinės pagalbos; 6) logoterapijos; 7) funkcinės būklės vertinimo bei klinikinės fiziologijos (EMG, EEG, cistoskopija, ekskretorinės urogramos, kompiuterinė spirometrija, fibrobronchoskopija, fibrogastroduodenoskopija)*; 8) dietinio gydymo; 9) paciento ir jo artimųjų mokymo; 10) ortopedinės ir kompensacinės technikos pritaikymo paslaugos*.

7.4.17.4. TREČIAM REABILITACIJOS ETAPUI TEIKTI ambulatorinės reabilitacijos paslaugos teikiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, atitinkančiose šiuos reikalavimus:

7.4.17.4.1. Teikiamos paslaugos: 1) būtiniosios medicinos pagalbos; 2) FMR gydytojo; 3) kineziterapijos (salėje ir (arba) baseine, įskaitant masažą); 4) ergoterapijos; 5) fizioterapijos; 6) socialinio darbuotojo; 7) psichologinės pagalbos; 8) logoterapijos; 9) funkcinės būklės vertinimo ir laboratorijos (klinikinės, biochemijos), arba sudaryta sutartis su šias paslaugas teikiančia asmens sveikatos priežiūros įstaiga, užtikrinančia tyrimo atlikimą per vieną parą; 10) paciento bei jo artimųjų mokymo; 11) bendrosios praktikos slaugytojo paslaugos.

7.4.17.4.2. Radiologijos ir sudėtingos klinikinės fiziologijos tyrimai, ortopedinės ir kompensacinės technikos pritaikymo paslaugos bei atitinkamų specialistų konsultacijos gali būti užtikrintos pagal sutartį su kitomis įstaigomis.

PASTABA. *Gali būti sudaromos sutartys su kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis dėl šių paslaugų teikimo.

**Papildomas reikalavimas reabilitacijos III ir pakartotinės reabilitacijos III paslaugas teikiančiai įstaigai.

7.4.18. Reikalavimai GMP įstaigai:

7.4.18.1. GMP paslaugas gali teikti ASPĮ, turinčios įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti GMP paslaugas.

7.4.18.2. Reikalavimai GMP brigadų paslaugas teikiančiai įstaigai aprašyti LR SAM 2007 m. lapkričio 6 d. įsakyme Nr. V-895 ir LR SAM 2010 m. gruodžio 27 d. įsakyme Nr. V-1131:

7.4.18.2.1. GMP įstaigoje GMP paslaugų teikimas turi būti užtikrinamas visą parą.

7.4.18.2.2. GMPĮ turi informuoti viešųjų telefono ryšių paslaugų teikėjus apie aptarnaujamą teritoriją. Viešųjų telefono ryšių paslaugų teikėjai turi užtikrinti ryšio pirmumą pagal aptarnaujamą teritoriją ir galimybę į GMP skambinti nemokamai.

7.4.18.3. GMPĮ privalo turėti ne mažiau kaip dvi GMP brigadas.

7.4.18.4. Pagal teikiamos pagalbos mastą GMPĮ vadovas gali sudaryti dviejų tipų GMP brigadas: pradinio gyvybės palaikymo, pažangaus gyvybės palaikymo GMP įstaigos daugiau nei pusė GMP brigadų turi būti pažangaus gyvybės palaikymo.

7.5. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimai pagal paslaugų teikimo pobūdį ir lygį

7.5.1. Reikalavimai patalpoms

7.5.1.1. IGC ir TPL patalpoms taikomi neurologijos stacionarines paslaugas teikiančiai ASPĮ reikalavimai pagal Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos Ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 666, 2020 m. rugpjūčio 31 d. įsakymo Nr. V-1940 redakciją „Dėl Suaugusiųjų neurologijos stacionarinių antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų aprašo patvirtinimo“.

7.5.2. Insulto gydymo centre būtina įranga:

7.5.2.1. Kompiuterinės tomografijos aparatas galvos smegenų KT tyrimams, įskaitant ir KT-angiografijai bei KT perfuzijai atlikti (ne mažiau 128 pjūvių, su KTA ir KTP funkcija bei automatizuota vaizdų vertinimo programinė įranga).

7.5.2.2. Magnetinio rezonanso tomografas galvos smegenų MRT tyrimams, įskaitant MRT-angiografiją (ne <1,5 T, skenuojantis vaizdus T1, T2, FLAIR, DWI, PWI, SWI, ANGIO ir kt. režimais, su automatizuota vaizdų vertinimo programine įranga).

7.5.2.3. Skaitmeninis angiografas aortos lanko ir galvos smegenų kraujagyslių angiografiniam tyrimui.

7.5.2.4. Intensyviosios neinvazinės stebėsenos sistema pacientų būklei stebėti, vertinanti širdies veiklą, AKS, SaO₂.

7.5.2.5. Ultragarsinės diagnostikos aparatas.

7.5.2.6. Kardiografas.

7.5.2.7. Tūrinė ir (arba) švirkštinė infuzinė pompa.

7.5.2.8. Deguonies šaltinis su dozatoriumi.

7.5.2.9. Laboratorinės diagnostikos paslaugos.

7.5.2.10. Automatinis išorinis defibriliatorius.

7.5.2.11. Insulto centre atliekami insulto etiopatogenezę patikslinantys tyrimai: širdies ultragarsinis tyrimas, mažiausiai 24 val. trukmės širdies ritmo stebėseną, ekstrakranijinių kaklo arterijų spalvinė sonografija (EKSS), transkranijinė galvos smegenų arterijų spalvinė sonografija (TKSS) arba transkranijinė doplerografija (TKD), kraujo tyrimai (krešėjimo ir kt.), elektroencefalografija (EEG).

7.5.3. Tarpinės pagalbos ligoninėje būtina įranga:

7.5.3.1. Kompiuterinis tomografas, ne mažiau 64 pjūvių, su KTA funkcija ir automatizuota vaizdų vertinimo programinė įranga.

7.5.3.2. Ultragarsinės diagnostikos aparatas.

7.5.3.3. Monitorius, padedantis nustatyti ir įvertinti suaugusiojo gyvybines funkcijas (AKS, ŠSD, kraujo įsotinimą deguonimi).

7.5.3.4. Tūrinė ir (arba) švirkštinė infuzinė pompa.

7.5.3.5. Kardiografas.

7.5.3.6. Deguonies šaltinis su dozatoriumi.

7.5.3.7. Automatinis išorinis defibriliatorius.

7.5.3.8. Laboratorinės diagnostikos paslaugos.

7.5.3.9. Insulto centre atliekami insulto etiopatogenezę patikslinantys tyrimai: širdies ultragarsinis tyrimas, mažiausiai 24 val. trukmės širdies ritmo stebėseną, ekstrakranijinių kaklo arterijų spalvinė sonografija (EKSS), kraujo tyrimai (krešumo ir kt.), elektroencefalografija (EEG).

7.5.4. IGC ir TPL būtini medikamentai ir priemonės:

7.5.4.1. Intraveninis trombolitikas alteplazė 50 mg/flakone.

7.5.4.2. Antidotas antikoagulantui dabigatranui idarucizumabas 2,5 g/5 ml, mažiausiai du flakonai.

7.5.4.3. Anafilaksijos gydymo medikamentų rinkinys pagal nustatytą ASPĮ algoritmą.

7.5.4.4. Šoko gydymo medikamentų rinkinys pagal nustatytą ASPĮ algoritmą.

7.5.4.5. Priemonės kraujavimui stabdyti pagal nustatytą ASPĮ algoritmą.

7.5.4.6. Priemonių rinkinys mechaninei trombektomijai (tik IGC).

7.5.5. Medicininės reabilitacijos paslaugas teikianti ASPĮ:

7.5.5.1. Medicininės reabilitacijos įstaigoje turi būti atskiros patalpos, skirtos FMR gydytojo konsultacijai, fizinio pajėgumo funkcinė būklei įvertinti, kineziterapijai (salė ir terapinis baseinas arba vandens takas, arba vertikalios vonios), ergoterapijai, masažui, logoterapijai, medicinos psichologui, socialiniam darbuotojui, fizioterapijai, procedūrų kabinetas, slaugytojų postas, pacientų mokymo patalpos, stacionaro palatos (stacionarinei reabilitacijai), gydytojų kabinetas, valgykla, poilsio zonos.

7.5.5.2. Kineziterapija:

7.5.5.2.1. Kabinetas, skirtas individualiems užsiėmimams $\geq 6 \text{ m}^2$.

7.5.5.2.2. Pacientų, kuriems skiriami individualūs užsiėmimai (skaičius procentais) ≥ 70 proc.

7.5.5.2.3. Pacientų skaičius grupinių užsiėmimų metu iki 8.

7.5.5.2.4. Plotas, skirtas vienam pacientui grupinių užsiėmimų metu $\geq 6 \text{ m}^2$.

7.5.5.2.5. Masažo vieta $\geq 8 \text{ m}^2$.

7.5.5.2.6. Terapinio baseino plotas vienam pacientui $\geq 6 \text{ m}^2$.

7.5.5.3. Ergoterapija:

7.5.5.3.1. Kabinetas, skirtas individualiems užsiėmimams $\geq 6 \text{ m}^2$.

7.5.5.3.2. Pacientų, kuriems skiriami individualūs užsiėmimai (skaičius procentais) ≥ 70 proc.

7.5.5.3.3. Pacientų skaičius grupinių užsiėmimų metu iki 4.

7.5.5.3.4. Plotas, skirtas vienam pacientui grupinių užsiėmimų metu $\geq 6 \text{ m}^2$.

7.5.5.4. Fizikiniai ir fiziniai veiksniai:

7.5.5.4.1. Elektroterapija, magnetoterapija, ultragarso terapija, fototerapija, aerozolių terapija, šilumos (peloidoterapija ir (arba) parafino terapija, ir (arba) ozokerito terapija), ir (arba) šalčio terapija.

7.5.5.4.2. Hidroterapija ir (arba) balneoterapija, ir (arba) talasoterapija.

7.5.5.5. Vaistai:

7.5.5.5.1. Vaistai, skirti skubiajai medicinos pagalbai teikti pagal nustatytą ASPĮ algoritmą.

7.5.5.5.2. Vaistai, skirti ligai, dėl kurios pacientas atvyko medicininės reabilitacijos, gydyti.

7.5.6. Reikalavimai GMPĮ įrangai ir teikiamoms paslaugoms:

7.5.6.1. LR SAM 2012 m. lapkričio 7 d. įsakymas Nr. V-996 „Dėl greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų veiklos aprašo patvirtinimo“.

7.5.6.2. LR SAM 2014 m. birželio 10 d. įsakymas Nr. V-673 „Dėl privalomų medicinos prietaisų, vaistų, asmeninių apsaugos priemonių, gelbėjimo ir apsaugos bei ryšio priemonių greitosios medicinos pagalbos transporto priemonėse sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo.

7.5.6.3. LR SAM 2014 m. 2007 m. lapkričio 6 d. įsakymas Nr. V-895 „Dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“.

7.6. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir organizavimo procese naudojamos informacinės ir ryšio technologijos

7.6.1. Rekomenduojama ASPĮ pildyti elektroninę dokumentaciją, todėl greitesniam duomenų pateikimui, veiklos kokybės analizei rekomenduojama naudoti mobiliąsias darbo vietas: stoteles su planšetėmis, mobiliuosius staliukus su kompiuteriais, radijo ryšio stoteles ir telefonus (savalaikiam informacijos perdavimui iš GMP komandos Skubiosios pagalbos skyriams arba skirtingų padalinių specialistams).

7.6.2. Rekomenduojama įrengti telemedicinos konsultacijų darbo vietas ir technines priemones gydytojų neurologų konsultacijoms, koordinuojant insulto gydymo ir logistikos klausimus tarp IGC, TPL ir kitų ASPĮ.

7.6.3. Užtikrinti, kad visi IGC ir TPL turėtų įrengtas automatizuotas neurovizualinių tyrimų (KT, MRT, angiografijos ir ultragarsinių tyrimų) vertinimo sistemas, gebančias pateikti neatidėliotiną pacientų su ūminiu galvos smegenų insultu smegenų audinio pažeidimo ir kraujotakos sutrikimo analizę.

7.6.4. Visi medicininės reabilitacijos specialistų komandos nariai, baigus procedūrą, privalo pildyti medicininę dokumentaciją pagal kompetenciją.

7.6.5. GMP paslaugų teikimo ir organizavimo procese naudojamos informacinės ir ryšio technologijos reglamentuotos LR SAM 2014 m. birželio 10 d. įsakyme Nr. V-673 „Dėl privalomų medicinos prietaisų, vaistų, asmeninių apsaugos priemonių, gelbėjimo ir apsaugos bei ryšio priemonių greitosios medicinos pagalbos transporto priemonėse sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo.

7.7. Reikalavimai personalui

Reikalavimus specialistams reglamentuoja suaugusiųjų neurologijos aprašas (Nr. 666) ir atskirų profesinių kvalifikacijų sveikatos priežiūros specialistų medicinos normos, registruotos Teisės aktų registre.

7.7.1. Insulto centre dirbančią insulto komandą sudaro insulto centro vadovas (gydytojas neurologas), gydytojai neurologai, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, insulto slaugytojas (įgijęs insulto slaugytojo specializaciją arba išklausęs kvalifikacijos kėlimo kursus arba mokymus ūminio išeminio insulto slaugos tematika (kursų arba mokymų programa turi būti suderinta su Lietuvos insulto asociacijos valdyba),

kalbos specialistas (logoterapeutas) gebantis įvertinti rijimo funkciją ir pritaikyti jos korekcijos procedūras, kineziterapeutas, ergoterapeutas turintys licenciją verstis atitinkama medicinos praktika.

7.7.2. Insulto centro pacientams prireikus prieinamas socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas.

7.7.3. Stacionarines paslaugas teikiančioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje personalas ne rečiau kaip kartą per dvejus metus insulto gydymo centro arba tarpinės pagalbos ligoninės insulto centro vadovo patvirtintu grafiku atnauja žinias ir įgūdžius pagal nurodytas klinikinės situacijas, naudodamas manekenus ir (arba) kitas mokymuisi reikalingas priemones.

7.7.4. Mokymai organizuojami centralizuotai, šalies mastu, pagal LSMU, VU ir Lietuvos insulto asociacijos patvirtintą programą.

7.7.5. Reikalavimai IGC dirbančiam personalui:

7.7.5.1. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis gydytojas neurologas turintis licenciją verstis atitinkama medicinos praktika.

7.7.5.2. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis slaugytojas, įgijęs insulto slaugytojo specializaciją arba išklaušęs kvalifikacijos kėlimo kursus arba mokymus ūminio išeminio insulto slaugos tematika (kursų arba mokymų programa turi būti suderinta su Lietuvos insulto asociacijos valdyba).

7.7.5.3. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis gydytojas radiologas.

7.7.5.4. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis gydytojas anesteziologas-reanimatologas.

7.7.5.5. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis gydytojas intervencinis radiologas.

7.7.5.6. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis gydytojas neurochirurgas.

7.7.5.7. Kraujagyslių chirurgas.

7.7.5.8. Gydytojas kardiologas.

7.7.5.9. Gydytojas, atliekantis ekstrakranijinių ir intrakranijinių arterijų ultragarsinius tyrimus.

7.7.5.10. Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas.

7.7.5.11. Kineziterapeutas.

7.7.5.12. Ergoterapeutas.

7.7.5.13. Logoterapeutas, turintis licenciją verstis atitinkama medicinos praktika.

7.7.5.14. Socialinis darbuotojas.

7.7.6. Reikalavimai TPL dirbančiam personalui:

7.7.6.1. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis gydytojas neurologas, turintis licenciją verstis atitinkama medicinos praktika.

7.7.6.2. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis slaugytojas, įgijęs insulto slaugytojo specializaciją arba išklaušęs kvalifikacijos kėlimo kursus, arba mokymus ūminio išeminio insulto slaugos tematika (kursų arba mokymų programa turi būti suderinta su Lietuvos insulto asociacijos valdyba).

7.7.6.3. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis gydytojas radiologas.

7.7.6.4. Nepertraukiamai (visomis dienomis, ištisą parą) dirbantis gydytojas anesteziologas-reanimatologas.

7.7.6.5. Gydytojas, atliekantis ekstrakranijinių arterijų ultragarsinius tyrimus.

7.7.6.6. Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas.

7.7.6.7. Kineziterapeutas.

7.7.6.8. Ergoterapeutas.

7.7.6.9. Logoterapeutas, turintys licenciją verstis atitinkama medicinos praktika.

7.7.6.10. Socialinis darbuotojas.

7.7.7. Reikalavimai gydytojams neurologams, dirbantiems IGC arba TPL insulto skyriuose ir gydantiems insulto ištiktus pacientus:

7.7.7.1. Galiojanti neurologo licencija, gydytojo neurologo profesinė kvalifikacija ir kompetencija bei atsakomybė apibrėžiamos atitinkamose profesinės kvalifikacijos normose.

7.7.7.2. Ne mažiau 25 proc. laiko, būtino licencijai pratęsti, sudaro tobulinimosi kursai skirti ūminio insulto klausimams (dalyvavimas bent vienoje Lietuvos arba tarptautinėje konferencijoje insulto tematika per metus).

7.7.7.3. Dalyvavimas žinių atnaujinimo praktiniuose insulto komandos mokymuose (ne rečiau kaip kartą kas dvejus metus).

7.7.7.4. Turėti galiojantį NIHSS ir mRS vertinimo sertifikatą.

7.7.8. Reikalavimai slaugytojui, teikiančiam sveikatos paslaugas ūminį insultą patyrusiam pacientui IGC ir TPL:

7.7.8.1. Galiojanti bendrosios praktikos slaugytojo licencija.

7.7.8.2. Išklausyti Lietuvos Insulto asociacijos patvirtinti tobulinimosi kursai ūminio išeminio insulto tematika.

7.7.8.3. Dalyvavimas žinių atnaujinimo praktiniuose insulto komandos mokymuose (ne rečiau kaip kartą kas dvejus metus).

7.7.9. Medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančių ASP įstaigų, turinčių tokių paslaugų teikimo licenciją. Medicininės reabilitacijos paslaugas gali teikti specialistai, turintys šios veiklos licencijas.

7.7.9.1. Medicininės reabilitacijos specialistų profesinė kvalifikacija ir kompetencija, atsakomybė apibrėžiamos atitinkamose profesinės kvalifikacijos normose ir kituose teisės aktuose.

7.7.10. Reikalavimai GMPĮ personalui

7.7.10.1. GMPĮ brigadose paslaugas teikia medicinos gydytojai, gydytojai anesteziologai-reanimatologai, gydytojai chirurgai, gydytojai kardiologai, gydytojai neurologai, gydytojai psichiatrai, šeimos gydytojai, vidaus ligų gydytojai, vaikų ligų gydytojai ir skubiosios medicinos pagalbos gydytojai, bendrosios praktikos slaugytojai; skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistai, skubiosios medicinos pagalbos paramedikai, skubiosios medicinos pagalbos specializacijos išplėstinės praktikos slaugytojai (toliau – išplėstinės praktikos slaugytojai), paramedikai, turintys galiojančią licenciją verstis atitinkama medicinos praktika.

7.7.10.2. Reikalavimus GMP brigadų personalo kompetencijoms reglamentuoja LR SAM 2007 m. lapkričio 6 d. įsakymas Nr. V-895 „Dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ ir greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo X priedas.

VIII SKYRIUS METODINIO DOKUMENTO DIEGIMO APRAŠYMAS

8.1. GMP dispečeriui priėmus kvietėjo skambutį ir pokalbio metu užfiksavus pakankamai pagrindo įtarti ūminį galvos smegenų insultą, nedelsiant išsiunčiama GMP brigada, kuri, pasitvirtinus insulto įtarimui po paciento įvertinimo, veža pacientą kiek įmanoma skubiau į artimiausią IGC arba TPL.

8.2. Žmogiškieji resursai:

8.2.1. TPL visą parą turi būti užtikrinamas ne mažiau kaip vieno neurologo, vieno gydytojo radiologo, vieno gydytojo anesteziologo-reanimatologo ir vieno skubiosios pagalbos skyriaus gydytojo paslaugų teikimas, bei slaugytojų (bendrosios praktikos, anestezijos ir intensyviosios terapijos) komanda.

8.2.2. IGC visą parą turi būti užtikrinamas ne mažiau kaip vieno neurologo, vieno gydytojo radiologo, vieno gydytojo anesteziologo-reanimatologo, vieno gydytojo radiologo, atliekančio intervencines procedūras, ir vieno skubiosios pagalbos skyriaus gydytojo paslaugų teikimas bei slaugytojų (bendrosios praktikos, anestezijos ir intensyviosios terapijos) komanda ir kitų profesinių kvalifikacijų gydytojų (neurochirurgų, kardiologų ir kt.) paslaugos.

8.3. Svarbiausių metodikos įdiegimo įgūdžių aprašymas

8.3.1. Siekiant sėkmingai pritaikyti šią metodiką ligoninėje, pirmiausia būtina apžvelgti bendrą ligoninės situaciją ir galimybes, iškelti problemas ir numatyti specifinius veiksmus. Būtina panaudoti vadovaujančių asmenų ir personalo (gydytojų neurologų, radiologų, anesteziologų-reanimatologų, slaugytojų) patirtį ir žinias. Kad pagalba ūminio galvos smegenų insulto metu būtų optimali, būtina koordinuota įvairių specialistų komandos narių veikla. GMP, neurologijos radiologijos, anesteziologijos, intervencinės radiologijos bei slaugos skyrių ir kiti specialistai turi dirbti kartu ir pasiekti, kad būtų taikomas kiek įmanoma greitesnis, veiksmingas ir koordinuotas insulto gydymas.

8.4. Kiekvienoje gydymo įstaigoje būtina:

- Įvertinti specialistų, dirbančių neurologijos srityje, kompetenciją, teikiant pagalbą ūminio galvos smegenų insulto gydymo atvejais.
- Nustatyti ir apibrėžti personalo funkcijas ir atsakomybes.
- Nustatyti darbo koordinavimo tarp neurologų, radiologų, anesteziologų-reanimatologų, intervencijas atliekančių gydytojų radiologų, skubiosios pagalbos gydytojų procedūras.
- Nustatyti gydymo priemonių (trombolitikas, priemonės mechaninei trombektomijai atlikti, NGAK antidotas, vaistai kraujavimui stabdyti) prieinamumą.
- Organizuoti insulto diagnostikos ir gydymo mokymus, rengti simuliacijas, įrengti insulto diagnostikos ir gydymo praktinių įgūdžių mokymo centrą.
- Parengti insulto diagnostikos, gydymo, slaugos ir reabilitacijos vidinius ligoninės protokolus.

IX SKYRIUS

PACIENTŲ PASITENKINIMO SUTEIKTOMIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMIS VERTINIMO APRAŠYMAS

9.1. Insultą patyrusių pacientų arba jų artimųjų stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa (30 priedas) siekiama išsiaiškinti, kiek balais nuo 0 iki 10 pacientai arba jų artimieji vertina gautas sveikatos priežiūros paslaugas stacionare ūminio insulto atveju.

9.2. Rekomenduojama vykdyti nuolatinę insultą patyrusių asmenų apklausą, siekiant apklausti 100 proc. pacientų, patyrusių ūminį insultą, arba jų artimųjų.

9.3. Anketa pateikiama pildymui prieš išvykstant iš stacionaro ir pildoma anonimiškai, pasirenkant balą dešimtbalėje skalėje, atitinkantį pildančiojo nuomonę arba pasitenkinimą gautomis paslaugomis.

9.4. Gautus pacientų atsiliepimus skyriuose rekomenduojama vertinti kasdien, padaliniuose – kas mėnesį, įstaigoms duomenis analizuoti kas ketvirtį, SAM ataskaitas teikti vieną kartą per metus.

X SKYRIUS

METODINIO DOKUMENTO ATNAUJINIMAS

1. Galiojančio Metodinio dokumento paskutinės peržiūros data	-
2. Galiojančio Metodinio dokumento atnaujinimo data	Rekomenduojama dokumentą peržiūrėti kas dvejus metus
3. Ankstesnės Metodinio dokumento versijos ir Metodinio dokumento atnaujinimo (jei Metodinis dokumentas atnaujintas) turinys (t. y. kas atnaujinta, palyginus su anksčiau patvirtinta Metodinio dokumento versija)	-
4. Metodinio dokumento atnaujinimo iniciatorius	SAM, SAM pavaldžios biudžetinės įstaigos, profesinės draugijos, universitetų ligoninės
5. Metodinio dokumento atnaujinimo vykdytojai	SAM sudaryta darbo grupė, draugijos
6. Kitos peržiūros, atnaujinimo data	Papildomos peržiūros ir atnaujinimai atliekami kas vienerius metus dėl tarptautinių gairių pasikeitimo, medikamentų skyrimo tvarkos pasikeitimo Lietuvoje

XI SKYRIUS

METODINIO DOKUMENTO AUDITO APRAŠYMAS

11.1. Audito atlikimo tvarka – privalomojo pobūdžio. Dažnis – kiekviename IGC, TPL ir GMP stotyse ne rečiau kaip vieną kartą per metus. Gali būti organizuojami ir neplaniniai auditai pagal poreikį. Svarbiausi IGC, TPL ir GMP veiklos rodikliai stebimi kas 3 mėn. deleguotų atsakingų IGC ir TPL asmenų.

11.2. Audito uždavinys – patikrinti, kaip laikomasi galiojančių darbo tvarkos ir dokumentacijos pildymo reikalavimų:

11.2.1. Informaciniai šaltiniai: ligos istorijos, GMP kortelės F110/a, dispečerio pokalbių su kviečiančiuoju įrašai, slaugos istorijos, protokolai, skalės, pokalbiai su darbuotojais, pokalbiai su pacientais ir jų artimaisiais.

11.2.2. Veiklos vertinimo kriterijai: *situacijų atvejų skaičius ir procentai*. Metinis auditų planas, audito atlikimo planas, audito klausimynas, ataskaita, korekcinų veiksmų sąrašas.

11.3. Auditą vykdyti gali asmenys, turintys medicinos auditoriaus kvalifikaciją. Audito vadovą ir grupę skiria ASPĮ direktorius atskiru įsakymu.

11.4. Apimtis sudaro atsitiktinai atrinkti, bet ne mažiau kaip 10 proc. audituojamų dokumentų.

11.5. Auditorius negali audituoti savo veiklos skaidrumui ir nešališkumui užtikrinti.

11.6. Audito grupės pildoma ir vadovo tvirtinama: audito planas, audito klausimynas ir ataskaita.

11.7. Auditas atliekamas IGC, TPL, reabilitacijos įstaigose ir GMP padaliniuose (dispečerinės ir GMP brigadų auditas).

11.8. Auditui keliami reikalavimai:

11.8.1. Įvertinti ASPĮ atitikimą jai keliamiems reikalavimams.

11.8.2. Numatytų kokybės rodiklių vykdymas.

11.8.3. Ar padalinyje yra su insulto gydymu susiję protokolai ir kaip jie vykdomi.

11.9. Audito metu naudojama medicininė dokumentacija, ligoninėje galiojantys su insulto gydymo susiję tvarkos aprašai, gydymo protokolai.

11.10. Audito rezultatai pateikiami ASPĮ direktoriui, vadovui, jo pavaduotojui klinikiniam darbui, Insulto centro vadovui.

11.11. Audito dokumentai pildomi ir saugomi pagal nustatytą tvarką ASPĮ auditą vykdančių asmenų kompetencijos ir funkcijos:

11.11.1. Auditą atlieka ASPĮ direktoriaus įsakymu patvirtinta Audito grupė ir vadovas.

11.11.2. Audito apimtį nustato Audito grupė.

XII SKYRIUS SVARBIAUSIŲ KRITERIJŲ SĄRAŠAS

GMP, TPL ir IGC kokybės veiklos pagrindiniai kriterijai stebimi vieną kartą kas 3 mėn., šių kriterijų siekiamos reikšmės:

Rodiklis	Matuojama reikšmė	Tikslinis rodiklis (proc.)	Pastabos
Dėl ūminio išeminio insulto IGC arba TPL gydytų pacientų procentas nuo visų ūminių insultą patyrusių pacientų		80 proc.	Rodiklis skaičiuojamas valstybės mastu
Dėl įtariamo ūminio išeminio insulto tiesiogiai į IGC arba TPL atvežtų pacientų procentas nuo visų pacientų su įtariamu ūminiu išeminiu galvos smegenų insultu		100 proc.	GMP teikiamas rodiklis
Dėl ūminio išeminio insulto į IGC arba TPL per 1 val. nuo GMP iškvietimo atvykusių pacientų dalis nuo visų į IGC arba TPL dėl ūminio išeminio insulto atvykusių pacientų		100 proc.	
Konkrečiam pacientui, kuriam įtariamas ūminis galvos smegenų insultas, IGC arba TPL atliktas ir įvertintas galvos smegenų kompiuterinės tomografijos (toliau – KT) arba magnetinio rezonanso tomografijos (toliau – MRT) tyrimas		100 proc.	

Dėl ūminio išeminio insulto gydytų pacientų dalis, kuriems galvos neurovizualinis tyrimas (KT, MRT) buvo atliktas nuo atvykimo	<30 min.	100 proc.	
	<20 min.	75 proc.	
Dėl ūminio išeminio insulto IGC arba TPL gydytų pacientų dalis, kuriai buvo taikytas reperfuzinis gydymas (IVT, MTE, jų derinys)		>20 proc.	
Dėl ūminio išeminio insulto IGC arba TPL gydytų pacientų dalis, kuriems IVT buvo pradėta nuo atvykimo per 60 ir 30 min. nuo atvykimo	<60 min.	100 proc.	
	<30 min.	50 proc.	
Dėl ūminio išeminio insulto IGC gydytų pacientų dalis, kuriems MTE buvo pradėta per 90 ir 120 min. nuo atvykimo	<120 min.	100 proc.	
	<90 min.	50 proc.	
Dėl nekardioembolinio ūminio išeminio insulto išrašytų pacientų dalis, kuriai išrašant buvo skirti statinai		>80 proc.	
Dėl nekardioembolinio ūminio išeminio insulto išrašytų pacientų dalis, kuriai išrašant buvo skirti antiagregantai		>80 proc.	
Dėl kardioembolinio ūminio išeminio insulto išrašytų pacientų dalis, kuriai išrašant buvo skirti antikoagulantai		>90 proc.	
Dėl ūminio išeminio insulto gydytų pacientų dalis, kuriai rijimo funkcija buvo įvertinta per 4 val. nuo atvykimo		100 proc.	Skaičiuojamas nuo pacientų, kuriems ji galėjo būti vertinama; jei taikyta MTE laikas skaičiuojamas nuo paciento ekstubacijos arba procedūros pabaigos (kas anksčiau)
Dėl ūminio išeminio insulto išrašytų pacientų dalis, kurie buvo siunčiami tolesniam reabilitaciniam gydymui		>80 proc.	Skaičiuojama nuo išgyvenusių pacientų

IŠEMINIO INSULTO SLAUGOS KOKYBĖS VERTINIMO RODIKLIŲ SĄRAŠAS

Slaugos kriterijai rekomenduojami taikyti visose IGC ir TPL, stebimi bent kartą kas 3 mėn.

Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys, jų apskaičiavimas ir vertinimas	Duomenų šaltiniai
1.	Pragulų rizikos vertinimas	Pragulų rizikos vertinimo skaičius ir insulto gydymo atvejų skaičiaus santykis (procentais)	ASPI duomenų registravimo sistema
2.	Pragulų išsivystymo dažnis	Pragulų išsivystymo skaičius ir insulto gydymo atvejų, kai gydymo ASPI metu išsivystė pragulos, skaičiaus santykis (procentais) su visų insulto gydymo atvejais ASPI	ASPI duomenų registravimo sistema
3.	Griuvimų rizikos vertinimas	Griuvimų rizikos vertinimo skaičius ir insulto gydymo atvejų skaičiaus santykis (procentais)	ASPI duomenų registravimo sistema
4.	Griuvimų dažnis	Griuvimų atvejų skaičius ir insulto gydymo atvejų, kai gydymo ASPI metu įvyko griuvimai, skaičiaus santykis (procentais) su visų insulto gydymo atvejais ASPI	ASPI duomenų registravimo sistema
5.	Rijimo funkcijos vertinimo dažnis	Dėl ūminio išeminio insulto gydytų pacientų dalis (skaičius ir santykis procentais), kuriai rijimo funkcija buvo įvertinta per 4 val. nuo atvykimo	ASPI duomenų registravimo sistema
6.	Pacientų savarankiškumo lygio dažnis	Pacientų savarankiškumo lygio pasiskirstymas ūminėje insulto fazėje ir išvykstant iš stacionaro (pasiskirstymas pagal lygius ir santykis procentais)	ASPI duomenų registravimo sistema
7.	Slaugos istorijų pildymo dažnis	Stacionare užpildytų slaugos istorijų skaičius insulto pacientams ASPI ir santykis (procentais) su visų insulto gydymo atvejais ASPI.	ASPI duomenų registravimo sistema
8.	Pacientų ir jų artimųjų mokymo dažnis	Mokymuose dalyvavusių pacientų skaičius, mokymuose dalyvavusių pacientų artimųjų skaičius, santykis (procentais) nuo visų ūminio insulto gydymo atvejų ASPI	ASPI duomenų registravimo sistema
9.	Pacientų pasitenkinimo lygis	Pacientų pasitenkinimo gautomis paslaugomis vertinimas balais Apklaustų pacientų skaičius ir santykis (procentais) su visų insulto gydymo atvejais ASPI	ASPI duomenų registravimo sistema

IŠEMINIO INSULTO MEDICININĖS REABILITACIJOS KOKYBĖS VERTINIMO RODIKLIŲ SĄRAŠAS

Rekomenduojamas taikyti visose IGC ir TPL bei medicininės reabilitacijos įstaigose, stebėti kartą kas 3 mėn.

Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Siektinas rodiklis (proc.)	Duomenų šaltiniai	Pastaba
1.	Pacientų dalis, kurie per pirmas 72 val. konsultuoti FMR gydytojo dėl pirmo reabilitacijos etapo specializuotame skyriuje: • Funkcinės būklės vertinimas • Individualios medicininės reabilitacijos programos sudarymas • Medicininės reabilitacijos specialistų komandos subūrimas (pagal poreikį)	100 proc.	ASPI duomenų registravimo sistema	Skaičiuojamas nuo pacientų, kuriems ji galėjo būti atlikta
2.	Pacientų dalis, kurie per pirmas 24 val. konsultuoti FMR gydytojo dėl pirmo reabilitacijos etapo specializuotame skyriuje: • Funkcinės būklės vertinimas • Individualios medicininės reabilitacijos programos sudarymas • Medicininės reabilitacijos specialistų komandos subūrimas (pagal poreikį)	80 proc.	ASPI duomenų registravimo sistema	Skaičiuojamas nuo pacientų, kuriems ji galėjo būti atlikta
3.	Pacientų dalis, kuriai, esant indikacijoms, taikytas pirmas reabilitacijos etapas	100 proc.	ASPI duomenų registravimo sistema	Skaičiuojamas nuo pacientų, kuriems jis galėjo būti taikomas
4.	Pacientų dalis, konsultuota FMR gydytojo dėl tolesnio medicininės reabilitacijos etapo tikslingumo	80 proc.	ASPI duomenų registravimo sistema	Skaičiuojamas nuo pacientų, kuriems ji galėjo būti atlikta
5.	Pacientų dalis, kuri, esant indikacijoms, siunčiama tolesniam medicininės reabilitacijos etapui: • Stacionariniam (reabilitacija II, reabilitacija III)	80 proc.	ASPI duomenų registravimo sistema	Skaičiuojamas nuo pacientų, kurie galėjo būti siunčiami

	• Ambulatoriniam • Pakartotinei reabilitacijai • Palaikomajai reabilitacijai			
6.	Pacientų dalis, konsultuota per pirmas 24 val. atvykus į reabilitacijos įstaigą, turinčią licenciją teikti nervų sistemos ligų profilio medicininės reabilitacijos paslaugas: • FMR gydytojo (įvertinta paciento funkcinė būklė, sudarytas individualus reabilitacijos planas, suburta medicininės reabilitacijos specialistų komanda pagal poreikį) • Bendrosios praktikos slaugytojo	80 proc.	ASPI duomenų registravimo sistema	Skaičiuojamas nuo pacientų, kuriems ji galėjo būti atlikta
7.	Pacientų dalis, konsultuota medicininės reabilitacijos specialistų komandos per pirmas 72 val. atvykus į reabilitacijos įstaigą, turinčią licenciją teikti nervų sistemos ligų profilio medicininės reabilitacijos paslaugas	100 proc.	ASPI duomenų registravimo sistema	Skaičiuojamas nuo pacientų, kuriems ji galėjo būti atlikta
8.	Pacientų dalis, kuriai įvertintas medicininės reabilitacijos veiksmingumas jos pabaigoje	100 proc.	ASPI duomenų registravimo sistema	Skaičiuojamas nuo pacientų, kuriems jis galėjo būti atliktas

XIII SKYRIUS KONTAKTINIS ASMUO (INSTITUCIJA)

Prof. dr. Vaidas Matijošaitis, el. paštas vaidas.matijosaitis@kaunoklinikos.lt,
tel. +370 68253588.

XIV SKYRIUS LITERATŪROS APRAŠYMAS

1. Abarbanell NR. Is prehospital blood glucose measurement necessary in suspected cerebrovascular accident patients? *Am J Emerg Med* 2005; 23(7): 823-7.
2. Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al. Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. *N Engl J Med* 2018; 378(8): 708-18.
3. Algra A, van Gijn J. Cumulative meta-analysis of aspirin efficacy after cerebral ischaemia of arterial origin. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 65: 255.
4. Amatangelo M. P, Thomas S. B. Priority Nursing Interventions Caring for the Stroke Patient. *Crit Care Nurs Clin N Am.* 2020; 32: 67–84.
5. Andlin-Sobocki P., Budrys V., Rastenytė D., Jatužis D. Išlaidos ligoniams, sergantiems galvos smegenų ligomis, Lietuvoje. *Neurologijos seminarai* 2005; 4(26): 242-249
6. Anglijos medicininės reabilitacijos asociacijos specializuoti neuroreabilitacijos servisų standartai, 2019 m. <https://www.bsrm.org.uk/downloads/specialised-neurorehabilitation-service-standards--7-30-4-2015-pcatv2-forweb-11-5-16-annexe2updatedmay2019.pdf>
7. Aslanyan S, Weir CJ, Diener HC, et al. Pneumonia and urinary tract infection after acute ischemic stroke: a tertiary analysis of the GAIN International trial. *Eur J Neurol* 2004; 11: 49-53.
8. Balami JS, Sutherland BA, Edmunds LD, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of endovascular thrombectomy compared with best medical treatment for acute ischemic stroke. *Int J Stroke* 2015; 10(8): 1168-78.
9. Bhatt D, Chew D, Hirsch A, et al. Superiority of clopidogrel versus aspirin in patients with prior cardiac surgery. *Circulation* 2001; 103: 363-8.
10. Bhatt D, Foody J, Hirsch A, et al. Complementary, additive benefit of clopidogrel and lipid-lowering therapy in patients with atherothrombosis. *J Am Coll Cardiol* 2000; 35(Suppl A): 326.
11. Bhatt DL, Marso SP, Hirsch AT, et al. Amplified benefit of clopidogrel versus aspirin in patients with diabetes mellitus. *Am J Cardiol* 2002; 90: 625-8.
12. Brott T, Lu M, Kothari R, et al. Hypertension and its treatment in the NINDS rt-PA Stroke Trial. *Stroke* 1998; 29: 1504-9.
13. Brott TG, Halperin JL, Abbara S, et al. 2011 ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS guideline on the management of patients with extracranial carotid and vertebral artery disease: executive summary. *Vasc Med* 2011; 16(1): 35-77.
14. Bushnell Ch, McCullough L, Awad I, et al. Guidelines for the prevention of stroke in women. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45: 1545-88.
15. CAPRIE Steering Committee: A randomized, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). *Lancet* 1996; 348: 1329-39.
16. Cardiovascular Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Clinical Cardiology. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2013; 44(3): 870-947.
17. Carroll BJ, Piazza G. Hypercoagulable states in arterial and venous thrombosis: when, how, and who to test? *Vasc Med* 2018; 23: 388-99.
18. CAST (Chinese Acute Stroke Trial) Collaborative Group. CAST: randomised placebo-controlled trial of early aspirin use in 20,000 patients with acute ischaemic stroke. *Lancet* 1997; 349: 1641-9.

19. Clark WM, Wissman S, Albers GW, et al. Recombinant tissue-type plasminogen activator (alteplase) for ischemic stroke 3 to 5 hours after symptom onset: the ATLANTIS study: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999; 282: 2019-26.
20. Clinical Guidelines for Stroke Management of National Stroke Foundation 2010, Australia.
21. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Phil D, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009; 361: 1139-51.
22. Connors J. Thrombophilia testing and venous thrombosis. *NEJM* 2017; 377: 1177-87.
23. Crocco TJ, Kotnari RU, Sayre MR, et al. A nationwide prehospital stroke survey. *Prehosp Emerg Care* 1999; 3(3): 201-6.
24. del Zoppo GJ, Higashida RT, Furlan AJ, et al. PROACT: a phase II randomized trial of recombinant prourokinase by direct arterial delivery in acute middle cerebral artery stroke: PROACT Investigators: Prolyse in Acute Cerebral Thromboembolism. *Stroke* 1998; 29: 4-11.
25. Diener HC, Cuhna L, Forbes C, et al. European Stroke Prevention Study 2. Dipyridamole and acetylsalicylic acid in the secondary prevention of stroke. *J Neurol Sci* 1996; 143: 1-13.
26. Duncan K, McMullan C, Mills B. M. Early warning systems: The next level of rapid response. *Nursing* 2012, 2012; 42 (2): 38-44.
27. Eagle KA, Guyton RA, Davidoff R, et al. ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (committee to update the 1999 guidelines for coronary artery bypass graft surgery). *Circulation* 2004; 110: 1168-76.
28. Ehara J, Hiraoka E, Hsu HC, Yamada T, Homma Y, Fujitani S. The effectiveness of a national early warning score as a triage tool for activating a rapid response system in an outpatient setting: A retrospective cohort study. *Medicine* 2019; 98 (52): 18475.
29. Emberson J, Lees KR, Lyden P, et al. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet* 2014; 384(9958): 1929-35.
30. European Heart Network. European cardiovascular disease statistics. Brussels: European Heart Network, 2017.
31. Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, et al. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet Neurol* 2009; 8: 355–369.
32. Feigin VL, Norrving B and Mensah GA. Global burden of stroke. *Circ Res* 2017; 120: 439–448.
33. Feigin VL, Roth GA, Naghavi M, et al. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990– 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Neurol* 2016; 15: 913–924.
34. Ferro JM, Boussier MG, Canhao P, et al. European Stroke Organization guideline for the diagnosis and treatment of cerebral venous thrombosis - endorsed by the European Academy of Neurology. *Eur J Neurol* 2017; 24: 1203-13.
35. Fuentes B, Ntaios G, Putaala J, et al.; European Stroke Organisation. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on glycaemia management in acute stroke. *Eur Stroke J* 2018; 3(1): 5-21.
36. Furie LK, Kasner SE, Adams RJ, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack. *Stroke* 2011; 42: 227-76.
37. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1459–1544.

38. Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011; 42: 517-84.
39. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee, *Cerebrovasc Dis* 2008; 25: 457-507.
40. Hacke W, Kaste M, Fieschi G, et al. Intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator for acute hemispheric stroke: the European Cooperative Acute Stroke Study (ECASS). *JAMA* 1995; 274: 1017-25.
41. Hacke W, Kaste M, Fieschi G, et al. Intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator for acute hemispheric stroke: the European Cooperative Acute Stroke Study (ECASS II). *Lancet* 1998; 352: 1245–51.
42. Hajat C, Hajat S, Sharma P. Effects of poststroke pyrexia on stroke outcome: a meta-analysis of studies in patients. *Stroke* 2000; 31: 410-4.
43. Heuschmann PU, Wiedmann S, Wellwood I, et al. Threemonth stroke outcome: the European Registers of Stroke (EROS) investigators. *Neurology* 2011; 76: 159–165
44. Hill J, Treasure T; Guideline Development Group. Reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital: summary of the NICE guideline. *Heart* 2010; 96: 879-82.
45. International Stroke Trial Collaborative Group. The International Stroke Trial (IST): a randomised trial of aspirin, subcutaneous heparin, both, or neither among 19435 patients with acute ischaemic stroke. *Lancet* 1997; 349: 1569-81.
46. Jacobowitz GR, Rockman CB, Gagne PJ, et al. A model for predicting occult carotid artery stenosis: screening is justified in a selected population. *J Vasc Surg* 2003; 38: 705-9.
47. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, et al. American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Clinical Cardiology. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013; 44: 870-947.
48. Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, et al. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. *Lancet* 2007; 369: 283-92.
49. Jones S. P, Miller C, Gibson J, Cook J, Price C, Watkins C. L. The impact of education and training interventions for nurses and other health care staff involved in the delivery of stroke care: An integrative review. *Nurse Education Today*. 2018; 61: 249-257.
50. Kalaria C, Kittner S. The therapeutic value of laboratory testing for hypercoagulable states in secondary stroke prevention. *Neurol Clin* 2015; 3: 501-13.
51. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45(7): 2160-236.
52. Kim J, Thayabaranathan T, Donnan GA, et al. Global Stroke Statistics 2019. *Int J Stroke*. 2020.
53. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J* 2016; 37(38): 2893-962.
54. Klijn CJM, Paciaroni M, Berge E, et al. Antithrombotic treatment for secondary prevention of stroke and other thromboembolic events in patients with stroke or transient ischemic attack and non-

- valvular atrial fibrillation: A European Stroke Organisation guideline. *European Stroke Journal* 2019; 4(3): 198-223.
55. Kobayashi A, Czlonkowska A, Ford GA, et al. European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-hospital management of stroke. *European Journal of Neurology* 2018; 25: 425-33.
56. Lazzaro MA, Novakovic RL, Alexandrov AV, et al. Developing practice recommendations for endovascular revascularization for acute ischemic stroke. *Neurology* 2012; 79 (Suppl 1): S243-S255.
57. Lindsay MP, Norrving B, Sacco RL, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2019. *Int J Stroke*. 2019; 8: 806-17.
58. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010.
59. McGrath ER, Eikelboom JW, Kapral MK, O'Donnell MJ. Novel oral anticoagulants: a focused review for stroke physicians. *Int J Stroke*. 2014 Jan;9(1):71-8.
60. Mendyk A-M. et al. Controlled Education of patients after Stroke (CEOPS)- nurse-led multimodal and long-term interventional program involving a patient's caregiver to optimize secondary prevention of stroke: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2018; 19: 137.
61. Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45: 3754-832.
62. Middleton S, et al. Vital sign monitoring following stroke associated with 90-day independence: A secondary analysis of the QASC cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2019; 89: 72–79.
63. Mitchell P. H. Nursing Assessment of Depression in Stroke Survivors. *Stroke*. 2016; 47 (1): 1-3.
64. National Stroke Foundation Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, NHMRC and Royal College of Nursing, Australia.
65. Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. *N Engl J Med* 2018; 378: 11-21.
66. Paciaroni M, Agnelli G, Ageno W, et al. Timing of anticoagulation therapy in patients with acute ischaemic stroke and atrial fibrillation. *Thromb Haemost* 2016; 116:410-6.
67. Parappilly B. P, Field T. S, Mortensin W. B, Sakakibara B. M, Eng J. J. Effectiveness of interventions involving nurses in secondary stroke prevention: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018; 17 (8): 728-736.
68. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, et al. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: The Euro Heart Survey. *Chest* 2010; 138: 1093-100.
69. Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, et al. 2015 AHA/ASA focused update of the 2013 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke regarding endovascular treatment: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2015; 46: 3020-35.
70. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2018; 49: e46-e110.
71. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019;50: e344-e418

72. Powers WJ. Acute hypertension after stroke: the scientific basis for treatment decisions. *Neurology* 1993; 43: 461-7.
73. Pristipino Ch, Sievert H, D'Ascenzo F, et al. European position paper on the management of patients with patent foramen ovale. General approach and left circulation thromboembolism. *E Heart J* 2019; 40: 3182-95.
74. Qureshi AI, Alexandrov AV, Tegeler CH, et al. Guidelines for screening of extracranial carotid artery disease: a statement for healthcare professionals from the Multidisciplinary Practice Guidelines Committee of the American Society of Neuroimaging. *J Neuroimaging* 2007; 17: 19-47.
75. Qureshi AI, Janardhan V, Bennett SE, et al. Who should be screened for asymptomatic carotid artery stenosis? Experience from the Western New York stroke screening program. *J Neuroimaging* 2001; 11: 105-11.
76. Raslan AM, Fields JD, Bhardwaj A. Prophylaxis for venous thrombo-embolism in neurocritical care: a critical appraisal. *Neurocrit Care* 2010; 12: 297-309.
77. RCP National clinical guideline for stroke, NICE, Fifth Edition 2016.
78. Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J* 2011; 32: 1769-818.
79. Riegel B. et al. Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke. *J Am Heart Assoc.* 2017; 9 (6): 1-27
80. Sacks D, Baxter B, Campbell BCV, et al. From the American Association of Neurological Surgeons (AANS), American Society of Neuroradiology (ASNR), Cardiovascular and Interventional Radiology Society of Europe (CIRSE), Canadian Interventional Radiology Association (CIRA), Congress of Neurological Surgeons (CNS), European Society of Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT), European Society of Neuroradiology (ESNR), European Stroke Organization (ESO), Society for Cardiovascular Angiography and Interventions (SCAI), Society of Interventional Radiology (SIR), Society of NeuroInterventional Surgery (SNIS), and World Stroke Organization (WSO), Multisociety consensus quality improvement revised consensus statement for endovascular therapy of acute ischemic stroke. *AJNR Am J Neuroradiol* 2018; 39: E61-E76.
81. Souza T. J. Dysphagia and tube feeding after stroke are associated with poorer functional and mortality outcomes. *Clinical Nutrition.* 2020; 39 (9): 2786-2792.
82. Steiner T, Al-Shahi Salman R, Beer R, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. *Int J Stroke* 2014; 9: 840-55.
83. Stevens E, Emmett E, Wang Y, et al. The burden of stroke in Europe. London: Stroke Alliance for Europe, 2017.
84. Stroke in adults Quality standard, NICE quality standard, 2010.
85. Sujama J, Crocco T. Prehospital care of the stroke patient. *Emerg Med Clin North Am* 2002; 20: 537-52.
86. The ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA Study Group Investigators. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet* 2004; 363: 768-74.
87. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group: tissue plasminogen activator for acute ischaemic stroke. *N Engl J Med* 1995; 333: 1581-7.

88. The Publications Committee for the Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) Investigators. Low molecular weight heparinoid, ORG 10172 (danaparoid), and outcome after acute ischemic stroke: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 279: 1265-72.
89. Theofanidis D, Gibbon B. Nursing interventions in stroke care delivery: An evidence-based clinical review. *Jvascnurs.* 2016; XXXIV (4):144 – 151.
90. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, et al. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *Eur Heart J* 2016; 37: 3232–3245.
91. Treib J, Grauer MT, Woessner R, et al. Treatment of stroke on an intensive stroke unit: a novel concept. *Intensive Care Med* 2000; 26: 1598-611.
92. Truelsen T, Piechowski- Jozwiak B, Bonita R, et al. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *Eur J Neurol* 2006; 13: 581–598.
93. UK-TIA Study Group: The United Kingdom transient ischaemic attack (UK-TIA) aspirin trial: final results. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991; 54: 1044-54.
94. Vardaman J. M., Cornell P, Gondo M. B, Amis J. M, Townsend-Gervis M, Thetford C.. Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Management Review*, 2012; 37 (1): 88-97.
95. Vergouwen MD, Roos YB, Kamphuisen PW. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with acute stroke and traumatic brain injury. *Current Opinion in Critical Care* 2008; 14: 149-55.
96. Wagner C, Marchina S, Deveau J. A, Frayne C, Sulmonte K, Kumar S. Risk of Stroke-Associated Pneumonia and Oral Hygiene. *Cerebrovasc Dis.* 2016; 41: 35–39.
97. Wang Y, Lim LL, Levi C, et al. Influence of admission body temperature on stroke mortality. *Stroke* 2000; 31: 404-9.
98. Watson A, Skipper C, Steury R, Walsh H, Levin A. Inpatient Nursing Care and Early Warning Scores: A Workflow Mismatch. *Journal of Nursing Care Quality*, 2014: 29(3): 215-222.
99. Winstein CJ, Stein J, Arena R, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association [published correction appears in *Stroke*. 2017 Feb;48(2):e78] [published correction appears in *Stroke*. 2017 Dec;48(12):e369]. *Stroke*. 2016;47(6):e98-e169.

XV SKYRIUS

REKOMENDACIJOS TOLESNIEMS MOKSLINIAMS TYRIMAMS

- 15.1. Išeminio insulto gydymo srityje ieškoti geriausio susiformavusio smegenų arterijos krešulio ištirpinimo būdų pasitelkiant skirtingus trombolitikus bei vaistų derinius.
- 15.2. Naujų trombektomijos metodo galimybių paieška.
- 15.3. Genų, atsakingų už insulto išsivystymą, paieška ir galimybių juos keisti atradimas.
- 15.4. Rasti būdus, padedančius nepažeistoms smegenų dalims greičiau ir veiksmingiau perimti insulto pažeistų sričių funkcijas.
- 15.5. Veiksmingų neuroprotektorių paieška.
- 15.6. Reabilitacijos srityje tiriamas paciento namuose naudojamos telereabilitacijos sistemos veiksmingumas, lyginant su įprastine reabilitacijos programa po insulto.
- 15.7. Pacientų, patyrusių insultą, tyrimai implantuojant kamienines ląsteles į įvairias smegenų sritis, siekiant geresnio sutrikusių funkcijų atsistatymo.

15.8. Slaugytojo vaidmuo ūminį insultą patyrusio paciento ir jų artimųjų mokymo procese (stacionarinio ir postacionarinio gydymo etapuose).

15.9. Insultą patyrusių pacientų poreikių vertinimas gyvenimo kokybei užtikrinti.

15.10. Daugiaprofilinės komandos nauda insultą patyrusio paciento sveikimo procesui (trukmei).

15.11. Artimųjų pasirengimo ir galimybių pasirūpinti insultą patyrusiu asmeniu vertinimas.

15.12. Optimalaus slaugytojų, slaugančių insultą patyrusius pacientus, darbo krūvio ir intensyvumo įvertinimas.

15.13. Kokybės vadybos (slaugos rodiklių stebėseną) integravimo į slaugos procesą, slaugos rezultatų ir darbuotojų pasitenkinimo sąsajų įvertinimas.

XVI SKYRIUS

INFORMACIJA VISUOMENEI IR PACIENTUI

Personalizuota informacija bei mokomoji medžiaga pacientams yra pateikiama pacientą konsultuojant ir Lietuvos insulto asociacijos (<http://www.insultoasociacija.lt/>) internetiniame puslapyje. Gydytojai, gydantys pacientus, atsižvelgdami į individualius pacientų poreikius, klinikinę būklę, vadovaujasi šiame skyriuje pateikta informacine medžiaga, suteikdami informaciją pacientams (jų atstovams) apie išeminį galvos smegenų insultą (žr. „Informacija pacientui apie išeminį galvos smegenų insultą“).

16.1. Informacija visuomenei ir pacientui apie išeminį galvos smegenų insultą

16.1.1. Kodėl įvyksta insultas?

Insultą sukelia staigus galvos smegenis maitinančios kraujagyslės užsikimšimas (išeminis insultas) arba kraujagyslės plyšimas ir kraujo išsiliejimas į galvos smegenis arba jų dangalus (hemoraginis insultas). Dažniau pasitaiko išeminis, kuris sudaro apie 85 proc. visų insultų. Hemoraginis insultas sudaro apie 15 proc. ūminių insultų.

Išeminio insulto metu galvos smegenų ląstelės (neuronai) labai greitai žūva, negaudamos pakankamai kraujo ir deguonies.

Išeminio insulto tiesiogine priežastimi gali būti:

- Krešulio susidarymas pažeistoje galvos smegenų arba kaklo kraujagyslės vietoje (aterotrombozė).
- Smegenų kraujagyslės staigus užsikimšimas iš širdies arba kitų kraujagyslių atkeliavusiu krešuliu (embolija).
- Rečiau pasitaiko kitos priežastys: per didelis kraujo krešėjimo sistemos aktyvumas, kaklo arterijų atsisluoksniavimas, kraujagyslių uždegiminės ligos ir kt.

16.1.2. Kas sukelia arterijų susiaurėjimą?

Pagrindinė arterijų susiaurėjimo priežastis – aterosklerozė. Ji vystosi, kai dėl įvairių priežasčių (padidėjusio kraujospūdžio arba cholesterolio kiekio, rūkymo) pažeidus vidinę kraujagyslės sienelę, joje nusėda kraujo riebalai, cholesterolis ir susidaro aterosklerozinės plokštelės. Tuomet kraujagyslė sukieta, tampa ne tokia elastinga, jos sienelės sustorėja, o spindis sumažėja. Taip pasunkėja kraujo pratekėjimas.

16.1.3. Kur susiformuoja kraujo krešuliai?

Dažnai trombai susidaro stambiosiose kaklo kraujagyslėse ties aterosklerozinėmis plokštelėmis. Atitrūkus trombo gabalėliui, jis kraujo srovės nunešamas į smegenis. Ten, siaurėjant kraujagyslių spindžiui, įstringa ir užblokuoja kraujotaką. Kita dažna trombų susidarymo vieta – širdis. Krešuliai susidaro sergant širdies ligomis, esant sutrikusiam širdies ritmui. Rečiau, kai širdyje tarp kairės ir dešinės širdies pusių yra anga, trombai į smegenis gali patekti iš kojų venų.

16.1.4. Kokie yra išeminio insulto simptomai?

Išeminio insulto ir intrasmeeginės kraujosruvos simptomai yra tokie patys ir priklauso nuo užsikimšusios kraujagyslės (t. y. vietos, kurioje sutrikdyta kraujotaka) arba kraujo išsiliejimo vietos smegenyse.

Insulto požymiai – visi jie atsiranda staiga:

- Vienos veido pusės, rankos ir (arba) kojos nusilpimas ir (arba) nutirpimas.
- Sutrikusi kalba: stinga žodžių arba pacientas nesupranta, ką kalba kiti.
- Sutrikusi rega arba atsiradęs dvejinimasis akyse.
- Sutrikęs rijimas, pakitęs balsas.
- Sutrikusi koordinacija, didelis galvos svaigimas, kartu atsirandantis pykinimas, vėmimas, pacientas nepaeina.

Galvos skausmas nėra būdingas praeinančio smegenų išemijos priepuolio arba išeminio insulto simptomas, tačiau labai stiprus skausmas staiga atsirasti gali dėl kitų priežasčių, todėl apie jį visada reikia pasakyti gydytojui.

16.1.5. Kaip diagnozuojamas insultas?

Diagnozuojant insultą, reikalinga paciento ir (arba) jį lydinčiųjų asmenų apklausa, klinikinis paciento būklės įvertinimas (pulsas, kraujo spaudimas, kvėpavimas, neurologinės funkcijos), instrumentiniai ir laboratoriniai tyrimai.

Instrumentinė diagnostika. Medicininės paskirties prietaisais atliekami tyrimo metodai, skirti įvertinti galvos smegenų, kraujagyslių, širdies ir kitų organų būklei bei pokyčiams, nustatyti insulto rūšiai (išeminis ar hemoraginis) bei insultą sukėlusioms priežastims. Instrumentinei diagnostikai naudojami tik įrodymais pagrįstos medicinos duomenimis patvirtinti metodai.

Po apklausos ir klinikinio būklės įvertinimo paprastai paimami kraujo tyrimai, užrašoma elektrokardiograma, jei išlieka ūminio insulto įtarimas, atliekamas galvos smegenų vaizdinis tyrimas (galvos kompiuterinė tomografija), kuris leidžia atskirti išeminį insultą nuo hemoraginio, atmesti kitas smegenų pažeidimo priežastis. Vėliau gali būti atliekami kaklo ir galvos kraujagyslių bei širdies ultragarsiniai tyrimai, sudėtingesni galvos smegenų vaizdiniai tyrimai, kartais – angiografija (kraujagyslių tyrimas užpildant jas kontrastu per į arteriją įstatytą kateterį), laboratoriniai kraujo įvairių rodiklių tyrimai, ilgalaikė širdies veiklos stebėseną.

Visų tyrimų atlikti nebūtina, nes jie nepakeičia gydymo, o kai kurie tyrimai sukelia ir komplikacijas. Diagnostinių tyrimų apimtis priklauso nuo apklausos duomenų, paciento būklės, gretutinių ligų, ankstesnių tyrimų rezultatų. Apie tai sprendžia atsakingas gydytojas.

16.1.6. Kaip gydomas išeminis insultas?

Per pirmas valandas nuo išeminio insulto simptomų atsiradimo galima taikyti išeminio insulto specializuotą gydymą – intraveninę trombolizę (per pirmas 4,5 val.) arba mechaninę trombektomiją (per pirmas 6 val.). Šiomis priemonėmis siekiama kuo greičiau pašalinti užsikimšusios galvos smegenų arterijos trombą,

atstatyti sutrikusią galvos smegenų kraujotaką ir sumažinti išeminį galvos smegenų pažeidimą. Dėl pavėluoto atvykimo į insulto centrą arba esant kitiems netinkamumo specializuotam gydymui kriterijams, siekiant užtikrinti gydymo saugumą ir veiksmingumą, specializuotas išeminio insulto gydymas taikomas tik nedidelei daliai (<5 proc.) pacientų, patyrusių išeminį insultą.

Be to, visiems susirgusiems išeminiu insultu pacientams (taip pat ir gaunantiems specializuotą insulto gydymą) taikomas stacionarinis nediferencijuotas (bazinis) gydymas. Jis yra labai svarbus, nes, taikant bazinį gydymą, siekiama palaikyti optimalią galvos smegenų kraujotaką, sumažinti išeminį neuronų pažeidimą, sumažinti insulto komplikacijų riziką, o atsiradusias komplikacijas – anksti diagnozuoti ir tinkamai gydyti, sumažinti pakartotinio insulto riziką, pagreitinti sutrikusių neurologinių funkcijų atsistatymą.

16.1.7. Medicininė reabilitacija persirgus galvos smegenų insultu

Pradėjus insulto gydymą, komplikacijų profilaktikai, sutrikimų korekcijai ir funkcijų atkūrimui yra labai svarbu kuo greičiau pradėti taikyti medicininę reabilitaciją. Ligoninėse tai pradedama taikyti jau reanimacijos, neurologijos arba neurochirurgijos skyriuje – tai vadinama pirmuoju reabilitacijos etapu. Vėliau, esant poreikiui, medicininės reabilitacijos programa tęsiama specializuotuose nervų ligų profilio stacionarinės reabilitacijos skyriuose (antras reabilitacijos etapas) arba lengvesniais atvejais – ambulatoriškai (trečias reabilitacijos etapas). Pacientui po insulto reabilitacijos paslaugas teikia reabilitacijos specialistų komanda: fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, slaugytoja, kineziterapeutas, ergoterapeutas, socialinis darbuotojas, medicinos psichologas, o esant poreikiui – logoterapeutas arba kiti specialistai.

Po medicininės reabilitacijos, išliekant ryškiems biosocialinių funkcijų sutrikimams, asmuo siunčiamas specialiųjų poreikių ir (arba) darbingumo lygiui nustatyti. Jeigu asmeniui, persirgusiam insultu, nustatytas darbingumo lygis nuo 0 iki 40 proc. arba didelis specialiųjų poreikių lygis, tai jis pirmuosius trejus metus po nustatymo gali būti šeimos gydytojo siunčiamas pakartotinei reabilitacijai, o vėlesniu laikotarpiu – palaikomajai reabilitacijai.

Insultu serga ir jauni asmenys, todėl svarbi yra ne tik medicininė reabilitacija, bet ir profesinė reabilitacija. Dėl profesinės reabilitacijos darbingo amžiaus pacientą šeimos gydytojas po antro ir (arba) trečio medicininės reabilitacijos etapo siunčia į Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (NDNT), kuri, esant indikacijų, pacientą siunčia į užimtumo tarnybą. Pacientai, atsižvelgiant į negalią, gali išmokti naujų profesinių įgūdžių ir realizuoti save. Reabilitacija po insulto paprastai yra ilgas ir sunkus procesas, todėl labai svarbus yra visos reabilitacijos specialistų komandos, paciento bei jo artimųjų bendradarbiavimas. Reabilitacijos metu didelis dėmesys skiriamas paciento ir artimųjų mokymui. Siekiant, kad asmuo, persirgęs galvos smegenų insultu, taptų kuo savarankiškesnis, artimieji neturėtų perdėtai rūpintis pacientu. Jie mokomi skatinti jį būti savarankišku, prisitaikyti prie naujų aplinkybių, didinti sergančiojo pasitikėjimą savo jėgomis, elgtis su juo pagarbiai, suteikti galimybę jaustis reikalingam. Tinkamai ir teigiamai nuteiktas pacientas daro didesnę pažangą ir greičiau pasiekia keliamus tikslus. Reabilitacijos rezultatai bei jų pasiekimo greitis taip pat labai priklauso nuo paties paciento įdėto darbo, ištvermės, atkaklumo bei motyvacijos.

Baigus stacionarinę arba ambulatorinę reabilitaciją, pacientas siunčiamas bendrosios praktikos gydytojo ir jo komandoje esančio kineziterapeuto priežiūrai. Kartu su kineziterapeuto priežiūra tęsiamos prieš tai buvusio medicininės reabilitacijos etapo fizinio aktyvumo taikymo rekomendacijos.

Pacientas, praėjus 3 mėn. po išrašymo iš stacionarinės ir (arba) ambulatorinės reabilitacijos skyriaus, siunčiamas FMR gydytojo konsultacijai į Insulto gydymo centrą funkicinei būklei įvertinti, pagal poreikį medicininės reabilitacijos procedūroms skirti.

16.2. Informacija pacientui

Gerbiamas

(vardas, pavardė)

Dėl jums įvykusio išeminio galvos smegenų insulto buvote gydytas
.....ligoninės neurologijos skyriuje.

Atlikus būtinus diagnostinius tyrimus, buvo patvirtinta išeminio galvos smegenų insulto diagnozė. Insultą sukelia staigus galvos smegenis maitinančios kraujagyslės užsikimšimas (išeminis insultas).

Jums buvo taikytas specializuotas insulto gydymas intravenine trombolize, mechanine trombektomija, bazinis insulto gydymas (reikiamą pabraukti) bei reabilitacinis gydymas stacionare.

Gydymo metu jums buvo nustatyti šie rizikos veiksniai: arterinė hipertenzija, dislipidemija, prieširdžių virpėjimas, miego arterijų susiaurėjimas,..... (reikiamą įrašyti, tinkamus pabraukti), kurie buvo koreguojami neurologijos skyriuje gydymo metu.

Siekiant išvengti insulto pasikartojimo, būtina ir toliau kontroliuoti nustatytus insulto rizikos veiksnius.

Siekdami sumažinti insulto pasikartojimo tikimybę, jums rekomenduojame:

Matuoti AKS 2–3 kartus per dieną. Esant AKS didesniai už tikslinį.....mm Hg (įrašyti), kreiptis į šeimos gydytoją dėl gydymo korekcijos.

Tęsti neurologo, išrašant iš stacionaro, rekomenduotą gydymą. Esant neaiškumams, kreiptis į šeimos gydytoją.

Po 3 mėn. nuo išrašymo iš Neurologijos stacionaro jūs turite atvykti į Insulto centro ambulatorinį padalinį gydytojo neurologo konsultacijos.

Atvykstant konsultacijos, su savimi reikėtų turėti: šeimos gydytojo siuntimą neurologo konsultacijai, vartojamų vaistų sąrašą, bendrąjį kraujo tyrimą, lipidogramą, atliktą per pastarąsias dvi savaites, pastarosios savaitės AKS matavimus. Vartojantiems vitamino K antagonistus, su savimi reikėtų turėti ne senesnę kaip dviejų savaičių kraujo krešumo tyrimą (TNS, SPA).

Medicininės reabilitacijos rekomendacijos skiriamos jums, po išeminio galvos smegenų insulto reabilitacinio gydymo, namuose.

Ergoterapeuto rekomendacijos namuose (reikiamus punktus pažymėti):

1. Tęsti smulkiosios motorikos, judesių koordinacijos ir jų atlikimo tikslumą lavinamuosius pratimus.
2. Padidinti judesių amplitudę, gerinti judesių koordinaciją ir jų atlikimo tikslumą per rankų sąnarius.
3. Tęsti paralyžiuotos rankos plaštakos ir pirštų raumenų jėgos didinimo pratimus.

4. Esant paralyžiūtai rankai, naudoti riešo-plaštakos-pirštų įtvarą, apie 2 val. dienos metu.
5. Esant rankų drebjimui, naudoti pasunkintus įrankius valgant, atliekant asmens higienos veiklas.
6. Išliekant apsunkintai rankų funkcijai, naudoti apsitarnavimą lengvinamąsias priemones, pvz., pagalbinė priemonė sagoms susegti, lazdelė daiktams pakelti (griebtuvas) ir kt.
7. Ergonominių kūno padėčių lavinimas.
8. Tęsti pažinimo funkcijų lavinimą sprendžiant kryžiažodžius, dėlioiant įvairių dydžių ir sunkumo dėlionės.
9. Pažintinių funkcijų lavinimui naudoti kompiuterines programas, pvz., *RehaCom Sistema*.
10. Sukurti saugią namų aplinką:
 - Įsigyti į vonią, dušą neslystantį kilimėlį, maudantis pastatyti į vonią kėdutę.
 - Įsirengti laikiklius rankoms, saugumui užtikrinti persikeliant į (iš) vonią, dušą.
 - Kambariuose pašalinti nelygius paviršius (slenksčius) dėl saugumo judant patalpose.

Kineziterapeuto rekomendacijos namuose (reikiamus punktus pažymėti):

1. Tęsti pratimus paralyžuotų raumenų jėgai ir ištvermei didinti.
2. Tęsti pusiausvyros ir judesių koordinacijos lavinimo pratimus.
3. Tęsti eisenos lavinimo pratimus.
4. Saugiai eisenai užtikrinti, esant poreikiui, naudoti aukštą arba žemą vaikštynę, alkūninius ramentus, lazdelę su trimis arba keturioms atramomis ir kt.

Logoterapeuto (kalbos terapeuto) rekomendacijos namuose (reikiamus punktus pažymėti):

1. Tęsti kalbos suvokimo gerinimo pratimus.
2. Tęsti pratimus artikulinio aparato lavinimui, fonacinio kvėpavimo ir balso lavinimo pratimus.
3. Tęsti prasmingų žodžių tarimo pratimus.
4. Išliekant rijimo sutrikimui, tęsti pratimus rijimo funkcijai atkurti.

Socialinis darbuotojas galėtų suteikti rekomendacijas jums ir jūsų šeimos nariams neįgalumo nustatymo ir socialinių lengvatų klausimais, supažindina su bendruomenės pagalbos resursais. Jums ir jūsų artimiesiems po medicininės reabilitacijos rekomenduojame kreiptis pagalbos į artimųjų savipagalbos asociacijas, neįgalaus jaunimo centrus, neįgaliųjų draugijas, neįgaliųjų sporto klubus, Valakupių profesinės reabilitacijos centrą, pensionatus, ligoniams, turintiems psichinę negalią, taip pat dalyvauti kasmet organizuojamuose socialinės paramos projektuose.

Medicinos psichologas galėtų suteikti informaciją apie psichologinės savipagalbos galimybes namuose, rekomenduoti psichologinės pagalbos centrus.

XVII SKYRIUS PRIEDAI

- 1 priedas.** Kardioembolinio insulto rizikos vertinimo skalė (CHA₂DS₂-VASc skalė)
- 2 priedas.** Kraujavimo rizikos vertinimo skalė (HAS-BLED skalė)
- 3 priedas.** Pakartotinio insulto rizikos vertinimo skalė (ABCD₂ skalė)
- 4 priedas.** Gydymo geriamaisiais antikoagulantais pradžia arba atnaujinimas pacientams su PV po ūminio išeminio galvos smegenų kraujotakos sutrikimo
- 5 priedas.** Kvietimo priėmimo, registravimo insulto diagnostikos klausimynas
- 6 priedas.** Būklės vertinimas – GMP brigados protokolas
- 7 priedas.** Deguonis
- 8 priedas.** AKS korekcija
- 9 priedas.** Klausimai, kuriuos būtina išsiaiškinti su pacientu, artimaisiais įtariant ūminį galvos smegenų insultą (informacija neurologui, kai simptomų atsiradimo laikas iki 24 val.)
- 10 priedas.** Rekomenduojama jauno amžiaus kriptogeninio insulto (<50 metų amžiaus paciento) tyrimo schema
- 11 priedas.** Modifikuota Rankino skalė
- 12 priedas.** Nacionalinių sveikatos institutų (*National Institutes of Health – NIH*) insulto skalė
- 13 priedas.** Antikoagulantų skyrimo kardioembolinio insulto profilaktikai schema
- 14 priedas.** Slaugytojo procedūrų planas ūminio insulto atveju
- 15 priedas.** Paciento gyvybinių rodiklių stebėjimo forma
- 16 priedas.** Slaugos dokumentacijos pildymo schema
- 17 priedas.** Nortono ir Bradeno pragulų vertinimo skalės
- 18 priedas.** Trumpoji mitybos būklės vertinimo anketa MNA (*angl. Mini-Nutritional Assessment*)
- 19 priedas.** MORSE griuvimų rizikos klausimynas
- 20 priedas.** Paciento rijimo funkcijos įvertinimas
- 21 priedas.** BHJ rijimo sutrikimo patikra po patirto insulto
- 22 priedas.** Burnos higienos protokolas
- 23 priedas.** Pragulų vertinimo lapas
- 24 priedas.** Paciento griuvimo vertinimo protokolas
- 25 priedas.** Individualusis slaugos planas
- 26 priedas.** Slaugymo stacionare istorija
- 27 priedas.** Paciento būklės stebėsenos ir slaugos veiksmų atlikimo lapas
- 28 priedas.** Paciento mokymo lapas
- 29 priedas.** Bartelio indekso skalė
- 30 priedas.** Pacientų pasitenkinimo gautomis paslaugomis vertinimo anketa

1 priedas. Kardioembolinio insulto rizikos vertinimo skalė (CHA₂DS₂–VASc skalė)

Rodiklis	Požymis	Balai
Širdies nepakankamumas	Nėra	0
	Yra	1
Arterinė hipertenzija	Nėra	0
	Yra	1
Amžius	<65 metų	0
	65–74 metai	1
	≥75 metai	2
Cukrinis diabetas	Nėra	0
	Yra	1
Išeminis insultas arba PSIP anamnezėje	Ne	0
	Taip	2
Kraujagyslinė liga (periferinė arterijų liga, miokardo infarktas, aortos plokštelės)	Nėra	0
	Yra	1
Lytis	Vyras	0
	Moteris	1
BALŲ SUMA		

Insulto rizikos vertinimas:

- 0–3 balai – maža rizika;
- 4–5 balai – vidutinė rizika;
- 6–7 balai – didelė rizika.

2 priedas. Kraujavimo rizikos vertinimo skalė (HAS-BLED skalė)

Rodiklis	Požymis	Balai
Arterinė hipertenzija (sistolinis AKS ≥ 160 mm Hg)	Nėra	0
	Yra	1
Inkstų ir kepenų funkcijos sutrikimas	Nėra	0
	Tik kepenų arba inkstų	1
	Kepenų ir inkstų	2
Insultas anamnezėje	Ne	0
	Taip	1
Kraujavimas anamnezėje	Ne	0
	Taip	1
Labilus TNS	Ne	0
	Taip	1
Amžius	<65 metų	0
	≥ 65 metai	1
Piktnaudžiavimas alkoholiu arba kitų vaistų vartojimas (antiagregantai, nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo)	Nėra	0
	Tik alkoholis arba vaistai	1
	Alkoholis ir vaistai	2
BALŲ SUMA		

Kraujavimo rizikos vertinimas:

- 0–2 balai – maža rizika;
- 3 balai ir daugiau – didelė rizika.

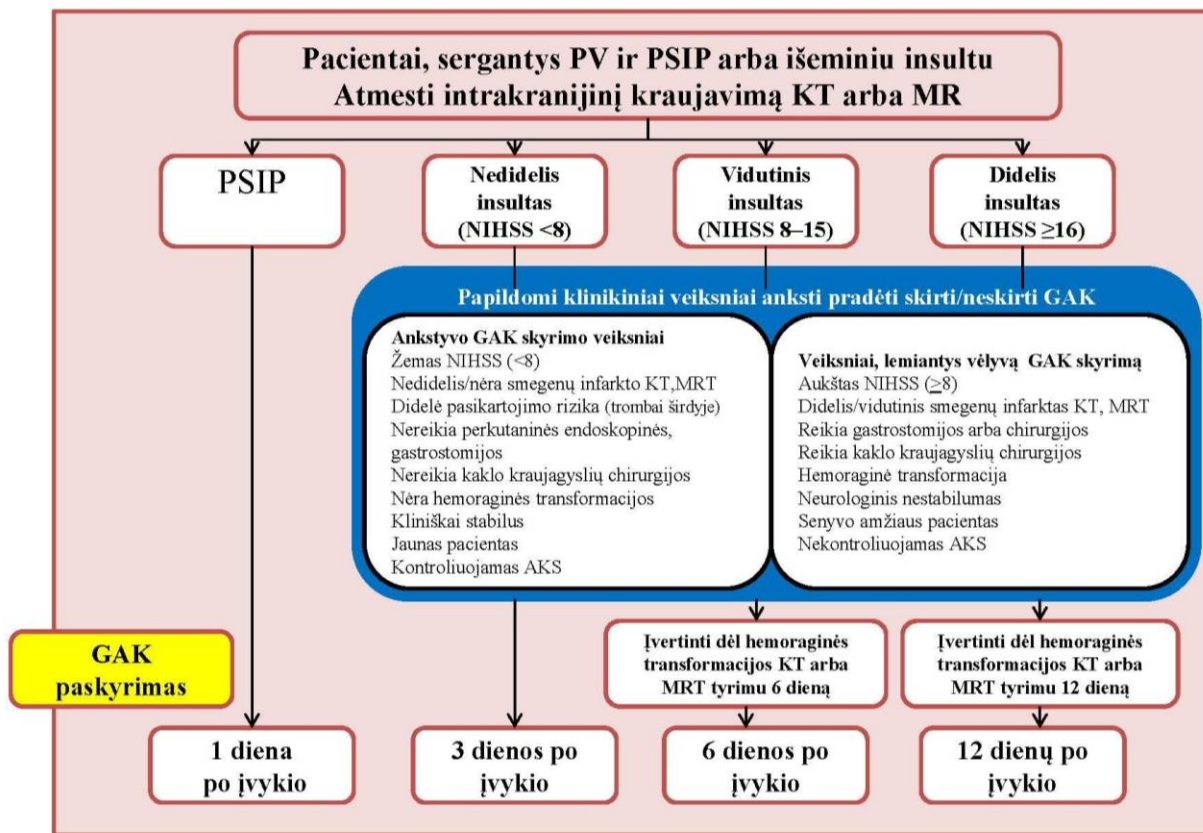
3 priedas. Pakartotinio insulto rizikos vertinimo skalė (ABCD₂ skalė)

Rodiklis	Požymis	Balai
Amžius	<60 metų	0
	≥60 metai	1
Sistolinis AKS ≥140 mm Hg arba diastolinis ≥90 mm Hg	Ne	0
	Taip	1
PSIP klinikinė išraiška	Kalbos sutrikimas be parėzės	1
	Hemiparezė	2
	Kita	0
PSIP trukmė	<10 min.	0
	10–59 min.	1
	≥60 min.	2
Cukrinis diabetas	Ne	0
	Taip	1
BALŲ SUMA		

Insulto rizikos vertinimas:

- 0–3 balai – maža rizika;
- 4–5 balai – vidutinė rizika;
- 6–7 balai – didelė rizika.

4 priedas. Gydymo geriamaisiais antikoaguliantais pradžia arba atnaujinimas pacientams, sergantiems PV, po ūminio išeminio galvos smegenų kraujotakos sutrikimo



Pagal Kirchhof P, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J 2016; 37(38): 2893-962.

AKS – arterinis kraujo spaudimas; GAK – geriamieji antikoaguliantai; KT – kompiuterinė tomografija; MRT – magnetinio rezonanso tomografija; NIHSS – Nacionalinių sveikatos institutų insulto skalė; PV – prieširdžių virpėjimas, PSIP – praeinantis smegenų išemijos priepuolis.

Pagal Kirchhof P, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J 2016; 37(38): 2893-962.

5 priedas. Kvietimo priėmimo, registravimo insulto diagnostikos klausimynas

Klausimai	Atsakymai	Vertinimas
Paprašykite nusišypsoti, ar abu lūpų kampai pakilo vienodai?	Normali šypsena	Neigiamas
	Šypsena kiek nesimetriška (galimas skirtumas) arba šypsantis pakilo tik vienas lūpų kampas (akivaizdus skirtumas)	Teigiamas
	Negali įvykdyti paliepimo (nusišypsoti)	Negalima įvertinti
Paprašykite pakelti abi ištiestas rankas priešais save ir akimirką palaikyti. Ar gali abi rankas palaikyti vienodai?	Abi rankas pakėlė vienodai	Neigiamas
	Vieną ranką pakėlė aukščiau nei kitą (pakėlė abi, bet nevienodai) arba pakėlė tik vieną ranką	Teigiamas
	Negali įvykdyti paliepimo (pakelti rankas)	Negalima įvertinti
Paprašykite, kad pasakytų: „Anksti kėlės, nesigailėsi“	Pasakė teisingai	Neigiamas
	Neaiški, nesuprantama kalba	Teigiamas
	Negali įvykdyti paliepimo (nekalba)	Negalima įvertinti

6 priedas. Būklės vertinimas – GMP brigados protokolas

Pirminė paciento apžiūra (ABCDE) principas (CAB, jei yra akivaizdus masyvus kraujavimas):

A – Kvėpavimo takai.

B – Kvėpavimas.

C – Kraujotaka.

D – Neurologinė būklė.

E – Viso kūno apžiūra.

Įvertink, ar yra „pirmojo įspūdžio būklės“: masyvus kraujavimas, galima klinikinė mirtis, traukuliai. Teik pagalbą. Sąmonės įvertinimas, jei nesąmoningas, įvertink centrinį pulsą, jei nėra, pradėk gaivinimo veiksmus.

A – Kvėpavimo takų įvertinimas, jei yra stuburo traumos tikimybė, imobilizuok kaklą, įvertink kvėpavimo takus, jei neatviri, atverk.

B – Kvėpavimo įvertinimas: kvėpavimo dažnis, auskultacija, jei asimetrija, perkutuok, matuok SpO₂, jei SpO₂ <95 proc., skirk deguonį.

C – Kraujotaka: suskaičiuok ŠSD, matuok AKS, užrašyk 12-kos derivacijų EKG, įvertink šoko požymius (oda: spalva, būklė, temperatūra) ir trauminius pažeidimus (punktuok veną arba kaulų čiulpus, pradėk lašinti skysčius, ištirk dėl vidinio kraujavimo).

D – Neurologinis vertinimas: įvertink vyzdžius, įvertink sąmonės būklę Glazgo arba AVPU skalė, jei pacientas neorientuotas arba GKS <15, arba AVPU yra V ir mažiau, patikrink glikemiją. Jei gliukozės kiekis kraujyje mažiau nei 3,0 mmol/l, koreguok. Įvertink neurologinę būklę (insultui būdingi požymiai: vienos kūno pusės silpnumas, aptirpimas, akipločio arba regėjimo viena akimi sutrikimas, pusiausvyros sutrikimas, kalbos sutrikimas).

E – Atlikti viso kūno apžiūrą: galva, priekis, nugara (paversk naudodamas „log-rol“ techniką, jei įtari traumą), žemiau sužalojimo vietos įvertink pulsą, odą, neurologinius simptomus; jei įtari hipotermiją, hipertermiją, pamatuok temperatūrą. Saugok pacientą nuo hipotermijos. Antrinė apžiūra (nuo viršugalvio iki kojų pirštų galų) yra būtina paciento būklės įvertinimo dalis. Atliekama tik tada, jei yra atlikta nuodugni pirminė apžiūra ir visos reikiamos gyvybę gelbstinčios procedūros. Jeigu paciento būklė yra kritinė, antrinė apžiūra gali būti atliekama pervežimo metu arba jau ligoninėje.

Anamnezė: surink skausmo anamnezę, įvertink skausmą balais, paklausk, kam alergiškas, kokius vartoja vaistus, kokios gretutinės ligos, ką ir kada valgė, kokios susirgimo ir įvykio aplinkybės.

Nustatyk preliminariai sindromą, būklę, vyraujančią sužalojimą – pasirink pagalbos teikimo protokolą.

7 priedas. Deguonis

Indikacijos: SpO₂ <95 proc. Deguonies teikimo priemonė pasirenkama atsižvelgiant į būklę, priežastį, gretutines ligas (lėtinė obstrukcinė plaučių liga), atsaką į gydymą.

Jei yra akivaizdūs kvėpavimo nepakankamumo požymiai, skirkite deguonį per kaukę su maišu 10–15 l/min. Jei ne, pradedama deguonį skirti nuo mažesnio srauto 2–6 l/min. per nosines kaniules arba vidutinio 8–10 l/min. per kaukę be rezervuaro. Tikslas – palaikyti deguonies įsotinimą 95–98 proc. ribose.

8 priedas. AKS korekcija

1. Jei sAKS <90 mm Hg, sulašinkite natrio chlorido 0,9 proc. arba Ringerio tirpalo 500 ml greita srove, jei nėra širdies nepakankamumo požymių. Tikslas – sAKS >90–100 mm Hg. Jei yra širdies nepakankamumo požymiai, 250 ml greita srove. Jei, lašinant skysčius, širdies nepakankamumo požymiai dar labiau išryškėja, svarstykite vazopresorių skyrimą. Neskirkite gliukozės 5 proc. tirpalo.
2. Koreguokite hipertenziją, jeigu sistolinis AKS >220 mm Hg, diastolinis AKS >120 mm Hg ir (arba) yra išreikštas širdies nepakankamumas, ūminis miokardo infarktas ir (arba) įtariamas aortos atsisluoksniavimas, ūminis inkstų funkcijos nepakankamumas. Hipertenzijos korekcija neturi uždelsti paciento pristatymo į IGC arba TPL. Hipertenzijos korekcijai rekomenduojami intraveniniai vaistai, pirmojo pasirinkimo vaistas – labetalolis (I, C įrodymai).

9 priedas. Klausimai, kuriuos būtina išsiaiškinti su pacientu, artimaisiais įtariant ūminį galvos smegenų insultą (informacija neurologui, kai simptomų atsiradimo laikas iki 24 val.)

- Vardas.....
- Pavardė.....
- Gimimo metai.....
- Kada paskutinį kartą matytas sveikas? 20...-...-..., ...val. min. Nežinoma ☐

§ Insulto simptomai:

- Veido asimetrija *Taip* ☐ *Ne* ☐
- Rankos, kojos silpnumas *Taip* ☐ *Ne* ☐
- Kalbos sutrikimas *Taip* ☐ *Ne* ☐
- Kita simptomatika.....

§ Ar pacientui reikalinga artimųjų pagalba kasdienėje veikloje *Taip* ☐ *Ne* ☐ *Nežinoma* ☐

§ Antikoagulantai: Paskutinės dozės laikas

- Varfarinas, *Taip* ☐ *Ne* ☐ 20...-...-..., ...val. min.

- Apiksabanas, *Taip* ☐ *Ne* ☐ 20...-...-..., ...val. min.

- Rivaroksabanas, *Taip* ☐ *Ne* ☐ 20...-...-..., ...val. min.

- Dabigatranas, *Taip* ☐ *Ne* ☐ 20...-...-..., ...val. min.

- Edoksabanas, *Taip* ☐ *Ne* ☐ 20...-...-..., ...val. min.

- Nežinoma ☐

• Gretutinė patologija

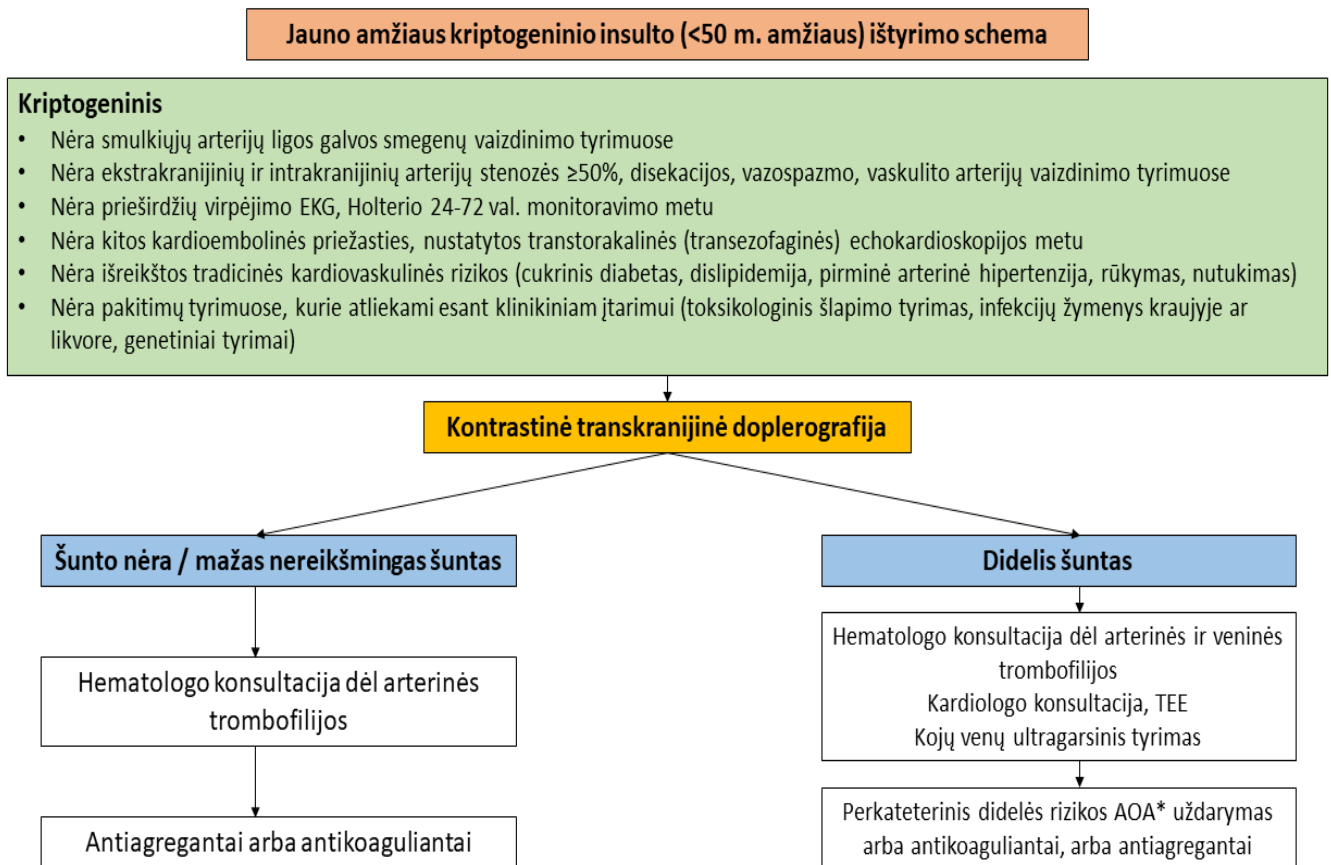
- Sunki galvos smegenų trauma, insultas, intrakranijinė operacija per pastaruosius 3 mėn. *Taip* ☐ *Ne* ☐
- Didelės apimties operacija per pastaruosius 3 mėn. *Taip* ☐ *Ne* ☐
- Išplitęs onkologinis procesas *Taip* ☐ *Ne* ☐
- Intrasmegeninė kraujosruva *Taip* ☐ *Ne* ☐
- Kraujavimas iš žarnyno arba šlapimo takų per pastarąsias 3 sav. *Taip* ☐ *Ne* ☐
- Nežinoma ☐

§ AKS.....mm Hg

§ ŠSD.....k./min.

§ Glikemija.....mmol/l

10 priedas. Rekomenduojama jauno amžiaus kriptogeninio insulto (<50 metų amžiaus paciento) tyrimo schema



* Didelės rizikos AOA nustatoma apibendrinus ne tik paciento instrumentinių tyrimų duomenis, bet ir laboratorinius žymenis bei anamnezę: kTKD: šuntas ramybėje arba didelis šuntas po Valsalvės mėginio; kTEE – didelė AOA, papildomai nustatyta prieširdžių pertvaros aneurizma; galvos smegenų vaizdinimo tyrimai – embolinės lokalizacijos insultas; D-dimerų koncentracija atvykus >1000 mg/l; yra veninė trombofilija; anamnezėje – per 3 mėn. iki insulto imobilizacija, ilgi skrydžiai, Valsalvės tipo judesiai prieš insultą, pakartotinis cerebrovaskulinis įvykis, ypač vartojant antiagregantus arba antikoagulantus.

kTKD – kontrastinė transkranijinė doplerografija, kTEE – kontrastinė transezofaginė echokardioskopija, AOA – atvira ovalinė anga.

Pagal Hart R, et al. *Lancet Neurol* 2014;13:429-38; Ferro J, et al. *Lancet Neurol* 2010;9:1085-96; Mackey J. *Continuum* 2014;20:352-69; Connors J. *NEJM* 2017;377:1177-87; Carrol BJ, et al. *Vasc Med* 2018;23:388-99; Kalaria C, et al. *Neurol Clin* 2015;3:501-13; Pristipino C, et al. *E Heart J* 2019;40(38):3182-95.

11 priedas. Modifikuota Rankino skalė

0	Nėra simptomų
1	Nėra reikšmingų invalidumo požymių nepaisant simptomų; gali vykdyti visas ankstesnes gyvenimo ir darbo funkcijas
2	Lengvas neįgalumas; negali dirbti ankstesnio įprastinio darbo, bet gali apsitarnauti be kitų pagalbos
3	Vidutinis neįgalumas, reikalinga dalinė pagalba, bet gali eiti be kitų pagalbos
4	Vidutiniškai sunkus neįgalumas, negali eiti bei apsitarnauti be kitų pagalbos
5	Sunkus neįgalumas, prikaustytas prie lovos, sutrikusi dubens organų funkcija, reikalinga nuolatinė priežiūra ir slauga
6	Mirė

12 priedas. Nacionalinių sveikatos institutų (*National Institutes of Health – NIH*) insulto skalė

1a. Sąmonės lygis	0	Budrus , normaliai bendraujantis	
	1	Nebudrus , tačiau prižadinas minimaliais dirgikliais ir gali vykdyti paliepiumus, atsakinėti, reaguoti	
	2	Nebudrus , kontaktui išlaikyti reikalingi pakartotiniai dirgikliai, arba atlieka judesius tik veikiamas stipriais arba skausminiais dirgikliais	
	3	Reaguoja tik refleksiniais motoriniais arba autonominiais atsakais, arba visiškai nereaguoja , neišgaunami refleksai	
1b. Klausimai <i>Paklauskite paciento, koks dabar mėnuo ir kiek jam metų. Jei yra afazija ar stuporas, vertinimas – 2; jei negali kalbėti dėl intubacijos, orotrachėjinės traumos, sunkios dizartrijos (išskyrus priežastis, susijusias su afazija), vertinimas – 1</i>	0	Teisingi abu atsakymai	
	1	Teisingas vienas atsakymas	
	2	Neteisingi abu atsakymai	
1c. Paliepiamai <i>Paprašykite atsimerkti ir užsimerkti, tuomet sugniaužti ir atgniaužti kumštį neparalyžiuota ranka</i>	0	Vykdo teisingai abu paliepiumus	
	1	Vykdo teisingai tik vieną paliepiamą	
	2	Vykdo neteisingai abu paliepiumus	
2. Žvilgsnis <i>Tiriami tik horizontalūs judesiai. Vertinami valingi arba refleksiniai (okulocefaliniai) akių judesiai, kalorinis mėginys neatliekamas. Jei pacientui yra konjuguotas akių nuokrypis, kuris gali būti įveikiamas valingais arba refleksiniais akių judesiais, vertinimas – 1. Jei pacientui yra izoliuota periferinė galvinio nervo (III, IV ar VI) parėzė, vertinimas – 1</i>	0	Normalus	
	1	Žvilgsnio parėzė , vienos arba abiejų akių žvilgsnis yra nenormalus, bet forsuoto akių nuokrypio arba žvilgsnio pilno paralyžiaus nėra	
	2	Visiškas žvilgsnio paralyžius arba forsuotas akių nuokrypis, nesikeičiantis atliekant okulocefalinius mėginius	
3. Akiplotis <i>Regos laukai (viršutiniai ir apatiniai kvadrantai) tikrinami konfrontacijos būdu, naudojant pasirinktinai pirštų pastebėjimą arba regimąją grėsmę. Jei pacientas žiūri į judančio piršto</i>	0	Normalus	
	1	Dalinė hemianopsija	
	2	Pilna hemianopsija	
	3	Abipusė hemianopsija (aklumas įskaitant žievinį aklumą)	

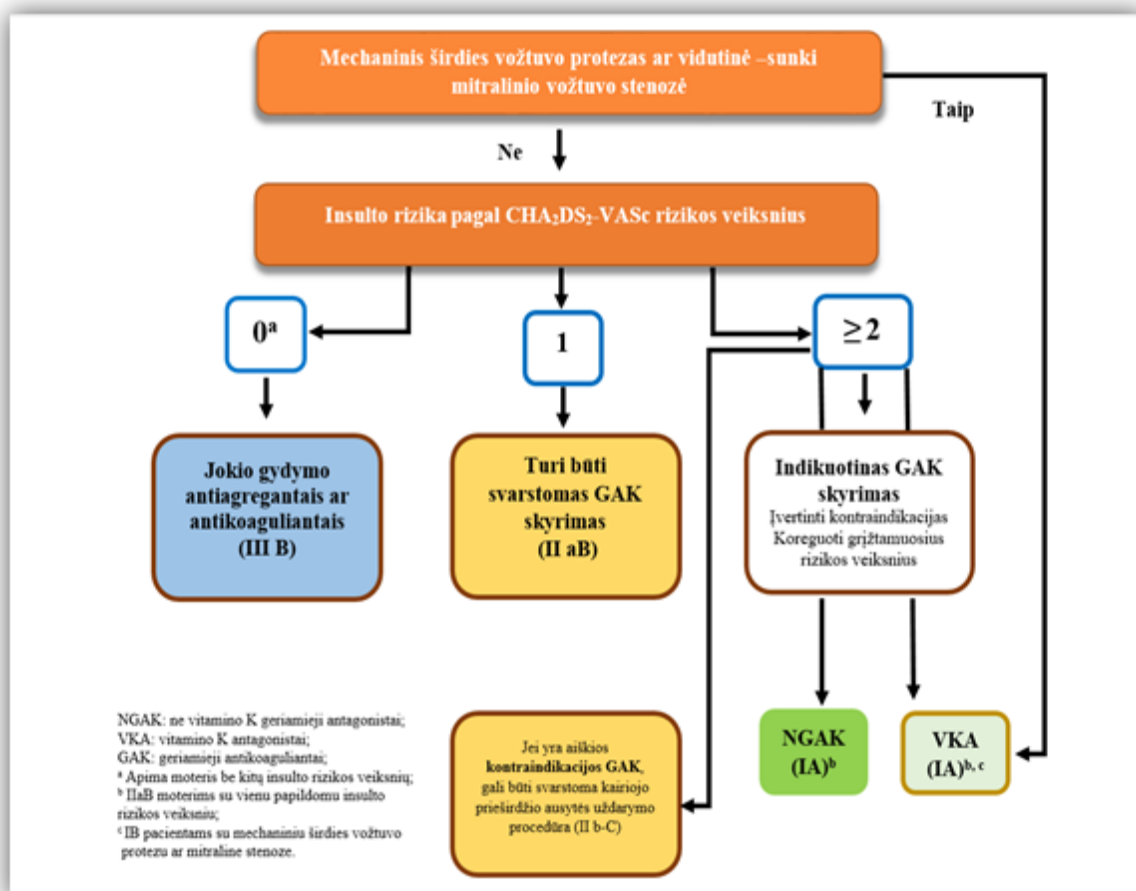
<i>pusę teisingai, tai gali būti vertinama kaip norma. Jei yra vienvpusis aklumas arba enukleacija, vertinamas išlikusios akies akiplotis. Kai yra aiški asimetrija, įskaitant kvadrantanopsiją, vertinimas – 1. Jei yra bet kokios kilmės aklumas, vertinimas – 3</i>			
4. Veido raumenų funkcija <i>Paprašykite parodyti dantis arba pakelti antakius ir užsimerkti. Vangiai reaguojantiems arba nesuprantantiems pacientams vertinamas mimikos simetriškumas, reaguojant į skausminius dirgiklius</i>	0	Normalūs simetriški judesiai	
	1	Lengva parėzė (seklesnė nosies-lūpų raukšlė, šypsenos asimetrija)	
	2	Dalinis paralyžius (visiškas arba dalinis apatinės veido dalies paralyžius)	
	3	Visiškas vienvpusis arba abipusis paralyžius (ir viršutinės, ir apatinės veido dalies judesių nebuvimas)	
5. Rankos motorinė funkcija <i>Paprašykite palaikyti paeiliui ištiestas rankas (delnais žemyn), pakeltas 90 laipsnių kampu (sėdint) arba 45 laipsnių kampu (gulint) 10 sek. Pradedama nuo neparalyžuotos rankos</i>	0	Normali , nesvyra laikant 10 sek.	K
	1	Ištiestą ranką palaiko , tačiau ranka svyra neišlaikius 10 sek.	
	2	Atlieka mažus judesius, įveikdamas sunkio jėgą, tačiau reikiamoje padėtyje rankos stabiliai palaikyti negali	
	3	Atlieka tik horizontalius judesius, neįveikdamas sunkio jėgos, ranka krenta	D
	4	Jokių judesių nėra	
	UN*	Neįvertinama (kontraktūros, amputacija)	
6. Kojos motorinė funkcija <i>Atliekama tik gulint. Paprašykite palaikyti paeiliui kojas, pakeltas 30 laipsnių kampu nuo horizontalios plokštumos 5 sek. Pradedama nuo neparalyžuotos kojos</i>	0	Normali , nesvyra laikant 5 sek.	K
	1	Koją palaiko , tačiau koja svyra neišlaikius 5 sek.	
	2	Atlieka mažus judesius, įveikdamas sunkio jėgą, tačiau stabiliai palaikyti negali , koja nukrenta per 5 sek.	
	3	Atlieka tik horizontalius judesius, neįveikdamas sunkio jėgos, koja tuoj pat krenta	D
	4	Jokių judesių nėra	
	UN*	Neįvertinama (kontraktūros, amputacija)	

7. Galūnių ataksija <i>Tiriama atsimerkus. Atliekami piršto-nosies ir kelio-kulno mėginiai abiejose pusėse. Jei galūnė paralyžuota, nusilpusi arba pacientas nesupranta paliepimų, laikoma, kad ataksijos nėra (vertinimas – 0)</i>	0	Nėra	
	1	Ataksija vienoje galūnėje	
	2	Ataksija dviejose galūnėse	
	UN*	Neįvertinama (kontraktūros, amputacija)	
8. Jutimai <i>Patikrinkite rankų, kojų, liemens, veido jutimus smeigtuku. Prislopintiems pacientams arba esant afazijai, vertinama veido išraiška, reaguojant į dirgiklį, arba galūnės atitraukimas nuo skausmingo dirgiklio. Jei yra koma ar kvadriplegija, vertinimas – 2</i>	0	Normalūs	
	1	Lengva arba vidutinė hipestezija	
	2	Sunki hipestezija arba anestezija	
9. Kalba <i>Paprašykite apibūdinti piešinį, įvardyti daiktus. Tiriant intubuosius pacientus, paprašykite parašyti. Jei yra koma, vertinimas – 3</i>	0	Normali – afazijos nėra	
	1	Lengva arba vidutinė afazija	
	2	Sunki afazija	
	3	Nebylus arba globalinė afazija	
10. Dizartrija <i>Jei manoma, kad dizartrijos nėra, pakanka išklausti pakankamo paciento kalbos fragmento, prašant skaityti arba kartoti žodžius iš sąrašo. Jei yra sunki afazija, galima vertinti artikuliacijos aiškumą spontanine kalbos metu</i>	0	Normali	
	1	Lengva arba vidutinė dizartrija; pacientas supainioja mažiausiai keletą žodžių ir blogiausių atveju jo kalba sunkiau suprantama	
	2	Sunki dizartrija; paciento kalba tokia nesklaidi, kad negalima suprasti, nors afazijos nėra arba ji neryški, arba pacientas nekalba	
	UN*	Intubacija arba kitos fizinės kliūtys	
11. Neigimas (neglect) <i>Naudokite abipusę regimąją arba sensorinę stimuliaciją. Neigimo fenomenų (“neglect”) atpažinimui pakankamos informacijos galima gauti atliekant skalės ankstesnius vertinimus. Jei pacientui yra sunkus regos sutrikimas, trukdantis abipusei regimajai vienalaikiai (simultaninei) stimuliacijai, o odos liečiamoji</i>	0	Nėra	
	1	Regimosios, taktilinės, klausos, erdvinės arba personalinės (vienos rūšies iš išvardytų) abipusės vienalaikės stimuliacijos įvertinimo sutrikimas	

stimuliacija yra normali, teigiama, kad sutrikimo nėra. Regimojo erdvinio neigimo arba anozognozijos buvimas gali būti laikomas sutrikimo įrodymu. Sutrikimu (1 arba 2) laikomi tik tyrimo metu patvirtinami nuokrypiai, kitais atvejais vertinimas – 0	2	Sunkus vienpusis arba daugiau kaip vienos rūšies abipusės stimuliacijos sutrikimas; neatpažįsta savo rankos arba orientuojasi tik vienoje erdvės pusėje	
BALŲ SUMA			

* į suminį įvertinimą neįskaitoma. D – dešinė, K – kairė.

13 priedas. Antikoagulantų skyrimo kardioembolinio insulto profilaktikai schema



14 priedas. Slaugytojo procedūrų planas ūminio insulto atveju

Slaugytojo procedūrų planas ūminio insulto atveju

Skyrius	Atlikimo laikas	Procedūra
Skubiosios pagalbos skyrius	Atvykus ir toliau – kas 15 min.	Gyvybinių funkcijų vertinimas - Sąmonė (AVPU, kai A – budrus, V – reaguoja į balsą, P – reaguoja į skausmą, U – nereaguoja) - AKS - SaO₂ (O₂ skirti, kai SaO₂ <95 proc.) - ŠSD - Kvėpavimo dažnis - Temperatūra - Skausmas (balais nuo 0 iki 10)
	Atvykus	Paciento kūno svorio matavimas Intraveninio kateterio panaudojimas - Mažiausiai 18G–20G dydžio, jeigu nebuvo įvesta GMP - Rekomenduojama punktuoti dvi venas Kraujo laboratoriniams tyrimams paėmimas Infuzijos su kristaloidiniais tirpalais prijungimas EKG (neturi atidėti KT atlikimo) Vaistų suruošimas intraveninei trombolizei arba kt. ir procedūros atlikimas pagal protokolą Atliktų procedūrų dokumentavimas - Rekomenduojama elektroninėje ASPĮ dokumentų sistemoje
Stacionaras	0–2 val. kas 15 min. (laikas skaičiuojamas nuo atvykimo į SPS), vėliau – 6 val. kas 30 min., kitas 16 val. – kas 60 min. Pacientams be reperfuzinio gydymo AKS parą laiko stebėti kas 4 val. Toliau – ne rečiau kaip kas 12 val.	Gyvybinių funkcijų vertinimas - Sąmonė (AVPU, kai A – budrus, V – reaguoja į balsą, P – reaguoja į skausmą, U – nereaguoja) - AKS - SaO₂ (O₂ skirti kai SaO₂ <95 proc.) - ŠSD - Kvėpavimo dažnis - Temperatūra - Skausmas (balais nuo 0 iki 10) Griežtas lovos režimas
	0–4 val.	Rijimo funkcijos vertinimas (jei nebuvo atlikta SPS)
	0–24 val.	Glikemijos kontrolė
	0–24 val. Komplikacijų rizika vertinama iš naujo paciento būklei pakitus	Pragulų rizikos vertinimas Griuvimų rizikos vertinimas Savarankiškumo lygio vertinimas Nepakankamos mitybos rizikos vertinimas Skysčio balanso kontrolė Orientacijos būklės vertinimas Individualaus slaugos plano sudarymas
	Nuo atvykimo iki išvykimo	Paciento ir jo artimųjų mokymas

Pakartotinis apsilankymas Insulto centre	3 mėn. po gydymo	Gyvybinių funkcijų įvertinimas (AKS, ŠSD) Kraujo laboratoriniams tyrimams paėmimas Paciento ir jo artimųjų mokymas Atliktų procedūrų dokumentavimas
---	------------------	--

15 priedas. Paciento gyvybinių rodiklių stebėjimo forma

PACIENTO GYVYBINIŲ RODIKLIŲ STEBĖJIMO FORMA

Paciento vardas, pavardė (lipdukas)	Ligos istorijos nr.	Atvykimo data:
Skyrius		Atvykimo laikas:
Palatos nr.		

Paciento būklė vertinama ir rodikliai suvedami pagal poreikį, bet ne rečiau kaip kas 12 val.*

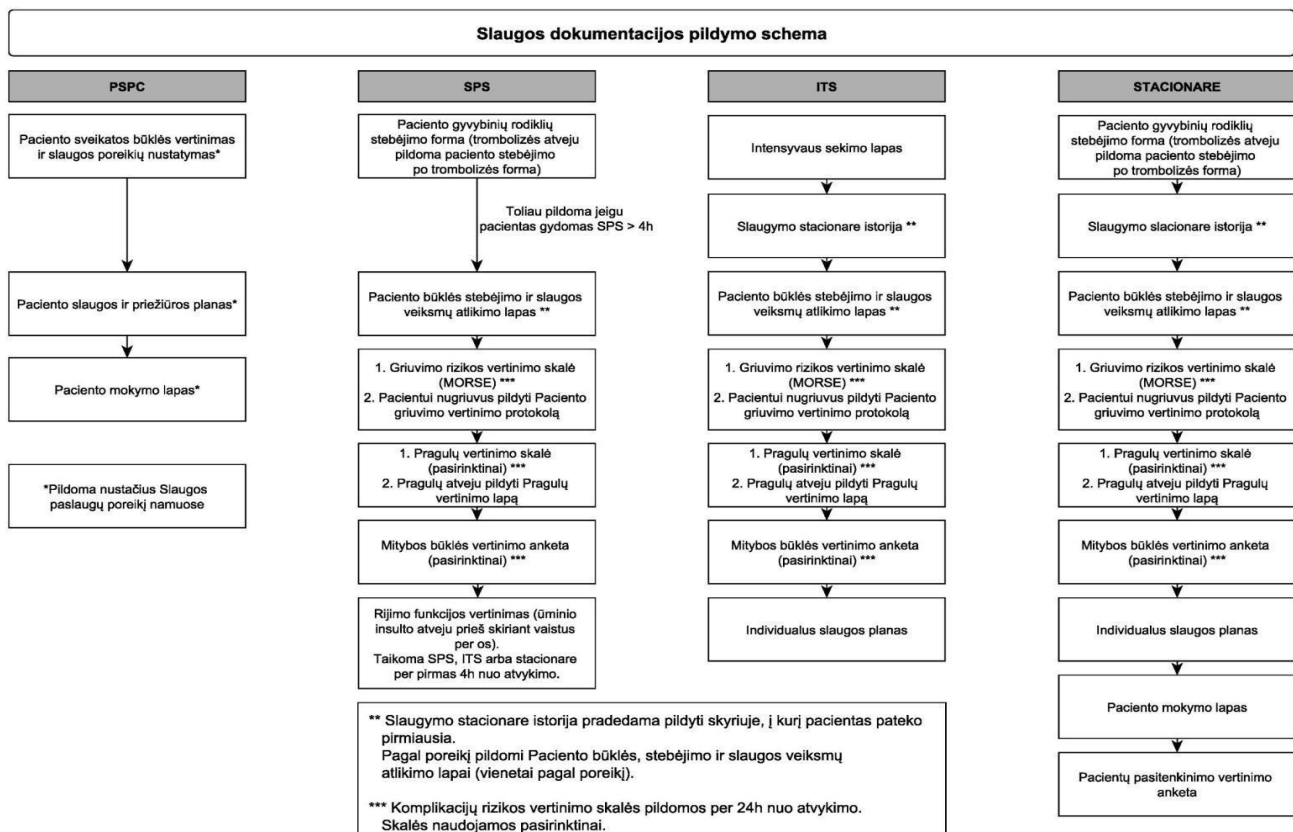
[illegible]

* **PO TROMBOLIZĒS STEBĒTI:** kas 15 min. pirmas divi val. (0 - 2 val.), kas 30 min. sekančias 6 val., kas 60 min. sekančias 16 val.

****Sąmonės vertinimas AVPU: A - (alert) - budrus, V - (responds to voice) - atsako į balsą, P - (responds to pain) - atsako į skausmą, U - (unconscious) - nereaguoja**

**Rekomenduojama naudoti elektroninę formą*

16 priedas. Slaugos dokumentacijos pildymo schema



17 priedas. Nortono ir Bradeno pragulų vertinimo skalės

Nortono pragulų vertinimo skalė

Balai	Objektyvi būklė	Psichinė būklė	Bendras aktyvumas	Judrumas	Šlapimo, išmatų nelaikymas
4	Gera	Žvalus	Vaikšto laisvai	Normalus	Nėra
3	Patenkinama	Apatiškas	Vaikšto padedamas kitų	Nežymiai ribotas	Atsitiktinis
2	Bloga	Pritemusi sąmonė	Sėdi krėsele	Labai ribotas	Dažnas
1	Labai bloga	Stuporas	Guli lovoje	Visiškai nejudrus	Pastovus

- 14 ir daugiau balų – maža pragulų tikimybė.
- 12 ir mažiau balų – didelė tikimybė.

Bradeno pragulų vertinimo skalė

Balai	Jutimų suvokimas	Drėgmė	Aktyvumas	Judrumas	Mityba	Trynimasis
4	Nėra sutrikimo	Retai drėgna	Dažnai vaikšto	Neribotas	Puiki	
3	Nedaug ribotas	Kartais drėgna	Kartais vaikšto	Iš dalies ribotas	Pakankama	Nėra aiškios problemos
2	Labai ribotas	Drėgna	Sėdi lovoje	Labai ribotas	Ne visiškai pakankama	Galima problema
1	Visiškai ribotas	Pastoviai drėgna	Guli lovoje	Visiškai nejudrus	Labai prasta	Problema

- 19–23 balai – pragulų rizikos nėra.
- 15–18 balų – nedidelė rizika.
- 13–14 balų – vidutinė rizika.
- 10–12 balų – didelė rizika.
- 9 balai ir daugiau – labai didelė rizika.

18 priedas. Trumpoji mitybos būklės vertinimo anketa MNA (angl. Mini-Nutritional Assessment)

Paciento pavardė, vardas _____

Lytis – V/M Amžius _____ m. Ūgis _____ cm Svoris _____ kg

Atrankinė anketa			
A	Ar sumažėjo maisto suvartojimas per pastaruosius 3 mėn. dėl pablogėjusio apetito, virškinimo problemų, kramtymo arba rijimo sunkumų?		
	0 = Maisto suvartojimas žymiai sumažėjo	1 = Maisto suvartojimas sumažėjo vidutiniškai	2 = Maisto suvartojimas nepakitęs
B	Svorio netekimas per pastaruosius 3 mėn.		
	0 = Neteko daugiau nei 3 kg svorio	1 = Nežino	2 = Neteko 1 kg svorio
C	Judrumas		
	0 = Lovos arba kėdės ribose	1 = Gali atsikelti iš lovos, kėdės, bet negali išeiti į lauką	2 = Išeina į lauką
D	Ar buvo psichologinis stresas arba sunki liga per pastaruosius 3 mėn.?		
	0 = Taip	2 = Ne	
E	Neuropsichologinės problemos		
	0 = Sunki demencija arba depresija	1 = Vidutinė demencija	2 = Psichologinių problemų nėra
F1	Kūno masės indeksas (KMI) = (svoris kg)/(ūgis m)		
	0 = KMI mažiau nei 19	1 = KMI 19–21	2 = KMI 21–23
3 = KMI 23 arba didesnis			
Jeigu F1 punkto įvertinti neįmanoma, F1 pakeisti punktu F2. Nepildyti F2 punkto, jeigu užpildytas F1.			
F2	Blauzdos apimtis (BA) cm		
	0 = BA mažiau nei 31		3 = BA 31 arba daugiau

Atrankinės patikros balai (daugiausia 14 balų):

- 12–14 balų – normali mitybos būklė.
- 8–11 balų – mitybos nepakankamumo rizika.
- 0–7 balai – mitybos nepakankamumas.

19 priedas. MORSE griuvimų rizikos klausimynas

Vertinimo rodiklis	Balai
Buvę griuvimai per pastaruosius 3 mėn.	☐ Ne – 0 balų ☐ Taip – 25 balai (jei tai pirmas griuvimas, skaičiuojami 25 balai)
Gretutinė patologija (daugiau nei viena diagnozė)	☐ Ne – 0 balų ☐ Taip – 15 balų
Pagalba vaikščiojant:	☐ Nereikalinga – 0 balų ☐ Gulintis lovoje – 0 balų ☐ Juda neįgaliojo vežimėliu – 0 balų ☐ Padeda slaugytoja – 0 balų ☐ Naudoja ramentus – 15 balų ☐ Naudoja lazdelę – 15 balų ☐ Naudoja vaikštynę – 15 balų ☐ Baldai – 30 balų
Intervencinė terapija	☐ Ne – 0 balų ☐ Taip – 20 balų
Eisena, judėjimas	☐ Normali – 0 balų ☐ Gulintis lovoje – 0 balų ☐ Juda neįgaliojo vežimėliu – 0 balų ☐ Silpna – eina mažais žingsneliais, nuleidęs galvą arba remiasi į baldus – 10 balų ☐ Sutrikusi – sudėtinga atsistoti iš sėdimos pozicijos, gali eiti tik besilaikydamas už laikiklių arba padedamas personalo, naudoja pagalbines priemones – 20 balų
Protinė būklė	☐ Normali – 0 balų ☐ Pervertinimas, pamiršta apribojimus, nevykdo rekomendacijų – 15 balų

Iki 24 balų – maža griuvimo rizika.

25–44 balai – vidutinė rizika.

44 balai ir daugiau – didelė rizika.

20 priedas. Paciento rijimo funkcijos įvertinimas

Paciento sąmonės, funkcinės būklės įvertinimas

Ar pacientas sąmoningas, kontaktiškas? ☐ Taip ☐ Ne

Ar pacientas vykdo paliepiamus? ☐ Taip ☐ Ne

Ar pacientas gali išbūti budrus 15 min.? ☐ Taip ☐ Ne

Paciento burnos judesių įvertinimas

Palyginta nosies lūpos raukšlė ☐ Taip ☐ Ne

Sutrikę liežuvio judesiai ☐ Taip ☐ Ne

Ar burnos ertmė švari? ☐ Taip ☐ Ne

Rijimo įvertinimas

Pacientas pasodinamas 80–90 ° kampu arba galva pakeliama >30° kampu, išvaloma burnos ertmė, išimami trukdantys protezai.

I etapas

Pacientui duodama išgerti tris kartus po 5 ml (vieną arbatinį šaukštelį) vandens (NaCl 0,9 proc.)

Paciento rijimas sutrikęs: ☐ Taip ☐ Ne

Pacientas užsikosti: ☐ Taip ☐ Ne

Paciento balsas pakinta (užkimęs sakant „aaa“): ☐ Taip ☐ Ne

Jei bent vienas atsakymas „Taip“, informuojamas gydantis, budintis gydytojas, įstatomas nazogastrinis zondas, išskviečiamas dietologas ir logoterapeutas konsultuoti.

Jei visi atsakymai „Ne“, pereinama prie antro etapo.

II etapas

Pacientui duodama išgerti 100 ml vandens (NaCl 0,9 proc.)

Paciento rijimas sutrikęs: ☐ Taip ☐ Ne

Pacientas užsikosti: ☐ Taip ☐ Ne

Paciento balsas pakinta (užkimęs sakant „aaa“): ☐ Taip ☐ Ne

Jei bent vienas atsakymas „Taip“, informuojamas gydantis, budintis gydytojas, įstatomas nazogastrinis zondas, išskviečiamas dietologas ir logoterapeutas konsultuoti.

Jei visi atsakymai „Ne“, galima pradėti valgyti per burną, stebėti dėl disfagijos požymių kasdien pirmą savaitę po insulto.

Rijimo testo rezultatas

Pacientui įstatytas nazogastrinis zondas: ☐ Taip ☐ Ne

Pacientas maitinamas įprastu maistu: ☐ Taip ☐ Ne

Pacientui iškvieštas dietologas ir (arba) logoterapeutas: ☐ Taip ☐ Ne

21 priedas. BHJ RIJIMO SUTRIKIMO PATIKRA PO PATIRTO INSULTO*

Data _____

(Pildomas iš karto po atvykimo visiems pacientams, hospitalizuotiems su insulto diagnoze. Jei bent į vieną iš žemiau pateiktų klausimų atsakymas yra teigiamas, siūsti logopedui konsultuoti.

	TAIP	NE
1. Ar Glazgo komų skalės įvertis yra mažiau nei 13?	☐	☐
2. Ar yra veido asimetrija, silpnumas?	☐	☐
3. Ar yra liežuvio Asimetrija, silpnumas?	☐	☐
4. Ar yra gomurio Asimetrija, silpnumas?	☐	☐
5. Ar yra aspiracijos požymiai, atliekant 90 ml vandens testą?	☐	☐

- Jei pirmų keturių klausimų visi atsakymai yra „NE“, pereiti prie 90 ml vandens testo.
- Vienu metu duoti išgerti 90 ml vandens, atkreipiant dėmesį į krenkštimą, kosulį arba balso kokybės pasikeitimą, iš karto bei praėjus 1 min. po rijimo. Jei pastebimas krenkštymas, kosulys arba balso kokybės pasikeitimas, siūsti logopedui konsultuoti.
- Jeigu visi atsakymai į aukščiau pateiktus klausimus yra „NE“, skirti pacientui reguliarią dietą.

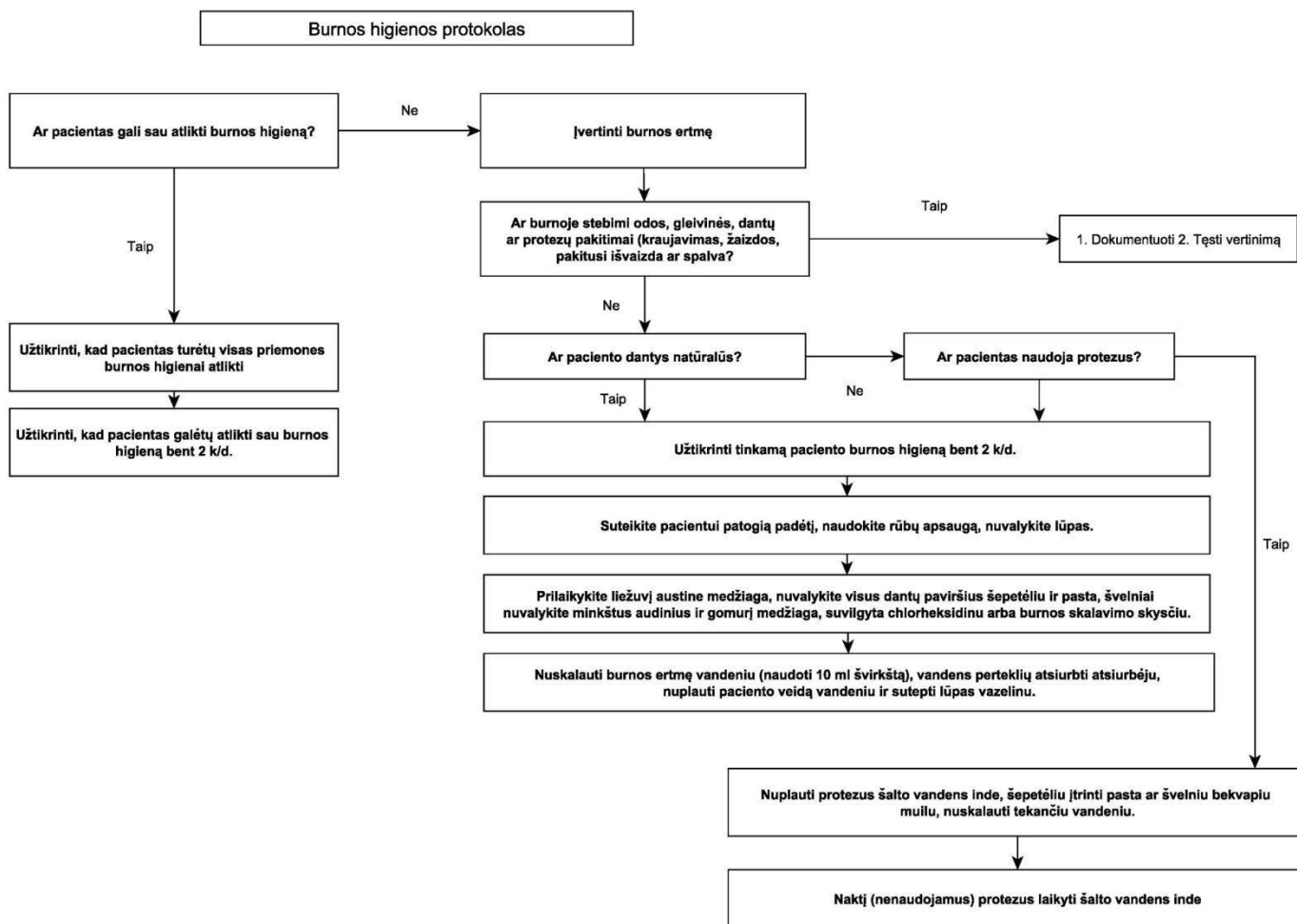
Vertinimą atliko:

(spaudas)

(parašas)

*Parengta pagal įvertinimo metodologiją ir formą sukūrusios Barnes-Jewish ligoninės kalbos patologijos tarnybą.

22 priedas. Burnos higienos protokolas



23 priedas. Pragulų vertinimo lapas

(Istaiga)

(skyrius)

Pragulų vertinimo lapas

Paciento pavardė, vardas _____ Ligos istorijos/paciento Nr. _____

Atvykimo data, laikas _____

Atvyko iš ☐ skyriaus _____

☐ Namų _____

☐ Kitos gydymo įstaigos _____

Perkeltas į _____

Paciento būklės aprašas atvykus

Paciento būklės aprašas perkeltant/išrašant

☐ Su pragulomis _____

☐ Su pragulomis _____

☐ Be pragulų _____

☐ Be pragulų _____

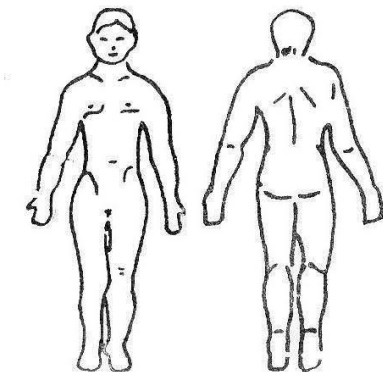
Nortono skalė

Balai	Objektyvi būseną	Protinė būseną	Aktyvumas	Judrumas	Ligonio bendradarbiavimas	Amžius, metai	Odos būklė	Šlapimo/išmatų nelaikymas	Gretutinės ligos	Bendras balų skaičius
4	Gera	Budri	Vaikščioja	Normalus	Didelis	< 10	Normali	Nėra	Nėra	
3	Patenkinama	Apatiška	Vaikščioja pasiremdamas	Šiek tiek ribotas	Ribotas	< 30	Sausa, šerpetojanti	Atsitiktinis	Karščiavimas, diabetas, anemija	
2	Bloga	Pritemusi sąmonė	Sėdi kėdėje	Labai ribotas	Mažas	< 60	Drėgna	Dažnas	Nutukimas, vėžys, sumažėjęs hematokritas	
1	Labai bloga	Stuporas	Guli lovoje	Nėjudrus	Nėra	> 60	Atsivėrusios žaizdos	Nuolatinis	Arterijų okliuzija	

Pastaba: Kiekvienas parametras vertinamas nuo 1-4 balų. Suskaiciuojama visų parametų suma ir įrašoma lentelės gale. Kuo didesnis surinktų balų skaičius, tuo mažesnė rizika: maža rizika- 24-25 balai, vidutinė – 23-19 balų, didelė – 18 -14 balų, labai didelė -13-9 balai. Jei ligoniui suskaiciuojama 25 ir mažiau balų, turi būti pradėta aktyvi pragulų profilaktika.

Galimos spaudimo pragulų vietos

■ -pragula ■ -rizika



Preveninės priemonės

Padėties keitimas _____

☐ < Kas 2 valandas _____

☐ > Kas 2 valandas _____

Pagalbinės priemonės _____

Odos priežiūra _____

Kita _____

Slaugytojo pavardė, vardas, parašas _____

24 priedas. Paciento griuvimo vertinimo protokolas

PACIENTO GRIUVIMO VERTINIMO PROTOKOLAS (Pildomas pacientui pargriuvus)

Klinika, skyrius: _____
Paciento vardas, pavardė _____ Amžius _____
Ligos istorijos Nr.: _____ Hospitalizavimo data: _____
Diagnozė: _____
Griuvimo rizika: ☐ didelė ☐ vidutinė ☐ maža ☐ Režimas:

1. Griuvimo data: _____ Valanda _____

2. Griuvimo vieta: ☐ palata ☐ vonia, tualetas ☐ koridorius ☐ laiptai
☐ tyrimų kab. ☐ krito iš lovos ☐ kita ☐ lauke

3. Priežastys ☐ apsvaigo galva ☐ lipo iš lovos ☐ užkliuvo
(paciento nuomone) ☐ paslydo ☐ negali nurodyti ☐ kita (įrašykite)

4. Išorinės aplinkybės: ☐ išsilieję skysčiai ☐ šlapios grindys ☐ neįjungtas apšvietimas
☐ kita (įrašykite) _____

5. Avalynė, drabužiai: ☐ neužrišti drabužių diržai ☐ slidūs avalynės padai
☐ ėjo su kojinėmis slidžiais padais ☐ per ilgos kelnės
☐ kita (įrašykite) _____

6. Griuvimo pasekmės:
☐ sumušimas (įvardykite) _____
☐ lūžis (įvardykite) _____
☐ kita (įvardykite) _____
☐ buvo praradęs sąmonę: ☐ taip ☐ ne

7. Per kiek laiko suteikta pagalba:

☐ tik pargriuvus ☐ per 30 min. ☐ sužinota kitą dieną per 1 val.

8. Kas informuotas apie griuvimą (įrašyti informuoto asmens vardą, pavardę)
Gydytojas _____ (parašas)
Slaugytojas _____ (parašas)
Slaugos administratorius _____ (parašas)
Artimieji (įvardyti) _____ (parašas)
Kita (įvardyti) _____ (parašas)

9. Trumpai aprašykite, kaip ir kodėl įvyko griuvimas. Papildoma informacija.

.....
(Užpildžiusio formą asmens pareigos, pavardė, parašas, data, laikas)

25 priedas. Individualus slaugos planas

INDIVIDUALUS SLAUGOS PLANAS

Paciento vardas, pavardė _____

Data	Slaugos problemos	Slaugos diagnose	Tikslai	Veiksmai	Vertinimas

26 priedas. Slaugymo stacionare istorija

SLAUGYMO STACIONARE ISTORIJA Nr. _____

I. Dokumentinė dalis			
Skyriaus pavadinimas: _____	Data ir laikas _____	Palata _____	
(Atvykimo į skyrių)			
Perkeltas į skyrių: _____	Data ir laikas _____	Laikas _____	Palata _____
(Atvykimo į skyrių)			
Perkeltas į skyrių: _____	Data ir laikas _____	Laikas _____	Palata _____
(Atvykimo į skyrių)			
Paciento vardas, pavardė, gimimo metai:			

Paciento ligos diagnozė:			

Pacientu rūpinsis (nurodyti telefoną arba adresą):			

II. Sveikatos būklės įvertinimas

1. Bendra būklė:	☐ gera	☐ patenkinama	☐ vidutinio sunkumo	☐ sunki
2. Sąmonė:	☐ sąmoningas	☐ nesąmoningas		
3. Orientacija (laike, vietoje, savyje):	☐ orientuotas	☐ neorientuotas		
(papildoma informacija)				
4. Psichologinė būklė:	☐ ramus	☐ apatiškas	☐ nervingas	☐ sujaudintas
	☐ agresyvus	☐ įsitempęs	☐ priešiškas	
(papildoma informacija)				
5. Miegas:	☐ nesutrikęs	☐ sutrikęs (nurodyti):		
☐ nemiga	☐ vėlyvas užmigimas	☐ ankstyvas prabudimas	☐ dažnas prabudimas	☐ paviršutiniškas miegas
vartoja migdomuosius (nurodyti) _____				
6. Judėjimas:	☐ gali eiti savarankiškai	☐ su vaikštyne	☐ su lazda	☐ su ramentais
	☐ reikia vežti			
(papildoma informacija)				
7. Būtina pagalba:	☐ pagalbos nereikia	☐ pagalbos reikia (nurodyti):		
☐ einant	☐ verčiantis	☐ keliantis	☐ atliekant asmens higieną	☐ valgant
		☐ atliekant fiziologinius organizmo poreikius		
(papildoma informacija)				
8. Odos įvertinimas:	☐ sveika	☐ blyški	☐ cianotiška	☐ išbėrimai
	☐ pragulos	☐ hematomos		
(papildoma informacija)				
9. Dantų protezai:	☐ turi	☐ neturi		
10. Rega:	☐ normali	☐ sutrikusi	☐ protezuota akis	☐ aklas
(papildoma informacija)				
11. Klausos:	☐ normali	☐ sutrikusi	☐ klausos aparatas	☐ visiškai negirdi
(papildoma informacija)				

12. Kalba: ☐ kalba aiškiai ☐ kalba neaiškiai ☐ nebylys

(papildoma informacija)

13. Skausmo įvertinimas (nurodyti):

Kur skauda? _____ Kada skauda? _____

Kokio pobūdžio? _____ Kiek trunka? _____

Skausmo vertinimas balais 0–10 _____

(papildoma informacija)

14. Kvėpavimas dažnis _____ k./min. ☐ dusulys ☐ kosulys ☐ skrepliavimas ☐ tracheostoma

Rūkymas ☐ nerūko ☐ rūko Kiek surūko per dieną? _____ Kiek metų rūko? _____

15. Kraujotaka pulsas _____ k./min. ☐ reguliarus ☐ nereguliarus AKS _____ mm/Hg Temperatūra _____

16. Mityba svoris _____ kg ūgis _____ cm KMI _____ dieta _____

☐ valgo pats ☐ maitinamas ☐ zondas ☐ gastrostoma ☐ badas

17. Šlapinimasis: paskutinį kartą šlapinosi (data ir laikas) _____

☐ šlapinimosi sutrikimų neturi

☐ šlapinimosi sutrikimų yra (nurodyti pabraukiant):

šlapimo nelaikymas, visiškas nesišlapinimas, stomos (urocistoma, nefrostoma ir kt.), šlapinimasis (skausmingas, dažnas, lašais)

(papildoma informacija)

18. Tuštinimasis: paskutinį kartą tuštinosi (data) _____ kiek kartų tuštinasi per parą? _____

☐ tuštinimosi sutrikimų neturi

☐ tuštinimosi sutrikimų yra (nurodyti pabraukiant):

skausmingas tuštinimasis, užkietėję viduriai, tuštinasi medikamentų arba kitų priemonių pagalba, stomos, neišsiskiria dujos

(papildoma informacija)

19. Alergija: ☐ nėra ☐ yra (nurodyti):

☐ medikamentams _____

☐ maistui _____

☐ kita _____

21. Informacija surinkta: ☐ iš paciento ☐ artimųjų ☐ medicininės dokumentacijos

22. Duomenis užpildė: (vardas, pavardė, parašas) _____ data, laikas _____

III. Paciento išvykimas

Pacientas išvyko į namus, kitą įstaigą*: (data, laikas) _____

Paciento būklė išvykstant: ☐ gerėjanti ☐ išlieka tokia pati ☐ blogėjanti ☐ mirė (data, laikas) _____

*Slaugos rekomendacijos išvykstant:

Slaugytojo vardas, pavardė, parašas: _____

Vyresnioji slaugytoja (vardas, pavardė, parašas): _____

Paciento vardas, pavardė (lipdukas)
SKYRIUS

Lig. Ist. Nr. arba PACIENTO LIPDUKAS

Slaugos lapo Nr.

[illegible]

*nurodyti PKV kodą:

**** nurodyti CVK ar HDK kodą:**

1. Kairė poraktinė vena 2. Dešinė poraktinė vena 3. Kairė vidinė jungo vena 4. Dešinė vidinė jungo vena 5. Kairė šlaunies vena 6. Dešinė šlaunies vena

[illegible]

Slaugytojo v. pavardė (spaudas), parašas

28 priedas. Paciento mokymo lapas

(X ligoninės Paciento mokymo lapo formos pavyzdys)

PACIENTO MOKYMO LAPAS

Vardas, pavardė _____

Gimimo data ____/____/____

Hospitalizavimo data _____ Ligos istorijos Nr.: _____

Ligos diagnozė _____

Mokymas atliktas: individualiai ☐ grupėje ☐

Mokymas vykdytas: pacientui ☐ artimiesiems (globėjams) ☐ kita _____

Kiti svarbūs įrašai:

Data	Mokymo temos pavadinimas	Mokymo įvertinimas (rezultatai, pastabos)	Slaugytojo vardas, pavardė, parašas

Rekomendacijos pacientui, artimiesiems (globėjams):

Paciento, artimojo (globėjo) parašas: _____

Data _____

29 priedas. Bartelio indekso skalė

Valgymas:

0 – visiškai bejėgiškumas.

5 – kažkokia pagalba vis dėlto reikalinga (pavyzdžiui, kaip žemiau minėta, smulkinant maistą).

10 – savarankiškas. Pacientas gali pats valgyti nuo padėklo arba stalo, kai kas nors paduoda maistą. Jei yra reikalinga, jis privalo sugebėti užsidėti maistą ant pagalbinių prietaisų, susmulkinti maistą, pasinaudoti druska ir pipirais, užtepti sviesto ir t.t. Jis privalo sugebėti tai įvykdyti reikiamu laiku.

Judėjimas nuo neįgaliojo vežimėlio į lovą ir atgal:

0 – visiškai bejėgiškumas.

5 – pacientas gali pats atsistoti, tačiau reikalinga didelė pagalba lipant iš lovos.

10 – pacientui yra reikalinga minimali pagalba, priminimas arba stebėseną, kad saugiai būtų atliekami visi žemiau minėti veiksmai.

15 – savarankiškai gali atlikti visus reikalingus veiksmus: saugiai persikelti iš neįgaliojo vežimėlio į lovą ir atgal, gali nuspausti vežimėlio stabdžius, pakelti kojas pailsėti; atsigulti bei atsistoti ant lovos krašto; saugiai judėti neįgaliojo vežimėlyje, gali keisti vežimėlio padėtį.

Asmens tualetas:

0 – visiškai bejėgiškumas.

5 – pacientas gali nusiplauti rankas ir nusiprausti veidą, susišukuoti plaukus, išsivalyti dantis, nusiskusti. Jis gali naudoti bet kokios rūšies skustuvą, bet privalo sugebėti įdėti į jį peiliuką, pasiimti jį iš stalčiaus arba spintelės. Pacientės privalo gebėti naudotis kosmetika, jei jos tuo domisi, tačiau nebūtinai sugebėti susirišti plaukus arba pakirpti.

Pasinaudojimas tualetu:

0 – visiškai bejėgiškumas.

5 – pacientui kartais yra reikalinga pagalba arba reikalinga padėti pasinaudoti tualetiniu popieriumi, arba prilaikyti drabužius.

10 – pacientas gali atsistoti bei atsikelti nuo klozeto, atsistoti ir užsisesti drabužių sagas, pasinaudoti tualetiniu popieriumi, nesusitepti išmatomis drabužių. Jam nereikalinga pagalba. Jei reikia, jis gali naudotis sienoje pritvirtintu strypu arba kitu įtvirtintu daiktu – pasilaikymo atrama. Jei būtina, gali pasinaudoti basonu vietoj tualetu, tačiau privalo sugebėti padėti jį ant kėdės, išlipti iš lovos, jį išpilti ir išplauti.

Maudymasis:

0 – visiškai bejėgiškumas.

5 – pacientas gali naudotis vonia arba dušu arba gali išsimaudyti pirtyje pasinaudodamas plaušine. Jis privalo gebėti atlikti visus maudymosi veiksmus.

Judėjimas su neįgaliojo vežimėliu (jei yra reikalinga), vaikščiojimas lygiu paviršiumi:

0 – visiškai bejėgiškumas.

5 – pacientas negali kilnotis, bet gali judėti savarankiškai su neįgaliojo vežimėliu. Jis gali apvažiuoti kampus, apsisukti, privažiuoti prie stalo, lovos arba tualetu, nuvažiuoti su neįgaliojo vežimėliu mažiausiai 50 metrų.

10 – pacientui reikalinga pagalba arba priežiūra, atliekant vieną iš žemiau minėtų veiksmų, tačiau jis gali nueiti mažiausiai 50 metrų, jei minimaliai padedama.

15 – pacientas gali be kitų pagalbos arba priežiūros nueiti mažiausiai 50 metrų. Jis gali naudotis įtvarais (bet ne atrama su ratukais), tačiau privalo juos sugebėti uždėti ir nuimti bei padėti į šalį, kai sėdasi. Įtvarų uždėjimas ir nuėmimas yra minėti kalbant apie apsirengimą ir nusirengimą.

Lipimas bei nusileidimas laiptais:

0 – visiškai bejėgiškumas.

5 – pacientui reikalinga kitų pagalba arba priežiūra atliekant bent vieną iš žemiau minėtų veiksmų.

10 – pacientas gali be kitų pagalbos arba priežiūros greitai bei saugiai užlipti ir nultipti laiptais. Jei būtina, jis gali naudotis turėklais, lazda arba ramentais, tačiau privalo sugebėti juos nešti lipdamas arba nulipdamas.

Apsirengimas ir nusirengimas:

0 – visiškai bejėgiškumas.

5 – pacientui reikalinga kitų pagalba apsirengiant, nusirengiant arba užsisagstant kokį nors drabužį. Jis privalo mažiausiai pusę veiksmų atlikti pats ir padaryti tai reikalingu laiku. Moterims nėra vertinamas naudojimasis liemenėle arba diržu, nebent tai yra viena gydymo priemonių.

10 – pacientas gali apsirengti ir nusirengti, užsisagstyti drabužius, užsirišti batų raištelius (jei reikia, panaudoti prietaisus). Jei reikalinga, turi pats užsidėti, užsisagstyti ir nusiimti korsetą arba įtvarus. Jei yra paskirta, turi gebėti naudotis specialiais drabužiais, įtvarais, batais (jei užsegimas priekyje).

Žarnyno funkcijos kontrolė:

0 – visiškai bejėgiškumas.

5 – pacientui yra reikalinga kitų pagalba naudojantis žvakute, darant klizmą arba įvykus nelaimingiems atsitikimams.

10 – pacientas gali kontroliuoti žarnyno veiklą, nevyksta nelaimingų atsitikimų. Jis gali naudoti žvakutes arba daryti klizmą, jei reikia pacientams su pažeistomis stuburo smegenimis, kuriems reikėjo treniruoti žarnyno veiklą.

Šlapimo pūslės funkcijos kontrolė:

0 – visiškai bejėgiškumas.

5 – pacientams būna šlapimo pūslės ir žarnyno sfinkterių nelaikymo atvejų, jie negali palaukti basono arba nustatyti laiku išsituštinti, arba reikalinga kitų pagalba naudojantis išorinėmis priemonėmis.

10 – pacientas kontroliuoja savo šlapimo pūslės veiklą dienos ir nakties metu. Pacientai su pažeistomis stuburo smegenimis, kurie naudoja išorinę priemonę arba šlapimo surinktuvą, privalo patys juos nusiimti, sutvarkyti bei išplauti ir dienos bei nakties metu būti sausi.

Paciento savarankiškumas vertinamas balais, kai minimali suma 0 balų – visiškai priklausomas, maksimali 100 balų – visiškai nepriklausomas.

Priklausomybės laipsniai pagal surinktą balų skaičių skirstomi taip:

0–20 – visiškai priklausomas.

25–60 – beveik visiškai priklausomas.

65–90 – vidutiniškai priklausomas.

95 – mažai priklausomas.

>95 – visiškai nepriklausomas, savarankiškas pacientas.

30 priedas. Pacientų pasitenkinimo vertinimo anketa

INSULTĄ PATYRUSIŲ PACIENTŲ ARBA JŲ ARTIMŲJŲ STACIONARINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ VERTINIMO ANKETA

Gerb. Paciente (Paciento atstove),

Mūsų tikslas – teikti aukščiausio lygio sveikatos priežiūros paslaugas, todėl mums labai svarbi jūsų nuomonė ir pasitenkinimas gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Maloniai prašome užpildyti šią anketa. Anketa anoniminė. Jūsų atsakymai bus analizuojami tik apibendrintoje statistikoje, leis pažinti jūsų lūkesčius ir darbus organizuoti taip, kad pacientų pasitenkinimas gaunamomis sveikatos priežiūros paslaugomis taptų didesnis.

Pažymėkite jums labiausiai tinkančius atsakymus ir įrašykite savo nuomonę. Užpildę anketa, įmeskite ją į anketų dėžutę, esančią prieš išėjimo iš skyriaus duris arba grąžinkite personalui.

Savo nuomonę galite pateikti ir el.paštu: _____ (nurodyti)

_____ (padalinio) administracija

1. Jūs esate: ☐ Pacientas ☐ Paciento atstovas
2. Jūsų (jūsų atstovaujamo paciento) amžius pilniais metais. Įrašykite: _____
3. Jūsų (jūsų atstovaujamo paciento) lytis: ☐ Vyras ☐ Moteris
4. Jūsų (jūsų atstovaujamo paciento) socialinė padėtis (galite rinktis ir keletą atsakymų):
☐ Vaikas ☐ Studentas ☐ Dirbantis asmuo ☐ Bedarbis ☐ Neįgalusis ☐ Pensininkas
5. Ar jūs (jūsų atstovaujamas pacientas) skyriuje gydomas pirmą kartą?
☐ Taip ☐ Ne
6. Atsakydami į klausimus, išreikškite savo nuomonę balais nuo 0 iki 10 (kai 0 – visiškai nepatenkintas (-a), 10 – visiškai patenkintas (-a). Apibraukite pasirinktą variantą:

Kiek esate patenkintas bendravimu su jumis ar jūsų atstovaujamu pacientu?	
Gydytojų	0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10
Slaugytojų	0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10
Pagalbinio personalo	0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10
Kineziterapeutų	0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10
Kiek esate patenkintas jums (ar jūsų atstovaujamam asmeniui) suteiktų paslaugų kokybe?	
Gydytojų	0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10
Slaugytojų	0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10
Pagalbinių darbuotojų	0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10
Kineziterapeutų	0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

Kiek esate patenkintas jums suteikta informacija apie jūsų (ar atstovaujamo paciento) ligą, tyrimus, gydymą?
0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10
Kiek esate patenkintas informacija apie tolesnę jūsų (ar jūsų atstovaujamo asmens) sveikatos priežiūrą?
0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10
Kiek esate patenkintas informacija apie vaistų vartojimą po stacionarinio gydymo?
0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10
Kiek esate patenkintas ligoninės maisto kokybe?
0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10
Kiek esate patenkintas palatos švara?
0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10
Kiek esate patenkintas bendrųjų skyriaus patalpų švara?
0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10
Kiek bendrai esate patenkintas suteiktų paslaugų kokybe stacionaro skyriuje?
0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

7. Ar personalas atsižvelgė į jūsų nuomonę, priimdamas sprendimus dėl tyrimų, gydymo eigos arba slaugos? ☐ Taip ☐ Abejoju ☐ Ne

8. Ar hospitalizavimo metu teko girdėti paciento skundų (klausimas skirtas paciento atstovui)?
Irašyti kokių:

9. Ar jūs rinktumėtės gydytis skyriuje dar kartą? ☐ Taip ☐ Abejoju ☐ Ne

10. Ar rekomenduotumėte skyrių savo artimam žmogui? ☐ Taip ☐ Abejoju ☐ Ne

Kokios informacijos pasigendate skyriuje esančiuose informaciniuose stenduose? Įrašykite:

Jūsų pastabos, pasiūlymai, padėka:

Dėkojame jums už atsakymus ir linkime geros sveikatos!