

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
БЕЛАРУСЬ  
18 января 2018 г. № 8

**Об утверждении клинического протокола  
«Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями  
нервной системы (взрослое население)»**

Изменения и дополнения:

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 августа 2025 г. № 72 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 11-3/43927 от 08.10.2025 г.) <W22543927р>

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8, подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)» (прилагается).

2. Настоящее постановление вступает в силу через пятнадцать дней после его подписания.

**Министр**

**В.А.Малашко**

УТВЕРЖДЕНО

Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
18.01.2018 № 8

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ**

**«Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)»**

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к диагностике и лечению основных неврологических заболеваний у пациентов старше 18 лет (далее – пациенты) в амбулаторных и стационарных условиях.

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении».

4. Настоящий клинический протокол предназначен для врачей-неврологов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с неврологическими заболеваниями.

5. Протокол содержит требования к диагностике и лечению пациентов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи (далее – уровень) в организациях здравоохранения:

уровень 1 – районные организации здравоохранения;

уровень 2 – межрайонные организации здравоохранения, оснащенные компьютерным томографом (далее – КТ) или магнитно-резонансным томографом (далее – МРТ);

уровень 3 – организации здравоохранения областного подчинения и города Минска;

уровень 4 – республиканские организации здравоохранения.

6. При оказании медицинской помощи пациенту в организациях здравоохранения назначение клинико-лабораторных исследований, методов лучевой, функциональной и

инструментальной диагностики проводится с учетом исключения дублирования исследований и рационального их назначения, отдавая предпочтение наиболее информативному методу в сравнении с другими, в том числе из перечня обязательных, в пределах лечебно-диагностических возможностей организации здравоохранения.

7. Направление пациента с неврологическим заболеванием для консультации и (или) госпитализации в организацию здравоохранения, в том числе более высокого уровня (областного, республиканского), осуществляется после выполнения обязательных и дополнительных обследований в пределах лечебно-диагностических возможностей организации здравоохранения с предоставлением их результатов.

8. При отсутствии в организации здравоохранения врача-специалиста соответствующей квалификации (специализации) или обращении пациента в организацию здравоохранения, не имеющую соответствующих лечебно-диагностических возможностей, пациент после оказания первичной медицинской помощи направляется для диагностики и (или) лечения в организацию здравоохранения, имеющую необходимые лечебно-диагностические возможности.

9. Оказание медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях осуществляется в соответствии с приложениями 2 и 3.

10. Тяжесть состояния пациента, выраженность общемозговых и очаговых симптомов инфаркта головного мозга (далее – ИГМ) оценивают при поступлении пациента в стационар в острейшем периоде, при прогрессировании симптомов инсульта, при выписке из стационара и в восстановительном периоде с помощью специализированных инсультных шкал: шкалы комы Глазго, приведенной в таблице 1 приложения 1, шкалы инсульта Национальных институтов здравоохранения (далее – NIHSS), приведенной в таблице 2 приложения 1.

11. Оценку функционального исхода инсульта у пациентов с перенесенным ИГМ, внутримозговыми гематомами проводят по модифицированной шкале Рэнкина при выписке из стационара и в восстановительном периоде, приведенной в таблице 3 приложения 1.

12. Пациентам с фибрилляцией предсердий (далее – ФП), перенесшим кардиоэмболический ИГМ, с целью вторичной профилактики антикоагулянтную терапию назначают с учетом стратификации риска кардиоэмболии по модифицированной шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, приведенной в таблице 4 приложения 1 (далее – шкала CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc).

13. Риск кардиоэмболического ИГМ и других тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП возрастает пропорционально увеличению суммы баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. При минимальной сумме баллов, равной 1 баллу, риск ИГМ составляет 1,3 % в год, при максимальной сумме, равной 9 баллам, – 15,2 % в соответствии с таблицей 5 приложения 1.

14. Пациентам с ФП, получившим оценку по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ноль баллов (отсутствует риск кардиоэмболических осложнений), антитромботические лекарственные средства (ацетилсалициловую кислоту (далее – АСК) или антикоагулянты непрямого действия – антагонист витамина К: варфарин) не назначают. При легком риске, соответствующем 1 баллу, может быть рассмотрено назначение антикоагулянтов непрямого действия – антагониста витамина К: варфарина под контролем международного нормализованного отношения (далее – МНО), целевой уровень МНО 2–3. Пациентам с умеренным и высоким риском кардиоэмболии, имеющим  $\geq 2$  баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, показан постоянный прием антитромботических лекарственных средств – антикоагулянтов непрямого действия: антагониста витамина К (варфарина) или антитромботических лекарственных средств – прямого ингибитора тромбина дабигатрана этексилата или прямого ингибитора фактора Ха ривароксабана с целью вторичной профилактики повторного кардиоэмболического ИГМ. Пациентам, перенесшим ранее кардиоэмболический ИГМ при ФП, предпочтительнее в качестве вторичной профилактики назначение дабигатрана или ривароксабана.

15. Пациентам с кардиоэмболическим вариантом ИГМ для минимизации риска кровотечений перед назначением оральных антикоагулянтов непрямого действия в качестве вторичной профилактики ИГМ необходимо провести оценку риска

геморрагических осложнений по шкале HAS-BLED в соответствии с таблицей 6 приложения 1 (далее – шкала HAS-BLED).

16. Повышение количества баллов по шкале HAS-BLED более 3 характеризует высокий риск вероятности геморрагических осложнений, что требует тщательного мониторинга МНО, общего анализа крови, мочи. В то же время высокий риск кровотечений не является основанием для отказа от антитромботической терапии. Шкала HAS-BLED необходима для выявления, адекватной оценки и возможной коррекции факторов риска геморрагических осложнений (например, артериальной гипертензии, сопутствующей медикаментозной терапии), а также для выбора оптимального антитромботического лекарственного средства.

17. Исключен.

18. Новые оральные антикоагулянты, рекомендованные при неклапанной ФП, обладают сравнимой с варфарином эффективностью. Замена варфарина на новые оральные антикоагулянты целесообразна при невозможности контроля МНО в амбулаторных условиях, а также при высоком риске геморрагических осложнений.

19. Новые оральные антикоагулянты не рекомендуются пациентам с механическими клапанами сердца, а также с умеренным или выраженным митральным стенозом.

20. При оказании первичной паллиативной медицинской помощи пациентам с боковым амиотрофическим склерозом тяжесть состояния пациента оценивается с помощью специальных шкал: шкалы дисфагии у пациентов с болезнью двигательного нейрона (раздел шкалы нарушений функций при болезни двигательного нейрона ALSFRS-R), приведенной в таблице 7, шкалы стадирования бокового амиотрофического склероза Королевского Колледжа в Лондоне, приведенной в таблице 8.

Приложение 1  
к клиническому протоколу  
«Диагностика и лечение пациентов  
с заболеваниями нервной системы  
(взрослое население)»

Таблица 1

### Шкала комы Глазго

Баллы	Открывание глаз	Речевой контакт	Двигательная активность
6	–	–	Выполнение команд
5	–	Развернутая речь	Локализация боли
4	Спонтанное	Произнесение отдельных фраз	Отдергивание конечности в ответ на болевой раздражитель
3	На обращение	Произнесение отдельных слов	Патологическое сгибание конечности (декортикация)
2	На боль*	Нечленораздельные звуки	Патологическое разгибание конечности (децеребрация)
1	Нет	Нет	Нет

\* При тестировании открывания глаз на боль следует использовать периферическую стимуляцию (болевая гримаса при центральном болевом раздражении приводит к зажмуриванию глаз).

Примечание. Оценка по шкале комы Глазго (3–15 баллов) производится путем суммирования баллов по трем клиническим признакам (открывание глаз, речевой контакт, двигательная активность).

Таблица 2

### Шкала NIHSS

Признак	Баллы	Описание
Сознание: уровень бодрствования	0	Ясное
	1	Оглушение
	2	Ступор

	3	Кома
Сознание: ответы на вопросы	0	Правильные ответы на оба вопроса
	1	Правильный ответ на один вопрос
	2	Неправильные ответы на оба вопроса
Сознание: выполнение инструкций	0	Выполняет обе команды правильно
	1	Выполняет одну команду правильно
	2	Обе команды выполняет неправильно
Движения глазных яблок	0	Норма
	1	Частичный паралич взора (но нет фиксированной девиации взора)
	2	Фиксированная девиация глазных яблок
Поля зрения	0	Нет нарушений
	1	Частичная гемианопсия
	2	Полная гемианопсия
	3	Билатеральная гемианопсия
Паралич лицевой мускулатуры	0	Нет
	1	Легкий
	2	Умеренный
	3	Полный
Движения в руке на стороне пареза	0	Рука не опускается
	1	Пациент сначала удерживает руку в заданном положении, потом рука начинает опускаться
	2	Рука начинает падать сразу, но пациент пытается удерживать ее против силы тяжести
	3	Рука сразу падает
	4	Нет активных движений
Движения в противоположной руке (стволовой инсульт). То же задание, что и в предыдущем пункте	0	Рука не опускается
	1	Пациент сначала удерживает руку в заданном положении, потом рука начинает опускаться
	2	Рука начинает падать сразу, но пациент пытается удерживать ее против силы тяжести
	3	Рука сразу падает
	4	Нет активных движений
Движения в ноге на стороне пареза	0	Нога в течение 5 с не опускается
	1	Пациент сначала удерживает ногу в заданном положении, потом нога начинает опускаться
	2	Нога начинает падать сразу, но пациент пытается удерживать ее против силы тяжести
	3	Нога сразу падает
	4	Нет активных движений
Движения в противоположной ноге (стволовой инсульт). То же задание, что и в предыдущем пункте	0	Нога в течение 5 с не опускается
	1	Пациент сначала удерживает ногу в заданном положении, потом нога начинает опускаться
	2	Нога начинает падать сразу, но пациент пытается удерживать ее против силы тяжести
	3	Нога сразу падает
	4	Нет активных движений
Атаксия в конечностях. Пальце-носовая и пяточно-коленная пробы (атаксия оценивается в баллах лишь в том случае, если она непропорциональна степени пареза)	0	Нет
	1	Имеется или в верхней, или в нижней конечности
	2	Имеется и в верхней, и в нижней конечности
Чувствительность. Исследуется с помощью иголки, учитывают только нарушения по гемитипу	0	Норма
	1	Незначительно снижена
	2	Значительно снижена
Аутотопоанозогнозия (синдром «отрицания», неглект)	0	Нет
	1	Частичный
	2	Полный
Дизартрия	0	Нормальная артикуляция

Афазия. Оценивают по речевым ответам пациента в процессе обследования	1	Легкая или умеренная дизартрия
	2	Невнятная речь
	0	Нет
	1	Легкая или умеренная афазия
	2	Выраженная афазия
Итого	3	Речь отсутствует

Таблица 3

### Модифицированная шкала Рэнкина

Баллы	Признаки
0	Нет симптомов
1	Нет явных признаков инвалидности: пациент в состоянии выполнять без посторонней помощи все действия по уходу за собой. Это не исключает возможность наличия у пациента мышечной слабости, расстройств чувствительности, речи и других неврологических симптомов, но предполагает, что эти нарушения выражены в незначительной степени и не ведут к ограничению активности пациента
2	Легкие признаки инвалидности: пациент не в состоянии выполнять некоторые виды своей прежней активности, но в состоянии ухаживать за собой без значительной посторонней помощи (например, пациент не в состоянии вернуться к прежней работе; не в состоянии выполнять свои прежние обязанности по ведению домашнего хозяйства, но в состоянии обслужить себя без ежедневного постороннего присмотра)
3	Умеренно выраженные признаки инвалидности: пациент нуждается в некоторой посторонней помощи, но может самостоятельно ходить (например, пациент нуждается в ежедневном присмотре, нуждается в помощи при одевании или гигиеническом уходе за собой, не в состоянии ясно читать или свободно общаться с окружающими). При этом использование ортопедических приспособлений не означает того, что пациент нуждается в помощи посторонних
4	Выраженные признаки инвалидности: пациент не в состоянии ходить без посторонней помощи и не в состоянии в значительной мере обеспечить уход за собой (например, пациент нуждается в круглосуточном присмотре и существенной ежедневной посторонней помощи при выполнении нескольких видов ухода за собой, но при этом он в состоянии самостоятельно или при минимальной помощи со стороны выполнять какую-то часть этих мероприятий)
5	Грубо выраженные признаки инвалидности: пациент прикован к постели, неопрятен и нуждается в постоянном сестринском уходе и медицинском наблюдении
6	Летальный исход

Таблица 4

### Шкала CHA2DS2-VASc для стратификации риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП

Факторы риска ИГМ при ФП		Баллы
C (Congestive Heart Failure or Left ventricular systolic dysfunction)	Хроническая сердечная недостаточность или дисфункция левого желудочка	1
H (Hypertension)	Артериальная гипертензия	1
A2 (Age $\geq$ 75 years)	Возраст $>$ 75 лет	2
D (Diabetes mellitus)	Сахарный диабет	1
S2 (Stroke/TIA/TE)	Перенесенный инсульт или транзиторная ишемическая атака или артериальная тромбоэмболия	2
V (Vascular disease (previous MI, peripheral arterial disease or aortic plaque))	Сердечно-сосудистые заболевания (постинфарктный кардиосклероз, атеросклероз периферических артерий, атеросклероз аорты)	1
A (Age between 65 and 74 years)	Возраст 65–74 года	1
Sc (Sex category)	Женский пол	1
Итого		

Таблица 5

### Частота кардиоэмболического ИГМ в год в зависимости от числа баллов по шкале CHA2DS2-VASc

Сумма баллов по шкале CHA2DS2-VASc	Ожидаемая частота ИГМ за год
0	0 %
1	1,3 %
2	2,2 %
3	3,2 %
4	4,0 %
5	6,7 %
7	9,6 %
8	6,7 %
9	15,2 %

Таблица 6

### Шкала HAS-BLED для оценки риска геморрагических осложнений терапии непрямыми антикоагулянтами у пациентов с ИГМ

Оценка риска кровотечения		Баллы
H (Hypertension (Systolic $\geq$ 160 mm Hg))	Артериальная гипертензия с систолическим АД $\geq$ 160 мм рт.ст.	1
A (Abnormal renal function, abnormal liver function)	Снижение функции почек (гемодиализ, пересадка почки, хроническая болезнь почек) или печени (цирроз, 2-кратное повышение уровней печеночных ферментов, билирубина) – по 1 баллу	1 или 2
S (Stroke in past)	Перенесенный ИГМ	1
B (Bleeding history or predisposition)	Кровотечения в анамнезе или предрасположенность к кровотечению	1
L (Labile INRs)	Лабильный уровень МНО	1
E (Elderly)	Возраст $\geq$ 65 лет	1
D (Drugs/alcohol concomitantly)	Прием других лекарственных средств, повышающих риск геморрагических осложнений (антиагреганты, прямые антикоагулянты, нестероидных противовоспалительных средств (далее – НПВС)), или злоупотребление алкоголем – по 1 баллу	1 или 2
Итого		

Таблица 7

### Шкала дисфагии у пациентов с болезнью двигательного нейрона (раздел шкалы нарушений функций при болезни двигательного нейрона ALSFRS-R)

Глотание	Степень нарушения
Норма	Нет
Периодическое поперхивание	Легкая
Постоянное ограничение в диете	Умеренная
Необходимость протертой пищи	Выраженная
Зондовое питание	Резко выраженная

Таблица 8

### Шкала стадирования бокового амиотрофического склероза Королевского Колледжа в Лондоне

Стадия 1	Вовлечение одного уровня пирамидного тракта
Стадия 2	Вовлечение двух уровней пирамидного тракта
Стадия 3	Вовлечение трех уровней пирамидного тракта
Стадия 4а	Наличие медицинских показаний к гастростоме (вне зависимости от наличия гастростомы)
Стадия 4б	Наличие медицинских показаний к неинвазивной вентиляции (вне зависимости от наличия вентиляции)

Примечание. Для подсчета количества вовлеченных уровней следует оценить симптомы поражения трех регионов (наличие как минимум одного из симптомов указывает на вовлечение соответствующего уровня):

руки – слабость, гипотрофии, изменение тонуса, повышение или снижение рефлексов;

ноги – слабость, гипотрофии, изменение тонуса, повышение или снижение рефлексов;  
бульбарные нарушения – дизартрия, слюнотечение, гипотрофия языка, фасцикуляции мышц языка,  
повышение подбородочного рефлекса.

Приложение 2  
к клиническому протоколу  
«Диагностика и лечение пациентов  
с заболеваниями нервной системы  
(взрослое население)»  
(в редакции постановления  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
08.08.2025 № 72)

**ПЕРЕЧЕНЬ**  
**заболеваний и объемы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях**

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Объемы оказания медицинской помощи			
	диагностика		лечение	
	обязательная	дополнительная (по медицинским показаниям)	необходимое	средняя длительность медицинского наблюдения и лечения (дни)
1	2	3	4	5
Бактериальный менингит и другие виды менингита, включая вирусные (G00 – G03)	<p>Осмотр невролога. Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Электрокардиограмма (далее – ЭКГ). Рентгенография органов грудной клетки</p>	<p>Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости. Рентгенография придаточных пазух носа. Эхокардиография (далее – ЭхоКГ). Консультация врача-инфекциониста. Консультации других врачей-специалистов</p>	<p>Экстренная госпитализация в инфекционное отделение; при нестабильном тяжелом состоянии – в отделение интенсивной терапии и реанимации; с туберкулезом (в анамнезе) – во фтизиатрическое отделение; при сифилисе (в анамнезе) – в дерматовенерологическое отделение; при неуточненной этиологии – в неврологическое отделение специализированных организаций здравоохранения. После выписки из стационара продолжают назначение лекарственных препаратов (далее – ЛП) по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. Антибактериальная, противогрибковая, противовирусная терапия с учетом вида возбудителя. По медицинским показаниям: При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, пиридостигмин, пирацетам, винпоцетин, глицин;</p>	14–28

			<p>парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин.</p> <p>При судорожном синдроме: противоэпилептические ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота.</p> <p>При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.</p> <p>При гипертермии: анальгетики-антипиретики: Ацетилсалициловая кислота (далее – АСК), метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.</p> <p>При гипертензионном синдроме: мочегонные ЛП: ацетазоламид, фуросемид, гидрохлортиазид.</p> <p>При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: тофизопам.</p> <p>При инсомнии: снотворные и седативные ЛП: зопиклон.</p> <p>При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>Психотерапия, физиотерапия (далее – ФТ), лечебная физкультура (далее – ЛФК)</p>	
<p>Энцефалит, миелит и энцефаломиелит (G04).</p> <p>Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при болезнях, классифицированных в других рубриках (G05)</p>	<p>Рентгенография органов грудной клетки.</p> <p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, аланинаминотрансфераза (далее – АлАТ), аспартатаминотрансфераза (далее – АсАТ).</p> <p>Консультация врача-терапевта (врача общей практики)</p>	<p>ЭхоЭС.</p> <p>Электроэнцефалография (далее – ЭЭГ).</p> <p>УЗИ органов брюшной полости.</p> <p>Компьютерная томография (далее – КТ) или магнитно-резонансная томография (далее – МРТ)*** головного, спинного мозга.</p> <p>Консультация врача-психиатра-нарколога (врача-психотерапевта), врача-уролога, врача-офтальмолога (острота зрения, состояние глазного дна, поля зрения), других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При первичной постановке диагноза с бактериальной и вирусной этиологией заболевания пациента госпитализируют по экстренным медицинским показаниям в инфекционное отделение районной, городской, областной организаций здравоохранения, при нестабильном тяжелом состоянии – в ближайшую организацию здравоохранения в отделение интенсивной терапии и реанимации; с туберкулезной этиологией – во фтизиатрическое отделение; при сифилисе – в дерматовенерологическое отделение; в случаях постинфекционного, постиммунизационного, ревматологического генеза заболевания – в неврологическое отделение районной, городской, областной организаций здравоохранения.</p> <p>После выписки продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения.</p> <p>По медицинским показаниям:</p>	60–90

			<p>При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, ницерголин, пирацетам, винпоцетин, глицин; парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин. При судорожном синдроме: противоэпилептические ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При болевом синдроме: анальгетики- антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При центральном нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин. При гипертермии: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При гипертензионном синдроме: мочегонные ЛП: гидрохлортиазид, фуросемид. При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин. При инсомнии: снотворные и седативные ЛП: зопиклон. При депрессии: антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин. При экстрапирамидном синдроме: допаминергические ЛП: амантадин, прамипексол, леводопа/карбидопа, леводопа/бенсеразид. ФТ, ЛФК, механотерапия, психотерапия, логопед</p>	
<p>Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс и гранулема (G06).</p> <p>Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс и гранулема при болезнях, классифицированных в других рубриках (G07)</p>	<p>Рентгенография органов грудной клетки. КТ или МРТ***. Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Консультация врача-терапевта (врача общей практики)</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, определение АлАТ, АсАТ. ЭхоЭС. ЭЭГ. Консультации других врачей- специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При первичной постановке диагноза пациента экстренно госпитализируют в нейрохирургическое отделение районной, городской, областной организаций здравоохранения для решения вопроса о проведении хирургического лечения.</p> <p>После выписки продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. По медицинским показаниям:</p>	<p>60–90</p>

			<p>При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, ницерголин, пирацетам, винпоцетин, глицин; парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин.</p> <p>При судорожном синдроме: противоэпилептические ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота.</p> <p>При болевом синдроме: анальгетики- антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.</p> <p>При центральном нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>При гипертермии: анальгетики-антипиретики: АСК, метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.</p> <p>При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон.</p> <p>При гипертензионном синдроме: мочегонные ЛП: гидрохлортиазид, фуросемид.</p> <p>При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин.</p> <p>При инсомнии: снотворные и седативные ЛП: зопиклон.</p> <p>При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>При экстрапирамидном синдроме: допаминергические ЛП: амантадин, прамипексол, леводопа/карбидопа, леводопа/бенсеразид. ФТ, ЛФК, механотерапия, психотерапия, логопед</p>	
<p>Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы (G09)</p>	<p>Общий анализ крови. Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, состояние глазного дна, поля зрения)</p>	<p>ЭхоЭС. ЭЭГ. Консультация врача-психиатра-нарколога (врача-психотерапевта), других врачей- специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>По медицинским показаниям: При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, ницерголин, пирацетам, винпоцетин, глицин; парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин. При судорожном синдроме:</p>	<p>7–10</p>

			<p>противоэпилептические ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота.</p> <p>При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.</p> <p>При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон.</p> <p>При гипертензионном синдроме: мочегонные ЛП: гидрохлортиазид, фуросемид.</p> <p>При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: беттагистин.</p> <p>При инсомнии: снотворные и седативные ЛП: зопиклон.</p> <p>При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>При экстрапирамидном синдроме: допаминергические ЛП: амантадин, прамипексол, леводопа/карбидопа, леводопа/бенсеразид. ФТ, ЛФК, кинезотерапия, психотерапия, логопед</p>	
Болезнь Гентингтона (G10)	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения), врача-психиатра-нарколога</p>	<p>УЗИ органов брюшной полости.</p> <p>Консультация врача-терапевта (врача общей практики), других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При первичной постановке диагноза пациента направляют на консультацию в областную, республиканскую организации здравоохранения.</p> <p>После установления диагноза продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения.</p> <p>При умеренном хореическом гиперкинезе: допаминергические ЛП: амантадин; противоэпилептические ЛП: клоназепам; антипсихотические ЛП: клозапин.</p> <p>При тяжелой хорее: антипсихотические ЛП: галоперидол, клозапин, сульпирид;</p> <p>противоэпилептические ЛП: клоназепам, вальпроевая кислота.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: глицин, донепезил; мемантин.</p> <p>При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>При акинетико-ригидном синдроме: допаминергические ЛП: амантадин, прамипексол</p>	14–20

<p>Наследственная атаксия (G11)</p>	<p>Общий анализ крови. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения)</p>	<p>УЗИ органов брюшной полости. Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При первичной постановке диагноза пациента направляют на консультацию в областную, республиканскую организации здравоохранения.</p> <p>После установления диагноза продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения.</p> <p>Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, глицин; парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин. Допаминаргические ЛП: амантадин. По медицинским показаниям: При сопутствующем треморе: бета-адреноблокаторы: пропранолол. При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин. По медицинским показаниям: При эпизодической атаксии: ингибиторы карбоангидразы: ацетазоламид; противоэпилептические ЛП: карбамазепин. При гиперкинетическом синдроме: противоэпилептические ЛП: клоназепам, вальпроевая кислота. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК</p>	<p>14–20</p>
<p>Боковой амиотрофический склероз (болезни двигательного нейрона) (G12.2)</p>	<p>Общий анализ крови. Индекс массы тела. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, альбумина, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, общего кальция, определение активности АлАТ, АсАТ, креатинфосфокиназа (далее – КФК). ЭНМГ шкала дисфагии у пациентов с болезнью двигательного нейрона шкала стадирования бокового амиотрофического склероза Королевского Колледжа в Лондоне</p>	<p>Спирометрия (при дыхательных нарушениях контроль 1 раз в 3 месяца). Консультация врача-терапевта (врача общей практики), врача-пульмонолога, врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При первичной постановке диагноза пациента направляют на консультацию в областную, республиканскую организации здравоохранения.</p> <p>После установления диагноза продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения.</p> <p>Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин, холина альфосцерат. Метаболики: мельдоний. Прочие ЛП, влияющие на пищеварительную систему и метаболические процессы: тиоктовая кислота. По медицинским показаниям: при умеренном и выраженном псевдобульбарном синдроме: антидепрессанты: флуоксетин,</p>	<p>20–30</p>

		<p>амитриптилин, пароксетин; противоэпилептические ЛП: карбамазепин; при гиперсаливации: антидепрессанты: амитриптилин; при вязкой мокроте: отхаркивающие ЛП: ацетилцистеин; ингаляции с муколитиками; при болезненных мышечных спазмах (крампи) и фасцикуляциях: противоэпилептические ЛП: карбамазепин; при спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен; при депрессии: антидепрессанты: флуоксетин, амитриптилин, пароксетин; при бессоннице и повышенной утомляемости: антидепрессанты: флуоксетин, амитриптилин, пароксетин; ЛФК, ФТ. При оказании первичной паллиативной медицинской помощи с целью медицинской профилактики и лечения белково-энергетической недостаточности назначается энтеральное питание (далее – ЭП). Медицинскими показаниями для назначения ЭП являются: потеря массы тела больше 10 % в течение 6 месяцев; индекс массы тела менее 22 кг/м<sup>2</sup>; уровень альбумина в сыворотке крови менее 30 г/л; умеренная или выраженная дисфагия или длительный прием пищи (прием тарелки каши длится более 20 мин); выраженное ограничение приема жидкости с угрозой обезвоживания (менее 1 л жидкости в сутки); голодные обмороки. Методом выбора для доставки ЭП является чрескожная эндоскопическая гастростомия (далее – ЧЭГ). Медицинскими показаниями для установки ЧЭГ являются медицинские показания для назначения ЭП. Медицинские противопоказания для установки ЧЭГ: ожирение 3 степени; острые инфекционные заболевания; соматическая патология в стадии обострения;</p>	
--	--	--	--

		<p>асцит; портальная гипертензия; язвенная болезнь желудка; геморрагический диатез; жизненная емкость легких менее 30 %; сепсис; терминальное состояние пациента. При невозможности установки ЧЭГ выполняется установка назогастрального зонда. С целью купирования диспноэ проводится неинвазивная вентиляция легких (далее – НИВЛ). НИВЛ может использоваться по потребности при первых симптомах дыхательных нарушений и проводиться не менее 4–6 часов в ночное время. Медицинские показания к проведению НИВЛ: наличие дневных симптомов ночной гиповентиляции (дневная сонливость, головные боли, одышка в положении лежа на спине, усталость, частые ночные пробуждения) и клинических проявлений одышки; превышение уровня <math>PaCO_2 \geq 45</math> мм рт. ст. вне физической нагрузки; жизненная емкость легких &lt;50 % или быстрое и значительное ее падение, связанное с быстрым прогрессированием основного заболевания; при снижении <math>SpO_2 &lt; 88</math> % в течение более 5 минут подряд; при резком нарастании дыхательных нарушений, если ранее не использовалась НИВЛ, в ходе диагностики причины ухудшения. Относительные медицинские противопоказания к НИВЛ: бульбарная форма бокового амиотрофического склероза с выраженным слюнотечением; отказ пациента от использования НИВЛ; когнитивные нарушения. Абсолютные медицинские противопоказания для НИВЛ: выраженная секреция слизи в дыхательных путях, хроническая аспирация; невозможность защитить дыхательные пути; непродуктивный кашель; нарушения сознания, кома, изменения ментального статуса, приводящие к трудностям кооперации; острая травма лица или анатомические</p>	
--	--	--	--

			<p>нарушения; необходимость постоянной вентиляционной поддержки; развитие критического состояния (заболевания). НИВЛ производят при наличии аппарата БИПАП в стационарных, амбулаторных условиях и вне организаций здравоохранения. Назначение ингаляции кислорода при боковом амиотрофическом склерозе с целью купирования дыхательных нарушений, а также использование гипербарической оксигенации не показано. При отказе пациента от проведения НИВЛ/ИВЛ медицинская помощь оказывается в соответствии с клиническим протоколом «Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов) при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам (взрослое население) в стационарных, амбулаторных условиях и на дому», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 сентября 2022 г. № 96. Лечение других патологических симптомов осуществляется в соответствии с клиническим протоколом «Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов) при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам (взрослое население) в стационарных, амбулаторных условиях и на дому»</p>	
<p>Болезнь Паркинсона (G20). Вторичный паркинсонизм (G21). Другие дегенеративные болезни базальных ганглиев (пантотенаткиназная нейродегенерация, прогрессирующая надъядерная офтальмоплегия, стриатонигральная дегенерация) (G23)</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. ЭКГ. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения)</p>	<p>Консультация врача-психиатра-нарколога, других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>На ранней (неосложненной) стадии заболевания у лиц молодого возраста (&lt;55 лет), не получавших ранее лечение, начинают с монотерапии: допаминергические ЛП: амантадин, прамипексол, пирибедил. На ранней (неосложненной) стадии заболевания у лиц старше 65 лет, не получавших ранее лечение, начинают с монотерапии: допаминергические ЛП: амантадин, прамипексол, пирибедил; препараты леводопы в малых дозах: леводопа/карбидопа, леводопа/бенсеразид (по медицинским показаниям – капсулы с модифицированным высвобождением, диспергируемые таблетки). При треморе: бета-адреноблокаторы: пропранолол; противоэпилептические ЛП: вальпроевая кислота.</p>	<p>Постоянный прием ЛП</p>

			<p>При поздней (осложненной) стадии заболевания: ЛП леводопы с коррекцией дозы (4–6-кратный прием): леводопа/карбидопа, леводопа/бенсеразид (по медицинским показаниям – капсулы с модифицированным высвобождением, диспергируемые таблетки); добавление к ЛП леводопы допаминергических ЛП: амантадин, прамипексол, пирибедил; смена стандартной формы дозирования леводопы на форму с контролируемым высвобождением при феномене «конца дозы» и при ночной акинезии «конца дозы».</p> <p>При дискинезиях: допаминергические ЛП: амантадин, прамипексол (по медицинским показаниям – пролонгированного действия), пирибедил; противоязвенные ЛП и ЛП, применяемые при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: пантопразол; противоэпилептические ЛП: вальпроевая кислота. По медицинским показаниям: При психотических нарушениях: антипсихотические ЛП: клозапин, кветиапин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин; флуоксетин; пароксетин. При когнитивных нарушениях: глицин, донепезил, галантамин. При пантотенаткиназной нейродегенерации, прогрессирующей надъядерной офтальмоплегии, стриатонигральной дегенерации: дополнительно назначают при когнитивных нарушениях: парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин, ЛП для лечения деменции: мемантин. ФТ, ЛФК. При наличии медицинских показаний: направление пациента на врачебную консультацию в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии» (далее – РНПЦ неврологии и нейрохирургии) для решения вопроса о хирургическом лечении</p>	
Гепатолентикулярная дегенерация (E83.0)	<p>Общий анализ крови, подсчет количества тромбоцитов крови. Общий анализ мочи. Исследование показателей гемостаза: активированное частичное</p>	<p>МРТ головного мозга. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При первичной постановке диагноза пациента направляют на врачебную консультацию в областную, республиканскую организации здравоохранения.</p>	<p>Постоянный прием ЛП</p>

	<p>тромбопластиновое время (далее – АЧТВ), протромбиновое время (далее – ПВ), протромбиновый индекс (далее – ПТИ), МНО, фибриноген, гематокрит.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения, кольцо Кайзера-Флейшера).</p> <p>Консультация врача-терапевта (врача общей практики)</p>		<p>После установления диагноза продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения.</p> <p>Продолжают назначение базисных ЛП: пенициллина или цинка сульфата.</p> <p>При подборе дозы пенициллина или цинка сульфата осуществляют:</p> <p>контроль общего анализа крови и общего анализа мочи 1 раз в 2 недели в течение 2 месяцев, затем 1 раз в месяц в течение 3 месяцев;</p> <p>контроль концентрации церулоплазмينا и меди в крови.</p> <p>Витамины и эссенциальные фосфолипиды: тиамин, пиридоксин, эссенциальные фосфолипиды.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При экстрапирамидном синдроме: допаминергические ЛП: амантадин, прамипексол, пирибедил, леводопа/карбидопа, леводопа/бенсеразид.</p> <p>Диета с исключением продуктов, богатых медью (шоколад, кофе, бобовые, орехи, грибы, печень и другие)</p>	
Клонический гемифациальный спазм (G51.3)	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ.</p> <p>Консультация врача-терапевта</p>	<p>ЭНМГ и игольчатая ЭНМГ.</p> <p>ЭЭГ.</p> <p>УЗИ прецеребральных сосудов.</p> <p>Транскраниальная доплерография (далее – ТКДГ)</p>	<p>При первичной постановке диагноза пациента направляют на врачебную консультацию в областную, республиканскую организации здравоохранения.</p> <p>После установления диагноза продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения.</p> <p>Миорелаксанты центрального действия: баклофен.</p> <p>Противоэпилептические ЛП: карбамазепин, клоназепам.</p> <p>При отсутствии эффекта пациента направляют на врачебную консультацию в областную организацию здравоохранения</p>	Постоянный прием ЛП
Дистония (G24)	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ.</p>	<p>Консультация врача-терапевта (врача общей практики)</p>	<p>При первичной постановке диагноза пациента направляют на врачебную консультацию в областную, республиканскую организации здравоохранения.</p> <p>После установления диагноза продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной</p>	Постоянный прием ЛП

	Консультация врача-терапевта (врача общей практики)		<p>в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения.</p> <p>При тоническом гиперкинезе: противопаркинсонические ЛП: антихолинергические ЛП центрального действия: тригексифенидил; миорелаксанты центрального действия: баклофен.</p> <p>При клоническом гиперкинезе: противоэпилептические ЛП: вальпроевая кислота, карбамазепин, клоназепам.</p> <p>При L-DOPA чувствительной форме: допаминергические ЛП: леводопа/карбидопа, леводопа/бенсеразид; противоэпилептические ЛП: вальпроевая кислота, карбамазепин.</p> <p>При генерализованной дистонии: антипсихотические ЛП: клозапин, галоперидол, сульпирид, рисперидон; бета-адреноблокаторы: пропранолол.</p> <p>ФТ, ЛФК, психотерапия.</p> <p>При редких и сложных видах фокальной мышечной дистонии, отсутствии эффекта от медикаментозного лечения на областном уровне назначают: миорелаксанты периферического действия: ботулотоксин А.</p> <p>При наличии медицинским показаний: направление пациента на консультацию врача-невролога в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении</p>	
Другие экстрапирамидные и двигательные нарушения (эссенциальный тремор) (G25)	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>ЭхоЭС.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения)</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение гормонов щитовидной железы.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости.</p> <p>УЗИ щитовидной железы.</p> <p>Консультация врача-терапевта (врача общей практики), других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При первичной постановке диагноза пациента направляют на врачебную консультацию в областную, республиканскую организации здравоохранения.</p> <p>После установления диагноза продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения.</p> <p>Бета-адреноблокаторы: пропранолол.</p> <p>Противоэпилептические ЛП: топирамат.</p> <p>Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, глицин.</p> <p>ФТ. Психотерапия.</p> <p>При инвалидизирующем треморе: противоэпилептические ЛП: топирамат.</p> <p>При наличии медицинским показаний: направление пациента на консультацию врача-</p>	Постоянный прием ЛП

			невролога и врача-нейрохирурга в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении	
Синдром «ригидного человека» (G25.8)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, общего кальция, магния, определение активности, АлАТ, АсАТ. ЭКГ. ЭхоЭС. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения). Консультация врача-терапевта (врача общей практики)	Консультация врача-онколога. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	При первичной диагностике пациента направляют в областную, республиканскую организации здравоохранения.  После установления диагноза продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения: анксиолитические ЛП: диазепам, тофизопам; противосудорожные ЛП: клоназепам; миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При отсутствии эффекта: глюкокортикоиды для системного применения внутривенно (метилпреднизолон) или перорально (метилпреднизолон, преднизолон) с корректорами – ЛП калия (калия хлорид, комплексными препаратами, содержащими ионы калия и магния), калийсберегающими диуретиками (спиронолактон) и ЛП для профилактики гастропатии (ингибиторы протонной помпы: омепразол, пантопразол)	Постоянный прием ЛП
Болезнь Альцгеймера (G30)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. Рентгенография органов грудной клетки. ЭКГ. КТ/МРТ головного мозга***. УЗИ щитовидной железы. ЭЭГ. Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно). Консультация врача-терапевта (врача общей практики). Консультация врача-психиатра-нарколога	Биохимическое исследование крови: определение гормонов щитовидной железы, С-реактивного белка. Серологические исследования на вирус иммунодефицита человека (далее – ВИЧ), сифилис, Лайм-боррелиоз. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	При первичной диагностике пациента направляют в областную, республиканскую организации здравоохранения. Продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной организации здравоохранения. При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: ницерголин, винпоцетин, глицин; парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, донепезил, мемантин, ипидакрин, галантамин. По медицинским показаниям: При психотических нарушениях: антипсихотические ЛП: кветиапин, клозапин, хлорпротиксен. При депрессии: антидепрессанты: флуоксетин, amitриптилин, пароксетин. При судорожном синдроме: противосудорожные ЛП: карбамазепин. ЛФК	Постоянный прием ЛП

<p>Рассеянный склероз (G35) (дебют, обострение, прогрессивное течение).</p> <p>Острый рассеянный энцефаломиелит (G35).</p> <p>Оптиконевромиелит [болезнь Девика] (G36.0).</p> <p>Диффузный склероз (G37.0)</p>	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки.</p> <p>МРТ головного/спинного мозга с контрастированием***.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения).</p> <p>Анализ крови на Лайм-боррелиоз, клещевой энцефалит</p>	<p>Консультация врача-терапевта (врача общей практики).</p> <p>Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При первичной постановке диагноза пациента направляют на врачебную консультацию в областную, республиканскую организации здравоохранения.</p> <p>После установления диагноза продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения.</p> <p>Глюкокортикоиды для перорально (метилпреднизолон, преднизолон) с корректорами.</p> <p>При обострении рассеянного склероза (далее – РС) и отсутствии эффекта от глюкокортикоидов пациента направляют в областную организацию здравоохранения или в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для проведения терапии второй линии – плазмафереза, а также для решения вопроса о проведении иммуномодифицирующей терапии.</p> <p>При рецидивно-ремиттирующем течении РС при умеренной частоте обострений согласно заключению врачебного консилиума, областной или республиканской организации здравоохранения в период ремиссии назначают иммуномодулирующую терапию: цитокины и иммуномодуляторы: интерферон бета-1a*, интерферон бета-1b*; иммунодепрессанты: финголимод**; другие иммуномодуляторы: с продолжением лечения в амбулаторных условиях.</p> <p>При отсутствии эффекта в части купирования обострений РС пациенту показаны ЛП второй линии:</p> <p>иммунодепрессанты: азатиоприн**;</p> <p>противоопухолевые ЛП: циклофосфамид**;</p> <p>цитотоксические антибиотики: митоксантрон**;</p> <p>иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный**.</p> <p>При высокой частоте обострений согласно заключению врачебного консилиума, областной или республиканской организации здравоохранения назначают: цитотоксические антибиотики: митоксантрон*.</p> <p>При вторично прогрессирующем течении РС при накладываются обострениях, если функциональный неврологический дефицит</p>	<p>Длительность лечения зависит от клинической ситуации</p>
--	---	--	--	---

			<p>составляет по шкале EDSS Kurtzke не более 6,5 балла:</p> <p>цитокины и иммуномодуляторы: интерферон бета-1a*, интерферон бета-1b*;</p> <p>цитотоксические антибиотики: митоксантрон**;</p> <p>противоопухолевые ЛП: циклофосфамид**.</p> <p>При вторично прогрессирующем течении РС без обострений:</p> <p>цитотоксические антибиотики: митоксантрон*;</p> <p>противоопухолевые ЛП: циклофосфамид**.</p> <p>При оптиконевромиелите для профилактики обострений:</p> <p>иммунодепрессанты: азатиоприн* в сочетании с глюкокортикоидами для системного применения внутривенно (метилпреднизолон) или перорально (метилпреднизолон, преднизолон);</p> <p>противоопухолевые ЛП: циклофосфамид**;</p> <p>цитотоксические антибиотики: митоксантрон**;</p> <p>иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный**.</p> <p>При недостаточной эффективности цитостатиков дополнительно назначают прерывистый плазмаферез.</p> <p>Для уменьшения степени выраженности демиелинизации: витамины: витамин D в профилактической дозе.</p> <p>Продолжают назначение ЛП для симптоматического лечения по схеме, рекомендованной в областной, республиканской организациях здравоохранения:</p> <p>нейропротекторная терапия:</p> <p>этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид;</p> <p>парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: беттагистин.</p> <p>При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен; толперизон.</p> <p>При выраженной спастичности пациента направляют на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении.</p> <p>При психомоторном возбуждении:</p> <p>анксиолитические ЛП: тофизопам.</p>	
--	--	--	---	--

			<p>При депрессии: антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>При синдроме хронической усталости: допаминергические ЛП: амантадин.</p> <p>При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: amitриптилин.</p> <p>При нейрогенных расстройствах мочеиспускания: недержание мочи: спазмолитические ЛП: оксибутин, тропия хлорид; альфа-адреноблокатор: тамсулозин.</p> <p>При эректильной дисфункции: ингибиторы фосфодиэстеразы: силденафил.</p> <p>При треморе: бета-блокаторы: пропранолол; противосудорожные ЛП: топирамат, габапентин.</p> <p>Психотерапия, ФТ, ЛФК, механотерапия</p>	
<p>Острый поперечный миелит при демиелинизирующей болезни центральной нервной системы (G37.3).</p> <p>Подострый некротизирующий миелит (G37.4)</p>	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ.</p> <p>Рентгенография позвоночника.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки.</p> <p>Консультация врача-терапевта (врача общей практики)</p>	<p>Консультация врача-уролога.</p> <p>Консультация врача-хирурга.</p> <p>МРТ спинного мозга.</p> <p>Соматосенсорные вызванные потенциалы.</p> <p>Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При первичной диагностике пациента направляют в областную организацию здравоохранения.</p> <p>После установления диагноза продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной организации здравоохранения.</p> <p>Глюкокортикоиды для системного применения перорально (метилпреднизолон, преднизолон) с корректорами.</p> <p>Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, глицин, пирацетам.</p> <p>Парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин, пиридостигмин.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон.</p> <p>При нейрогенных расстройствах мочеиспускания: недержание мочи: спазмолитические ЛП: оксибутин, тропия хлорид; альфа-адреноблокатор: тамсулозин.</p> <p>При депрессии: антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>При эректильной дисфункции: ингибиторы фосфодиэстеразы: силденафил.</p> <p>При болевом синдроме: анальгетики-</p>	30–60

			<p>антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.</p> <p>При гипертермии: анальгетики-антипиретики: АСК, метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.</p> <p>При центральном нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>ФТ, ЛФК, психотерапия</p>	
Мигрень (G43)	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ.</p> <p>ЭхоЭС.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, поля зрения, острота зрения)</p>	<p>Ультразвуковая доплерография (далее – УЗДГ) прецеребральных сосудов, ТКДГ.</p> <p>КТ или МРТ головного мозга с ангиопрограммой***.</p> <p>ЭЭГ.</p> <p>Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>Для купирования приступа мигрени: анальгетики-антипиретики: АСК, парацетамол, метамизол натрия;</p> <p>НПВС: диклофенак, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен (в том числе комбинации указанных ЛП);</p> <p>агонисты серотониновых 5-НТ<sub>1</sub> рецепторов: суматриптан, золмитриптан.</p> <p>При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид.</p> <p>Профилактическое лечение (при 4 и более приступах в месяц):</p> <p>ЛП первой линии: НПВС: ибупрофен; бета-адреноблокаторы: метопролол; пропранолол; противоэпилептические ЛП: вальпроевая кислота, топирамат.</p> <p>ЛП второй линии: антидепрессанты: амитриптилин, венлафаксин; бета-адреноблокаторы: бисопролол.</p> <p>ЛП третьей линии: анальгетики-антипиретики: АСК; противоэпилептические ЛП: габапентин; ЛП магния: магния цитрат с пиридоксином, витамины: рибофлавин, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (далее – АПФ): лизиноприл; антагонисты ангиотензина II: кандесартан</p>	Длительность лечения зависит от клинической ситуации
Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы (G45)	<p>Общий анализ крови с определением числа тромбоцитов.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина,</p>	<p>УЗДГ прецеребральных сосудов.</p> <p>ТКДГ.</p> <p>Холтеровское мониторирование ЭКГ.</p> <p>Суточное мониторирование АД.</p> <p>ЭхоКГ.</p> <p>Агрегатометрия тромбоцитов.</p>	<p>При развитии транзиторной ишемической атаки (далее – ТИА) пациента экстренно госпитализируют в неврологическое отделение для пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК) районной (городской) организации здравоохранения.</p>	В зависимости от факторов риска

	<p>мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ, общий холестерин (далее – ОХС), холестерин липопротеидов низкой плотности (далее – ХС ЛПНП), холестерин липопротеидов высокой плотности (далее – ХС ЛПВП), триглицериды (далее – ТГ). Исследование показателей гемостаза: активированное частичное тромбопластиновое время (далее – АЧТВ), протромбиновое время (далее – ПВ), протромбиновый индекс (далее – ПТИ), МНО, фибриноген, гематокрит. ЭКГ. УЗДГ прецеребральных сосудов. ЭхоЭС. Профиль артериального давления (далее – АД). Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно). Консультация врача-терапевта (врача общей практики). ЭхоКГ при криптогенном и кардиоэмболическом генезе заболевания, а также у пациентов моложе 45 лет при любой этиологии ТИА</p>	<p>Консультация врача-кардиолога. При стенозе прецеребральной артерии мозга более 50 %: консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>После выписки продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. Пациентам, перенесшим ТИА на фоне выраженного стенозирующего атеросклероза брахиоцефальных артерий (далее – БЦА) (<math>\geq 70\%</math>), показан целевой уровень артериальное давление (далее – АД) в пределах 140–150/90 мм рт. ст.; пациентам с сахарным диабетом показан целевой уровень АД <math>&lt; 140/85</math> мм рт. ст.; пациентам с хроническими заболеваниями почек показан целевой уровень АД <math>&lt; 140/90</math> мм рт. ст.; пациентам в возрасте <math>\geq 75</math> лет показан целевой уровень АД в пределах 140/90–150/90 мм рт. ст. При проведении коррекции АД с достижением целевых уровней предпочтительны антигипертензивные ЛП основных антигипертензивных классов и их комбинации, в том числе ЛП с фиксированными дозами, согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением, утвержденному постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 июня 2017 г. № 59. Постоянный прием антиагрегантных ЛП: АСК. У пациентов с ранее перенесенными ТИА и ИМ на фоне приема АСК, при непереносимости АСК, а также при лабораторной резистентности к АСК: клопидогрел. Острый коронарный синдром, выполненное чрескожное коронарное вмешательство, а также операция эндоваскулярного стентирования экстракраниальных артерий – абсолютные медицинские показания к двойной антиагрегантной терапии: АСК в сочетании с клопидогрелом 90 дней, а далее продолжение сроков двойной антиагрегантной терапии на основании консультации врача-кардиолога, с последующим переходом на монотерапию антиагрегантным ЛП. При высоком риске кардиальной эмболии: ФП, тромб левого предсердия, трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки давностью менее 4 недель, тромб левого желудочка, искусственные клапаны сердца, ревматическое</p>	
--	---	--	--	--

		<p>поражение клапанов, ТИА в сочетании с острым трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки с подъемом сегмента ST, без признаков формирования тромба левого желудочка, при наличии передне-верхушечной акинезии или дискинезии), диссекции артерии, сопровождающейся ТИА или ИМ:</p> <p>антитромботические ЛП: антикоагулянты непрямого действия: варфарин под контролем МНО, целевой уровень МНО 2–3, контроль МНО: в течение первых 5–7 дней после назначения ежедневно или через день, затем 1–2 раза в неделю, после стабилизации МНО на необходимом уровне – 1 раз в 2–3 недели. При высоком риске кардиальной эмболии (неклапанная ФП, тромб левого предсердия, трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки давностью менее 4 недель, осложненный тромбом левого желудочка, ТИА в сочетании с острым трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки, осложненным формированием мурального тромба левого желудочка или нарушением подвижности передней и (или) верхушечной области с ограничением фракции выброса левого желудочка &lt;40 %) и высоком риске кровотечений, в том числе при снижении клиренса креатинина до 30–50 мл/мин:</p> <p>антитромботические ЛП: антикоагулянты непрямого действия: дабигатран, ривароксабан. Нейропротекторная терапия: сернокислая магния.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При гиперлипидемии: гиполипидемические ЛП: аторвастатин, розувастатин.</p> <p>При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: беттагистин.</p> <p>При ипсилатеральном выраженном стенозе экстракраниального отдела сонных артерий (70–99 %) проводится каротидная эндартерэктомия (далее – КЭА), если риск периоперационной заболеваемости и смертности составляет менее 6 %.</p> <p>При ипсилатеральном умеренном стенозе экстракраниального отдела сонных артерий (50–69 %) вид оперативного вмешательства (КЭА или ангиопластика и стентирование) зависит</p>	
--	--	---	--

			<p>от возраста пациента и сопутствующих заболеваний. При отсутствии медицинских противопоказаний реваскуляризацию выполняют в течение 2 недель после ТИА.</p> <p>Каротидная ангиопластика и стентирование показаны как альтернатива КЭА при ипсилатеральном стенозе экстракраниального отдела сонной артерии &gt;70 % при неинвазивной визуализации или &gt;50 % при визуализации методом катетеризационной ангиографии при средней или низкой степени риска осложнений, связанных с эндоваскулярным вмешательством.</p> <p>Для пожилых пациентов (старше 70 лет) предпочтительнее КЭА, для более молодых пациентов КЭА эквивалентна каротидной ангиопластике и стентированию.</p> <p>Пациентам с ипсилатеральным выраженным стенозом (&gt;70 %) при выраженном риске хирургического вмешательства или при наличии радиационного стеноза или рестеноза после КЭА, при окклюзии противоположной сонной артерии показана каротидная ангиопластика и стентирование</p>	
<p>Другие транзиторные церебральные ишемические атаки и связанные с ними синдромы (гипертензионный церебральный криз) (G45.8)</p>	<p>Общий анализ крови с определением числа тромбоцитов.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ, ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ.</p> <p>Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>УЗДГ прецеребральных сосудов.</p> <p>ЭхоЭС.</p> <p>Профиль АД.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно).</p> <p>Консультация врача-терапевта (врача общей практики)</p>	<p>УЗДГ прецеребральных сосудов.</p> <p>ТКДГ.</p> <p>Холтеровское мониторирование ЭКГ.</p> <p>Суточное мониторирование АД.</p> <p>ЭхоКГ.</p> <p>Агрегатометрия тромбоцитов.</p> <p>Консультация врача-кардиолога.</p> <p>При стенозе прецеребральной артерии мозга более 50 %: консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга.</p> <p>Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При развитии других ТИА пациента экстренно госпитализируют в неврологическое отделение для пациентов с ОНМК районной (городской) организации здравоохранения.</p> <p>После выписки продолжают назначение ЛПП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения.</p> <p>При проведении коррекции АД с достижением целевых уровней предпочтительны антигипертензивные ЛП основных антигипертензивных классов и их комбинации, в том числе ЛП с фиксированными дозами, согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением.</p> <p>Постоянный прием антиагрегантных ЛП: АСК.</p> <p>У пациентов с ранее перенесенными ТИА и ИМ на фоне приема АСК, при непереносимости АСК, а также при лабораторной резистентности к АСК: клопидогрел.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При гиперлипидемии: гиполипидемические ЛП:</p>	<p>В зависимости от факторов риска</p>

			аторвастатин, розувастатин. При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин	
Поражение тройничного нерва (G50)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ. Рентгенография придаточных пазух носа. Консультация врача-оториноларинголога. Консультация врача-стоматолога-терапевта. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения)	ЭхоЭС. Рентгенография височно-челюстных суставов. КТ или МРТ головного мозга***. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	Глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. При нейропатическом болевом синдроме: противоспазматические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин; миорелаксанты центрального действия: баклофен; ФТ. При отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии: пациент направляется на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении	3–12
Поражение лицевого нерва (G51)	Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ. Консультация врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения)	Исследование крови на Лайм-боррелиоз, системную красную волчанку (далее – СКВ), сифилис, туберкулез, ВИЧ. КТ или МРТ головного мозга*** для исключения новообразований (холестеатомы, невриномы лицевого нерва, гломусной опухоли, менингиомы, саркомы, шванномы, злокачественного новообразования слюнных желез и другого)	Глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Противовирусные ЛП прямого действия: ацикловир, валацикловир. Мочегонные ЛП: фуросемид. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ницерголин. Нейропротекторная терапия: глицин. Парасимпатомиметические ЛП (при отсутствии угрозы контрактуры мимических мышц) через 4 недели от начала заболевания: глицин, неостигмин, холина альфосцерат, ипидакрин. По медицинским показаниям: При угрозе развития контрактуры мимических мышц: противоспазматические ЛП: карбамазепин; миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. ФТ, ЛФК. При отсутствии эффекта: пациент направляется в областную организацию здравоохранения, РНПЦ неврологии и нейрохирургии для уточнения диагноза и коррекции лечения	8–20
Поражение плечевого сплетения (G54.0)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы,	Исследование крови на Лайм-боррелиоз, ревматологические заболевания. КТ или МРТ шейного отдела позвоночника***, плечевого сплетения.	Глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами при идиопатической, диабетической плексопатии, плексопатии при	12–25

	<p>общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ. Рентгенография шейного отдела позвоночника, костей плечевого пояса</p>	<p>КТ органов грудной клетки***. Электронейромиография (далее – ЭНМГ). Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>системных васкулитах. Антибиотикотерапия при Лайм-боррелиозе: цефтриаксон; противовирусная терапия при вирусах Herpes simplex 1-го и 2-го типов, вирусе Varicella zoster, вирусе Эпштейна – Барр и цитомегаловирусе: ацикловир. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. После курса глюкокортикоидов: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид; парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, ипидакрин. По медицинским показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: НПВС пролонгированного действия или противоревматические ЛП с медленным высвобождением: диклофенак, индометацин, кетопрофен; кеторолак, целекоксиб; противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: amitriptilin, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК, механотерапия. При отсутствии эффекта от проводимой терапии при нетравматическом генезе заболевания пациента направляют на врачебную консультацию в областную организацию здравоохранения, РНПЦ неврологии и нейрохирургии для уточнения диагноза и коррекции лечения. При травматическом генезе заболевания при выраженном двигательном дефиците пациента направляют на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении</p>	
<p>Поражение пояснично-крестцового сплетения (G54.1)</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ. Рентгенография костей таза, тазобедренных суставов, пояснично-крестцового отдела позвоночника</p>	<p>ЭНМГ. УЗИ органов малого таза. УЗИ органов брюшной полости. УЗИ брюшного отдела аорты сосудов нижних конечностей. Исследование крови на простатспецифический антиген. КТ или МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника***. КТ органов брюшной полости***.</p>	<p>Глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами при идиопатической, диабетической плексопатии, плексопатии при системных васкулитах. Антибиотикотерапия при Лайм-боррелиозе: цефтриаксон; противовирусная терапия при вирусах Herpes simplex 1-го и 2-го типов, вирусе Varicella zoster, вирусе Эпштейна – Барр и цитомегаловирусе: ацикловир.</p>	<p>12–25</p>

		<p>КТ органов малого таза***.          Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин.          По медицинским показаниям:          При нейропатическом болевом синдроме: НПВС пролонгированного действия или противоревматические ЛП с медленным высвобождением: диклофенак, индометацин, кеторолак, кетопрофен, целекоксиб;          противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.          Парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, ипидакрин.          ФТ, ЛФК, механотерапия.          При отсутствии эффекта от проводимой терапии при нетравматическом генезе заболевания пациент направляется в областную организацию здравоохранения, РНПЦ неврологии и нейрохирургии для уточнения диагноза и коррекции лечения.          При травматическом генезе заболевания пациент направляется на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении</p>	
<p>Невропатическая амиотрофия (G54.5)</p>	<p>Общий анализ крови.          Общий анализ мочи.          Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АЛТ, АсАТ, КФК, С-реактивный белок (далее – СРБ), ревмофактор</p>	<p>ЭНМГ.          Консультация врача-терапевта (врача общей практики).          Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>Глюкокортикоиды: метилпреднизолон для системного применения*, с последующим переходом на метилпреднизолон, преднизолон внутрь с корректорами.          Мочегонные ЛП: фуросемид.          Парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, ипидакрин.          По медицинским показаниям:          При нейропатическом болевом синдроме: НПВС пролонгированного действия или противоревматические ЛП с медленным высвобождением: диклофенак, индометацин, кеторолак, кетопрофен, целекоксиб;          противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.          ФТ, ЛФК, механотерапия.          При отсутствии эффекта от проводимой терапии при нетравматическом генезе заболевания пациент направляется в областную организацию здравоохранения, РНПЦ неврологии</p>	<p>15–30</p>

			и нейрохирургии для уточнения диагноза и коррекции лечения	
Мононевропатии верхней конечности (G56).  Мононевропатии нижней конечности (G57)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ	ЭНМГ. Рентгенография шейного отдела позвоночника, суставов верхней конечности. УЗИ щитовидной железы. Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, костей таза, суставов нижней конечности. УЗИ органов малого таза, органов брюшной полости. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	Глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Мочегонные ЛП: фуросемид. Периферические вазодилаторы: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, ипидакрин. Метаболики: мельдоний. По медицинским показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин. Глюкокортикоиды для лечебных блокад: метилпреднизолон, дексаметазон. ФТ, ЛФК, механотерапия. При туннельных синдромах (синдром карпального канала, кубитального канала) при выраженном рефрактерном нейропатическом болевом синдроме и выраженном двигательном дефиците пациент направляется на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении	10–20
Наследственная и идиопатическая невропатия (G60) (за исключением наследственной моторной и сенсорной невропатии (G60.0))	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ	ЭНМГ. УЗИ щитовидной железы. УЗИ органов брюшной полости. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения), консультация врача-эндокринолога	Периферические вазодилаторы: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. При хроническом нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК, механотерапия	Длительность лечения зависит от клинической ситуации
Воспалительная полиневропатия (G61).  Острая воспалительная полиневропатия (G61.0)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина,	УЗИ органов брюшной полости. Рентгенография органов грудной клетки. Консультация врача-терапевта (врача общей практики). Консультации других врачей-	При подозрении на острую воспалительную полиневропатию – экстренный перевод в областную организацию здравоохранения для проведения патогенетической терапии.  На районном уровне оказания медицинской	20–60

	мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ	специалистов по медицинским показаниям	помощи после выписки продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения. Нейропротекторная терапия: пирацетам, глицин, этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, холина альфосцерат, ипидакрин. Метаболики: мельдоний. По медицинским показаниям: при нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные ЛП: габапентин, карбамазепин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК, механотерапия	
Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (G61.8)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ, СРБ, ревмофактора. ЭКГ	ЭНМГ. Рентгенография органов грудной клетки. УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы. Консультация врача-терапевта (врача общей практики). Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	При первичной диагностике и обострении заболевания осуществляют госпитализацию пациента в неврологическое отделение областной организации здравоохранения.  На районном уровне оказания медицинской помощи после выписки продолжают назначение иммуномодулирующих ЛП и иммуносупрессоров по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения. Дополнительно: Метаболики: мельдоний. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, ипидакрин. При хроническом нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК, механотерапия	20–60
Другие полиневропатии (G62)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови:	ЭНМГ. УЗИ щитовидной железы, органов брюшной полости, органов малого таза.	Метаболики: мельдоний, витамин В1 и его комбинации с витаминами В6 и В12. Периферические вазодилататоры:	10–30

	<p>определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ</p>	<p>Рентгенография органов грудной клетки. Фиброгастроуденоскопия (далее – ФГДС). Консультация врача-терапевта (врача общей практики). Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>лентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, ипидакрин. По медицинским показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При диабетической и алкогольной полинейропатии: тиоктовая кислота. ФТ, ЛФК, механотерапия</p>	
<p>Миастения гравис и другие нарушения нервно-мышечного синапса (G70).  Поражения нервно-мышечного синапса и мышц при болезнях, классифицированных в других рубриках (G73)</p>	<p>При первичной диагностике: общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ, КФК; исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит; ЭКГ; неостигминовый тест. При установленном диагнозе: объем обследования аналогичен объему обследования при первичной диагностике, дополнительно: КТ органов средостения (при подозрении на рецидив тимомы). При длительном приеме Глюкокортикоидов: профиль глюкозы, контроль АД. При длительном приеме иммунодепрессантов: общий анализ крови (лейкоциты, тромбоциты); биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ</p>	<p>Гормоны щитовидной железы. УЗИ щитовидной железы. УЗИ органов брюшной полости. МРТ или КТ головного мозга***. Консультация врача-терапевта (врача общей практики). Консультация врача-эндокринолога (в случае развития стероидного сахарного диабета). Консультация врача-офтальмолога (при подозрении на катаракту, обусловленную глюкокортикоидами). МРТ или КТ органов средостения (вилочковой железы)***</p>	<p>При первичной диагностике заболевания пациента направляют на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии.  При декомпенсации заболевания осуществляют госпитализацию пациента в неврологическое отделение областной организации здравоохранения.  На районном уровне оказания медицинской помощи после выписки продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения. Парасимпатомиметические ЛП: пиридостигмин, неостигмин. При отсутствии эффекта от приема парасимпатомиметических ЛП назначают глюкокортикоиды. ФТ, ЛФК. При декомпенсации состояния: увеличивают дозу пиридостигмина. При наличии глазодвигательных, бульбарных, дыхательных нарушений, выраженной слабости в конечностях: глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон с корректорами. При отсутствии ремиссии на монотерапии глюкокортикоидами, а также пациентам с сахарным диабетом, системным остеопорозом, ишемической болезнью сердца и выраженными бульбарными и (или) дыхательными</p>	<p>Длительность лечения зависит от клинической ситуации</p>

			<p>нарушениями, не отвечающими на терапию глюкокортикоидами, назначают иммунодепрессанты: азатиоприн* с постепенным уменьшением дозы преднизолона или метилпреднизолона внутрь.</p> <p>При отсутствии эффекта от приема азатиоприна с глюкокортикоидами в течение 8–12 месяцев: антиметаболиты: метотрексат** или иммунодепрессанты: циклоспорин**.</p> <p>ФТ, ЛФК.</p> <p>При развитии криза: экстренная госпитализация в отделение анестезиологии и реанимации районной, областной организаций здравоохранения</p>	
<p>Субарахноидальное кровоизлияние (I60)</p>	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ.</p> <p>Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно, поля зрения).</p> <p>Консультация врача-терапевта (врача общей практики)</p>	<p>Консультация врача-кардиолога.</p> <p>Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При развитии субарахноидального кровоизлияния (далее – САК) пациента экстренно госпитализируют в палату реанимации и интенсивной терапии неврологического отделения для пациентов с ОНМК или в отделение анестезиологии и реанимации районной, областной организаций здравоохранения.</p> <p>На районном уровне оказания медицинской помощи после выписки продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: антипсихотические ЛП: трифлуоперазин, хлорпротиксен.</p> <p>При болевом синдроме и гипертермии: НПВС: метамизол натрия, парацетамол, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.</p> <p>При судорожном синдроме: противоэпилептические ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота.</p> <p>При гипертензионном синдроме: мочегонные ЛП: фуросемид, гидрохлортиазид.</p> <p>При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: пирацетам, глицин, холина альфосцерат</p>	20–60
<p>Внутричерепное кровоизлияние (I61).</p> <p>Другое нетравматическое</p>	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы,</p>	<p>Консультация врача-кардиолога.</p> <p>Консультации других специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При развитии внутричерепного кровоизлияния (далее – ВМК) пациента экстренно госпитализируют в палату реанимации и интенсивной терапии неврологического</p>	20–60

<p>внутричерепное кровоизлияние (I62)</p>	<p>общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ.  Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит.  ЭКГ.  ЭхоЭС.  Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно, поля зрения).  Консультация врача-терапевта (врача общей практики)</p>		<p>отделения для пациентов с ОНМК или в отделение анестезиологии и реанимации районной, областной организаций здравоохранения.</p> <p>На районном уровне оказания медицинской помощи после выписки продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения.  При проведении коррекции АД с достижением целевых уровней предпочтительны антигипертензивные ЛП основных антигипертензивных классов и их комбинации, в том числе ЛП с фиксированными дозами, согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением.  По медицинским показаниям:  При психомоторном возбуждении:  Анксиолитические ЛП: тофизолам;  антипсихотические ЛП: трифлуоперазин, хлорпротиксен.  При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол;  НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.  При гипертермии: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.  При судорожном синдроме: противосудорожные ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота.  При гипертоническом синдроме: мочегонные ЛП: фуросемид, гидрохлортиазид.  При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: пирацетам, глицин, холина альфосцерат.  При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон.  При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: беттагистин.  При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.  При экстрапирамидном синдроме: допаминергические ЛП: амантадин, прамипексол,</p>	
---	--	--	---	--

			леводопа/карбидопа, леводопа/бенсеразид. ФТ, ЛФК, кинезотерапия, психотерапия, логопед	
Инфаркт мозга (I63)	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ, показателей липидного обмена: ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ. Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. ЭКГ. Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно, поля зрения). Консультация врача-терапевта (врача общей практики)</p>	<p>УЗДГ прецеребральных сосудов. Холтеровское мониторирование. ЭКГ, АД. Агрегатограмма тромбоцитов. Консультация врача-кардиолога. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям. Консультация врача-ангиохирурга, врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга</p>	<p>При развитии ИМ пациента экстренно госпитализируют в неврологическое отделение для пациентов с ОНМК районной, областной организаций здравоохранения.</p> <p>На районном уровне оказания медицинской помощи после выписки продолжают назначение ЛПП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. Постоянный прием антиагрегантных ЛПП при некардиоэмболическом ИМ и кардиоэмболическом ИМ с медицинскими противопоказаниями к непрямым антикоагулянтам: АСК. У пациентов с ранее перенесенными повторными некардиоэмболическими ИМ на фоне приема АСК, при непереносимости АСК, а также при лабораторной резистентности к АСК: клопидогрел. Острый коронарный синдром, выполненное чрескожное коронарное вмешательство, а также операция эндоваскулярного стентирования экстракраниальных артерий – абсолютные медицинские показания к двойной антиагрегантной терапии: АСК в сочетании с клопидогрелом 90 дней, а далее продолжение сроков двойной антиагрегантной терапии на основании консультации врача-кардиолога, с последующим переходом на монотерапию антиагрегантным ЛПП. При высоком риске кардиальной эмболии (ФП, тромб левого предсердия, трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки давностью менее 4 недель, тромб левого желудочка, искусственные клапаны сердца, ревматическое поражение клапанов, ИМ в сочетании с острым трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки с подъемом сегмента ST, без признаков формирования тромба левого желудочка, при наличии передне-верхушечной акинезии или дискинезии), диссекции артерии, сопровождающейся ИМ: Антитромботические ЛПП: антикоагулянты непрямого действия: варфарин под контролем</p>	20–60

			<p>МНО, целевой уровень МНО 2–3, контроль МНО: в течение первых 5–7 дней после назначения ежедневно или через день, затем 1–2 раза в неделю, после стабилизации МНО на необходимом уровне – 1 раз в 2–3 недели. При высоком риске кардиальной эмболии (неклапанная ФП, тромб левого предсердия, трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки давностью менее 4 недель, осложненный тромбом левого желудочка, ИМ в сочетании с острым трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки, осложненным формированием muralного тромба левого желудочка или нарушением подвижности передней и (или) верхушечной области с ограничением фракции выброса левого желудочка &lt;40 %) и высоким риске кровотечений, в том числе при снижении клиренса креатинина до 30–50 мл/мин: антитромботические ЛП: прямой ингибитор тромбина – дабигатрана этексилат или прямой ингибитор фактора Ха – ривароксабан. Пациентам с кардиоэмболическим ИМ в сочетании с коронарной болезнью или стентированием коронарных артерий возможна комбинация варфарина и АСК в дозе 75–100 мг/сутки при условии отсутствия в анамнезе указаний на высокий риск кровотечений и в соответствии с результатами оценки риска кровотечений по шкале HAS-BLED 90 дней, а далее продолжение сроков двойной антитромботической терапии на основании консультации врача-кардиолога, с последующим переходом на монотерапию антитромботическим ЛП.</p> <p>Коррекция АД, пароксизмов нарушения сердечного ритма.</p> <p>Пациентам с лакунарным ИМ показан целевой уровень АД &lt;130/80 мм рт. ст.; при выраженном стенозирующем атеросклерозе БЦА (70 %) показан целевой уровень АД в пределах 140–150/90 мм рт. ст.; пациентам с сахарным диабетом показан целевой уровень АД &lt;140/85 мм рт. ст., пациентам с хроническими заболеваниями почек показан целевой уровень АД &lt;140/90 мм рт. ст.; в возрасте 75 лет показан целевой уровень АД в пределах 140/90–150/90 мм рт. ст.</p>	
--	--	--	--	--

		<p>При проведении коррекции АД с достижением целевых уровней предпочтительны антигипертензивные ЛП основных антигипертензивных классов и их комбинации, в том числе ЛП с фиксированными дозами, согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При гиперлипидемии: гиполипидемические ЛП: аторвастатин, розувастатин в высокоэффективной дозе.</p> <p>При судорожном синдроме: противосудорожные ЛП: диазепам, фенитоин, вальпроевая кислота, карбамазепин.</p> <p>При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: тофизолам; антипсихотические ЛП: хлорпроксен, трифтазин.</p> <p>При болевом синдроме и гипертермии: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол.</p> <p>При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: беттагистин.</p> <p>При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон.</p> <p>При экстрапиримидном синдроме: допаминергические ЛП: амантадин.</p> <p>При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: пирацетам, глицин; холина альфосцерат, ипидакрин.</p> <p>Проведение ранней медицинской реабилитации пациентов, находящихся в стабильном состоянии. ЛФК, ФТ, логопед.</p> <p>У пациентов с ИМ с быстро обратимым неврологическим дефицитом «малым ИМ» в течение первых 2 недель после ИМ при ипсилатеральном выраженном стенозе экстракраниального отдела сонных артерий (70–99 %) рекомендуется КЭА, если риск периперационной заболеваемости и смертности составляет менее 6 %.</p> <p>При ипсилатеральном умеренном стенозе экстракраниального отдела сонных артерий (50–</p>	
--	--	--	--

			<p>69 %) вид оперативного вмешательства (КЭА или ангиопластика и стентирование) зависит от возраста и сопутствующих заболеваний. При отсутствии медицинских противопоказаний реваскуляризацию необходимо выполнить в течение 2 недель после ТИА.</p> <p>Каротидная ангиопластика и стентирование показаны как альтернатива КЭА при ипсилатеральном стенозе экстракраниального отдела сонной артерии &gt;70 % при неинвазивной визуализации или &gt;50 % при визуализации методом катетеризационной ангиографии при средней или низкой степени риска осложнений, связанных с эндоваскулярным вмешательством. Для пожилых пациентов (старше 70 лет) предпочтительнее КЭА, для более молодых пациентов КЭА эквивалентна каротидной ангиопластике и стентированию.</p> <p>Пациентам с ипсилатеральным выраженным стенозом (&gt;70 %) при выраженном риске хирургического вмешательства или при наличии радиационного стеноза или рестеноза после КЭА, при окклюзии противоположной сонной артерии показана каротидная ангиопластика и стентирование</p>	
Церебральный атеросклероз (атеросклеротическая энцефалопатия) (I67.2)	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, СРБ, АлАТ, АсАТ, показателей липидного обмена: ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, коэффициент атерогенности (далее – КА).</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Контроль АД.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения).</p> <p>Консультация врача-терапевта (врача общей практики)</p>	<p>Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит.</p> <p>КТ или МРТ головного мозга***.</p> <p>УЗДГ прецеребральных сосудов.</p> <p>ТКДГ.</p> <p>Агрегатометрия тромбоцитов.</p> <p>Холтеровское мониторирование АД, ЭКГ.</p> <p>При стенозе прецеребральной артерии более 50 % – консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга.</p> <p>Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>Постоянный прием антиагрегантных ЛП: АСК.</p> <p>При высоком риске кардиальной эмболии (ФП, тромб левого предсердия, тромб левого желудочка, искусственные клапаны сердца, ревматическое поражение клапанов): антитромботические ЛП: антикоагулянты непрямого действия: варфарин под контролем МНО, целевой уровень МНО 2–3, контроль МНО: в течение первых 5–7 дней после назначения ежедневно или через день, затем 1–2 раза в неделю, после стабилизации МНО на необходимом уровне – 1 раз в 2–3 недели. Варфарин не назначают при выраженной церебральной атеросклеротической микроангиопатии и амилоидной микроангиопатии.</p> <p>У пациентов с ранее перенесенными повторными некардиоэмболическими ТИА, ИМ на фоне приема АСК, при непереносимости АСК, а также при лабораторной резистентности к АСК: клопидогрел.</p>	10–20

			<p>Коррекция АД, пароксизмов нарушения сердечного ритма.</p> <p>При выраженном стенозирующем атеросклерозе БЦА (<math>\geq 70\%</math>) показан целевой уровень АД в пределах 140/90–150/90 мм рт. ст. Пациентам с сахарным диабетом показан целевой уровень АД <math>&lt; 140/85</math> мм рт. ст.; пациентам с хроническими заболеваниями почек показан целевой уровень АД <math>&lt; 140/90</math> мм рт. ст.; в возрасте <math>\geq 75</math> лет показан целевой уровень АД в пределах 140/90–150/90 мм рт. ст.</p> <p>При проведении коррекции АД с достижением целевых уровней предпочтительны антигипертензивные ЛП основных антигипертензивных классов и их комбинации, в том числе ЛП с фиксированными дозами, согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При гиперлипидемии: гиполипидемические ЛП: аторвастатин, розувастатин.</p> <p>При судорожном синдроме: противосудорожные ЛП: диазепам, фенитоин, вальпроевая кислота, карбамазепин.</p> <p>При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: тофизопам; антипсихотические ЛП: хлорпротиксен, трифтазин.</p> <p>При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин.</p> <p>При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон.</p> <p>При экстрапирамидном синдроме: допаминергические ЛП: амантадин.</p> <p>При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: пирацетам, глицин, холина альфосцерат, ипидакрин.</p> <p>ФТ, ЛФК, логопед.</p> <p>При ипсилатеральном выраженном стенозе экстракраниального отдела сонных артерий (70–99 %) рекомендуется КЭА, если риск периперационной заболеваемости и смертности составляет менее 6 %.</p>	
--	--	--	--	--

			<p>При ипсилатеральном умеренном стенозе экстракраниального отдела сонных артерий (50–69 %) вид оперативного вмешательства (КЭА или ангиопластика и стентирование) зависит от возраста и сопутствующих заболеваний. При отсутствии медицинских противопоказаний реваскуляризацию необходимо выполнить в течение 2 недель после ТИА.</p> <p>Каротидная ангиопластика и стентирование показаны как альтернатива КЭА при ипсилатеральном стенозе экстракраниального отдела сонной артерии &gt;70 % при неинвазивной визуализации или &gt;50 % при визуализации методом катетеризационной ангиографии при средней или низкой степени риска осложнений, связанных с эндоваскулярным вмешательством.</p> <p>Для пожилых пациентов (старше 70 лет) предпочтительнее КЭА, для более молодых пациентов КЭА эквивалентна каротидной ангиопластике и стентированию.</p> <p>Пациентам с ипсилатеральным выраженным стенозом (&gt;70 %) при выраженном риске хирургического вмешательства или при наличии радиационного стеноза или рестеноза после КЭА, при окклюзии противоположной сонной артерии показана каротидная ангиопластика и стентирование</p>	
<p>Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия (I67.3).</p> <p>Гипертензивная энцефалопатия (I67.4)</p>	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, СРБ, АлАТ, АсАТ, показателей липидного обмена: ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, КА.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Контроль АД.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения).</p> <p>Консультация врача-терапевта (врача общей практики)</p>	<p>Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит.</p> <p>КТ или МРТ головного мозга***.</p> <p>УЗДГ прецеребральных сосудов.</p> <p>ТКДГ.</p> <p>Агрегометрия тромбоцитов.</p> <p>Холтеровское мониторирование АД, ЭКГ.</p> <p>При стенозе прецеребральной артерии более 50 % – консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга.</p> <p>Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>Показаны ингибиторы АПФ: каптоприл, эналаприл (в том числе для внутривенного введения), лизиноприл, рамиприл; антагонисты рецепторов ангиотензина II: лозартан, валсартан.</p> <p>После достижения целевых уровней АД – постоянная антигипертензивная терапия, предпочтительна комбинированная терапия.</p> <p>Пациентам с перенесенным лакунарным ИМ показан целевой уровень АД <math>\leq 130/80</math> мм рт. ст.; при выраженном стенозирующем атеросклерозе БЦА (<math>\geq 70</math> %) – показан целевой уровень АД в пределах 140–150/90 мм рт. ст.; пациентам с сахарным диабетом показан целевой уровень АД <math>&lt; 140/85</math> мм рт. ст.; пациентам с хроническими заболеваниями почек показан целевой уровень АД <math>&lt; 140/90</math>, в возрасте <math>\geq 75</math> лет показан целевой уровень АД в пределах 140/90–150/90 мм рт. ст.</p> <p>Постоянный прием антиагрегантных ЛП: АСК.</p> <p>При высоком риске кардиальной эмболии (ФП,</p>	10–20

		<p>тромб левого предсердия, тромб левого желудочка, искусственные клапаны сердца, ревматическое поражение клапанов): антитромботические ЛП: антикоагулянты непрямого действия: варфарин под контролем МНО, целевой уровень МНО 2–3, контроль МНО: в течение первых 5–7 дней после назначения ежедневно или через день, затем 1–2 раза в неделю, после стабилизации МНО на необходимом уровне – раз в 2–3 недели. Варфарин не назначают при выраженной церебральной атеросклеротической микроангиопатии и амилоидной микроангиопатии. Коррекция концентрации глюкозы крови: при концентрации глюкозы крови 10 ммоль/л и выше дробное введение инсулина с учетом уровня гликемии независимо от наличия или отсутствия сахарного диабета в анамнезе. Парасимпатомиметические ЛП: ипидакрин, холина альфосцерат. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, магния сульфат, глицин, пирацетам. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ницерголин.</p> <p>По медицинским показаниям: При судорожном синдроме: противосудорожные ЛП: диазепам, фенитоин, вальпроевая кислота, карбамазепин. При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: диазепам, тофизопам; антипсихотические ЛП: хлорпротиксен, трифтазин, кветиапин. При рвоте: противорвотные ЛП: метоклопрамид, домперидон. При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: беттагистин. При экстрапирамидном синдроме: допаминергические ЛП: амантадин. При депрессии: антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин. ЛФК, ФТ, логопед</p>	
--	--	---	--

<p>Поражение межпозвонкового диска шейного отдела другого типа (дискогенная цервикалгия, цервикобрахиалгия) (M50.2)</p>	<p>Общий анализ мочи. ЭКГ. Рентгенография шейного отдела позвоночника</p>	<p>Функциональная рентгенография шейного отдела позвоночника. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, СРБ. КТ или МРТ шейного отдела позвоночника*** по медицинским показаниям. УЗДГ прецеребральных сосудов. ТКДГ. Консультация врача-терапевта (врача общей практики)</p>	<p>При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. В остром периоде заболевания при усилении болевого синдрома в ночное время: ангиопротекторы: L-Лизина эсцинат. При хроническом ноцицептивном болевом синдроме: антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК. При нейродистрофическом синдроме (плечелопаточной периартропатии) выполнение лечебных блокад: глюкокортикоиды для системного применения: триамцинолона суспензия для инъекций или метилпреднизолон суспензия для инъекций с раствором прокаина или лидокаина в субакромиальное пространство, в сухожилия, локально в курковые зоны или триггерные точки. При неэффективности консервативного лечения в течение 2 месяцев: консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса хирургическом лечении</p>	<p>6–18</p>
<p>Поражение межпозвонкового диска шейного отдела с радикулопатией (M50.1)</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография шейного отдела позвоночника. ЭКГ</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, СРБ. Функциональная рентгенография шейного отдела позвоночника. УЗДГ прецеребральных сосудов. ТКДГ. КТ или МРТ шейного отдела позвоночника***</p>	<p>При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. В остром периоде заболевания при усилении болевого синдрома в ночное время: ангиопротекторы: L-Лизина эсцинат. При отсутствии эффекта: глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Парасимпатомиметические ЛП при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. Выполнение лечебных блокад: глюкокортикоиды (суспензия метилпреднизолон пролонгированного действия с раствором прокаина). При нейродистрофическом синдроме (плечелопаточной периартропатии) выполнение лечебных блокад: глюкокортикоиды для системного применения: триамцинолона суспензия для инъекций или метилпреднизолон суспензия для инъекций с раствором прокаина или лидокаина в субакромиальное пространство, в сухожилия, локально в курковые зоны или</p>	<p>14–20</p>

			<p>триггерные точки.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При хроническом болевом синдроме: противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК.</p> <p>При неэффективности консервативного лечения в течение 2 месяцев: консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении</p>	
<p>Поражение шейного диска неуточненное (дискогенная радикулопатия, радикуломиелопатия) (M50.9)</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография шейного отдела позвоночника. ЭКГ</p>	<p>Функциональная рентгенография шейного отдела позвоночника. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, СРБ. КТ или МРТ шейного отдела позвоночника***. Консультации врача-нейрохирурга, врача-травматолога-ортопеда</p>	<p>Консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении в ситуациях, требующих экстренного или неотложного медицинского вмешательства. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. При отсутствии эффекта: глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Парасимпатомиметические ЛП при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. При болевом синдроме: НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК</p>	21–30
<p>Другая уточненная дегенерация межпозвоночного диска (вертеброгенная торакалгия) (M51.3)</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография грудного отдела позвоночника в 2 проекциях. Рентгенография органов грудной клетки. ЭКГ</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, СРБ. УЗИ органов брюшной полости. ФГДС. КТ или МРТ грудного отдела позвоночника по медицинским показаниям***. Консультация врача-терапевта (врача общей практики). Консультация врача-травматолога-ортопеда</p>	<p>При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. При хроническом ноцицептивном болевом синдроме: антидепрессанты: флуоксетин, амитриптилин, пароксетин. ФТ, ЛФК</p>	5–10

<p>Другие уточненные смещения межпозвонковых дисков (дискогенная люмбагия, люмбаго) (M51.2)</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография поясничного отдела позвоночника</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ, СРБ. Функциональная рентгенография поясничного отдела позвоночника. УЗИ органов брюшной полости, брюшной аорты. УЗИ малого таза. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника***. Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. При хроническом ноцицептивном болевом синдроме: антидепрессанты: флуоксетин, amitриптилин, пароксетин. ФТ, ЛФК</p>	<p>5–10</p>
<p>Другое уточненное поражение межпозвонкового диска (дискогенная люмбоишиалгия) (M51.8)</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография поясничного отдела позвоночника</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ, СРБ. Функциональная рентгенография поясничного отдела позвоночника. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника***. УЗИ органов брюшной полости, брюшной аорты. УЗИ малого таза. Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб; выполнение лечебных обезболивающих паравертебральных блокад. В остром периоде заболевания при усилении болевого синдрома в ночное время: ангиопротекторы: L-Лизина эсцинат. При хроническом ноцицептивном болевом синдроме: антидепрессанты: флуоксетин, amitриптилин, пароксетин. При неэффективности консервативного лечения в течение 2 месяцев: консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении. ФТ, ЛФК</p>	<p>8–20</p>
<p>Поражение межпозвонковых дисков поясничного и других отделов с радикулопатией (M51.1)</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография поясничного отдела позвоночника</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, билирубина, АлАТ, АсАТ, СРБ. УЗИ органов брюшной полости, брюшной аорты. УЗИ малого таза. Функциональная рентгенография поясничного отдела позвоночника. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника***. Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. При отсутствии эффекта: глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. В остром периоде заболевания при усилении болевого синдрома в ночное время: ангиопротекторы: L-Лизина эсцинат. Парасимпатомиметические ЛП при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. Выполнение лечебных блокад: глюкокортикоиды (суспензия метилпреднизолона пролонгированного действия с раствором прокаина паравертебрально). По медицинским показаниям:</p>	<p>14–20</p>

			<p>При нейропатическом болевом синдроме: противоспазмолитические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: amitriptilin, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК.</p> <p>При неэффективности консервативного лечения в течение 2 месяцев: консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении</p>	
<p>Поражение поясничного межпозвонкового диска неуточненное (дискогенная радикулопатия, радикуломиелопатия) (M51.9)</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография поясничного отдела позвоночника</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, билирубина, определение активности АлАТ, АсАТ, СРБ. Функциональная рентгенография поясничного отдела позвоночника. УЗИ органов брюшной полости, брюшной аорты. УЗИ малого таза. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника***. Консультация врача-акушера-гинеколога, врача-уролога</p>	<p>Консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении. При болевом синдроме: НПВС: диклофенак, ибупрофен, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Парасимпатомиметические ЛП при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. При нейропатическом болевом синдроме: противоспазмолитические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: amitriptilin, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК</p>	20–40
<p>Поражения межпозвонковых дисков поясничного и других отделов с миелопатией (M51.0)</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ, СРБ. Рентгенография поясничного отдела позвоночника</p>	<p>ЭНМГ. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника***. Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>Консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении. Нейропротекторная терапия: пирacetam, винпоцетин, глицин, этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид; парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, холина альфосцерат, ипидакрин. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. По медицинским показаниям: При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При нейрогенных расстройствах мочеиспускания: ЛП для лечения урологических заболеваний: оксипутин, тропия хлорид; ЛП, применяемые при доброкачественной гиперплазии предстательной железы: тамсулозин. При болевом синдроме: НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При нейропатическом болевом синдроме:</p>	20–40

			противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: флуоксетин, amitриптилин, пароксетин. ФТ, ЛФК, механотерапия	
Сотрясение головного мозга (S06.0)	Измерение АД. Общий анализ крови. ЭКГ. Рентгенография черепа. ЭхоЭС. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения)	ЭЭГ. КТ головного мозга***. Рентгенография шейного отдела позвоночника. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	При развитии заболевания пациента экстренно госпитализируют в нейрохирургическое (хирургическое) отделение районной (городской) организации здравоохранения. После выписки продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. Мочегонные ЛП: фуросемид. Нейропротекторная терапия: глицин, пирацетам, этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. По медицинским показаниям: При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: тофизолам. При судорожном синдроме: противоэпилептические ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол. При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид. При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин. ФТ, ЛФК	5–14
Очаговая травма головного мозга (ушиб головного мозга) (S06.3)	Общий анализ крови. ЭКГ. Измерение АД. Рентгенография черепа. ЭхоЭС. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения)	Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, билирубина, АлАТ, АсАТ. ЭЭГ. Рентгенография шейного отдела позвоночника. КТ или МРТ головного мозга***. Консультация врача-нейрохирурга. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	При развитии заболевания пациента экстренно госпитализируют в нейрохирургическое (хирургическое) отделение районной (городской) организации здравоохранения. После выписки продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. При цефалгическом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол. Мочегонные ЛП: фуросемид. Нейропротекторная терапия: глицин, пирацетам, этилметилгидроксипиридина сукцинат, мегилэтилпиридинола гидрохлорид. Парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин. По медицинским показаниям: При депрессии: антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин.	При легкой степени – 10–18. При средней степени – 14–25. При тяжелой степени – 30 и более

			<p>При психомоторном возбуждении: антипсихотические ЛП: трифлуоперазин, галоперидол, хлорпротиксен, клозапин, сульпирид, кветиапин; анксиолитические ЛП: тофизопам, диазепам.</p> <p>При судорожном синдроме: противосудорожные ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота.</p> <p>При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид.</p> <p>При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: беттагистин.</p> <p>ФТ, ЛФК</p>	
<p>Эпидуральное кровоизлияние (S06.4).</p> <p>Травматическое субдуральное кровоизлияние (S06.5).</p> <p>Травматическое субарахноидальное кровоизлияние (S06.6)</p>	<p>Общий анализ крови.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Измерение АД.</p> <p>Рентгенография черепа.</p> <p>ЭхоЭС.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения)</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, билирубина, АлАТ, АсАТ.</p> <p>ЭЭГ.</p> <p>Рентгенография шейного отдела позвоночника.</p> <p>КТ или МРТ головного мозга***.</p> <p>Консультация врача-нейрохирурга.</p> <p>Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При развитии заболевания пациента экстренно госпитализируют в нейрохирургическое (хирургическое) отделение районной (городской) организации здравоохранения.</p> <p>После выписки продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения.</p> <p>Нейропротекторная терапия: глицин, пирацетам, этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид.</p> <p>Парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При депрессии: антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>При психомоторном возбуждении: антипсихотические ЛП: трифлуоперазин, галоперидол, хлорпротиксен, клозапин, сульпирид, кветиапин; анксиолитические ЛП: тофизопам, диазепам.</p> <p>При судорожном синдроме: противосудорожные ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота.</p> <p>При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид.</p> <p>При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: беттагистин.</p> <p>ФТ, ЛФК</p>	10–30
<p>Травма нервов на уровне плечевого пояса и плеча (S44).</p> <p>Травма нервов на уровне</p>	<p>Общий анализ крови.</p> <p>В зависимости от локализации повреждения: рентгенография костей плечевого</p>	<p>ЭНМГ.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки.</p> <p>Консультация врача-нейрохирурга, врача-травматолога-ортопеда</p>	<p>При изолированной травме в случае резкого ограничения функции конечности и невозможности проведения лечения в амбулаторных условиях осуществляется</p>	8–30

<p>предплечья (S54).</p> <p>Травма нервов на уровне запястья и кисти (S64).</p> <p>Травма нервов на уровне тазобедренного сустава и бедра (S74).</p> <p>Травма нервов на уровне голени (S84).</p> <p>Травма нервов на уровне голеностопного сустава и стопы (S94)</p>	<p>пояса;</p> <p>рентгенография костей предплечья;</p> <p>рентгенография лучезапястного сустава и костей кисти;</p> <p>рентгенография костей таза и тазобедренных суставов;</p> <p>рентгенограмма костей голени;</p> <p>рентгенограмма голеностопного сустава и стопы</p>		<p>экстренная госпитализация пациента в нейрохирургическое или неврологическое отделение районной, областной организаций здравоохранения.</p> <p>При сочетанной травме осуществляется экстренная госпитализация пациента в травматологическое отделение районной, областной организаций здравоохранения.</p> <p>После выписки продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения.</p> <p>По медицинским показаниям осуществляется хирургическое лечение.</p> <p>При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб.</p> <p>Мочегонные ЛП: фуросемид.</p> <p>Глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон внутрь.</p> <p>Нейропротекторная терапия: пирацетам, глицин, этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид.</p> <p>Парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, ипидакрин.</p> <p>Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин.</p> <p>При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК.</p> <p>При рефрактерном выраженном нейропатическом болевом синдроме: направление на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении</p>	
<p>Травма нервов и спинного мозга на уровне шеи (S14).</p> <p>Травма нервов и спинного мозга в грудном отделе (S24).</p> <p>Травма нервов и поясничного отдела спинного мозга на уровне</p>	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, общего белка, определение активности АлАТ, АсАТ.</p> <p>Рентгенография пораженного отдела</p>	<p>КТ или МРТ пораженного отдела позвоночника и спинного мозга***.</p> <p>Радиоизотопная ренография.</p> <p>Консультация врача-нейрохирурга, врача-травматолога-ортопеда.</p> <p>Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При изолированной травме в случае резкого ограничения функции конечности и невозможности проведения лечения в амбулаторных условиях осуществляется экстренная госпитализация пациента в нейрохирургическое или неврологическое отделение районной, областной организаций здравоохранения.</p>	<p>10–40</p>

живота, нижней части спины и таза (S34)	позвоночника. Консультация врача-уролога		<p>При сочетанной травме осуществляется экстренная госпитализация пациента в травматологическое отделение районной, областной организаций здравоохранения.</p> <p>После выписки продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения.</p> <p>При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб.</p> <p>Мочегонные ЛП: фуросемид.</p> <p>Глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон внутрь.</p> <p>Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, мегилэтилпиридинола гидрохлорид, пирацетам.</p> <p>Парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, холина альфосцерат, ипидакрин, глицин.</p> <p>Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>При нейрогенных расстройствах мочеиспускания после проведения уродинамического исследования: ЛП для лечения урологических заболеваний: оксибутин, троспия хлорид; ЛП, применяемые при доброкачественной гиперплазии предстательной железы: тамсулозин.</p> <p>ФТ, ЛФК.</p> <p>При рефрактерном выраженном нейропатическом болевом синдроме и спастическом синдроме не менее 3 баллов: направление на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии для решения вопроса о хирургическом лечении</p>	
---	---	--	---	--

\* ЛП первой линии.

\*\* ЛП второй линии.

\*\*\* В амбулаторных условиях – при отсутствии возможности выполнения КТ или МРТ-исследования в районных организациях здравоохранения по экстренным медицинским показаниям пациенты направляются в межрайонные организации здравоохранения из расчета доступности с радиусом в 70 км, если районная организация здравоохранения находится вне

зоны возможного проведения данного исследования – в областную организацию здравоохранения, в плановом порядке (при первичной постановке диагноза, в динамике при ухудшении состояния пациента, обострении и прогрессировании заболевания) – в межрайонные и областные организации здравоохранения.

Приложение 3  
к клиническому протоколу  
«Диагностика и лечение пациентов  
с заболеваниями нервной системы  
(взрослое население)»  
(в редакции постановления  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
08.08.2025 № 72)

## ПЕРЕЧЕНЬ заболеваний и объемы оказания медицинской помощи в стационарных условиях

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Организации здравоохранения	Объемы оказания медицинской помощи			
		диагностика		лечение	
		обязательная	дополнительная (по медицинским показаниям)	необходимое	средняя длительность (койко-дни)
1	2	3	4	5	6
Бактериальный менингит и другие виды менингита (включая вирусные) (G00 – G03)	Районные. Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Общий анализ крови в динамике. Общий анализ мочи в динамике. Биохимическое исследование крови в динамике: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, активности АлАТ, АсАТ, СРБ. Исследование показателей гемостаза в динамике: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. Обнаружение антител к ВИЧ. Серологический тест на сифилис. Исследование спинномозговой жидкости (далее – СМЖ): на содержание белка, глюкозы, хлоридов, клеточный состав. Бактериологическое	Рентгенография черепа, позвоночника, околоносовых пазух. КТ или МРТ головного мозга для исключения очагового поражения мозга. УЗИ органов брюшной полости. ЭхоКГ. Анализ сыворотки крови на бета-лактамазную активность, анализ СМЖ на D-лактат, бета-лактамазную активность. Консультация врача-терапевта. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	Этиотропная терапия с учетом вида возбудителя (согласно клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с инфекционными и паразитарными заболеваниями», утвержденному постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 декабря 2018 г. № 94). С противовоспалительной, десенсибилизирующей, иммуномодулирующей целью: глюкокортикоиды: дексаметазон. Коррекция внутричерепной гипертензии: растворы с осмодиуретическим действием: сормантол, маннитол; мочегонные ЛП: фуросемид. Коррекция гиповолемии: натрия хлорид. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат,	10–30

		<p>и бактериоскопическое исследование крови и СМЖ для установления возбудителя, определения чувствительности выделенной культуры к антибактериальным лекарственным ЛП.</p> <p>Вирусологическое исследование крови и СМЖ с полимеразной цепной реакцией (далее – ПЦР), серологические пробы, иммунологические методы экспресс-диагностики.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>ЭхоЭС.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки.</p> <p>Осмотр врача-офтальмолога.</p> <p>Осмотр врача-инфекциониста</p>		<p>метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При судорожном синдроме: противосудорожные ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота.</p> <p>При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.</p> <p>При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: АСК, метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.</p> <p>При рвоте:</p> <p>прокинетики: домперидон, метоклопрамид.</p> <p>При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: тофизолам, диазепам; антипсихотические ЛП: трифлуоперазин, хлорпротиксен, кветиапин</p>	
<p>Энцефалит, миелит и энцефаломиелит (G04)</p>	<p>Районные</p>	<p>Общий анализ крови в динамике.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ.</p> <p>Исследование СМЖ: содержание белка, глюкозы, хлоридов, цитоз, клеточный состав.</p> <p>Бактериологическое исследование крови и СМЖ (бактериоскопия мазка крови, нативного ликвора и (или) осадка, посев крови и СМЖ для установления возбудителя, определение чувствительности выделенной культуры к антибактериальным ЛП); вирусологическое исследование крови и СМЖ с использованием метода ПЦР вирус простого герпеса (далее – ВПГ), вирус Эпштейн-Бара, цитомегаловирус и энтеровирус в областной организации</p>	<p>Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит.</p> <p>Рентгенография черепа, позвоночника, околоносовых пазух.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости.</p> <p>ЭхоКГ.</p> <p>ЭЭГ.</p> <p>Обнаружение антител к ВИЧ.</p> <p>Серологический тест на сифилис.</p> <p>Анализ сыворотки крови на бета-лактамазную активность, анализ СМЖ на D-лактат, бета-лактамазную активность.</p> <p>Консультация врача-терапевта.</p> <p>Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>Этиотропная антибактериальная, противогрибковая, противовирусная терапия.</p> <p>С противовоспалительной, десенсибилизирующей, иммуномодулирующей целью:</p> <p>Глюкокортикоиды: дексаметазон.</p> <p>Коррекция внутричерепной гипертензии: растворы с осмодиуретическим действием: сормантол, маннитол; мочегонные ЛП: фуросемид.</p> <p>Коррекция гиповолемии: натрия хлорид.</p> <p>Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид.</p> <p>Парасимпатомиметические ЛП: пиридостигмин, холина альфосцерат, ипидакрин.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>при судорожном синдроме: противосудорожные ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: ибупрофен,</p>	<p>12–30</p>

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	<p>здоровоохранения; иммунологические методы экспресс-диагностики. ЭхоЭС. Рентгенография органов грудной клетки. ЭКГ. КТ или МРТ головного (спинного) мозга***. Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, поля зрения, глазное дно)</p> <p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: иммунологические методы экспресс-диагностики крови и СМЖ</p>	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения	<p>диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, цецекоксиб. При гипертермии: анальгетики- антипиретики: АСК, метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, цецекоксиб. При центральном нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид. При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: тофизопам, диазепам; антипсихотические ЛП: трифлуоперазин, хлорпротиксен, кветиапин. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин. ФТ, ЛФК</p> <p>Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. При остром диссеминированном энцефаломиелите; постинфекционном энцефалите и энцефаломиелите дополнительно: плазмаферез. При отсутствии эффекта: иммуноглобулин человека нормальный</p>	12–14
Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс, гранулема (G06)	Районные	<p>Общий анализ крови в динамике. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови в динамике: определение концентрации глюкозы, общего белка, альбумина, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. ЭКГ. Исследование СМЖ (при отсутствии признаков застоя на глазном дне) на содержание белка, глюкозы, хлоридов, цитоз, клеточный состав.</p>	<p>Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. Анализ сыворотки крови на бета- лактамазную активность, анализ СМЖ на D-лактат, бета- лактамазную активность. УЗИ органов брюшной полости, малого таза. Рентгенография черепа, околоносовых пазух, позвоночника. Консультация врача-терапевта. Консультации других врачей- специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>Осуществление экстренной госпитализации в нейрохирургическое отделение организации здравоохранения. Проведение хирургического лечения по медицинским показаниям. Антибактериальная, противогрибковая, противовирусная терапия с учетом вида возбудителя. Коррекция внутричерепной гипертензии: растворы с осмодиуретическим действием: сормантол, маннитол; мочегонные ЛП: фуросемид. Коррекция гиповолемии: натрия хлорид. По медицинским показаниям: При гипертермии: анальгетики-</p>	12–40

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	<p>Бактериологическое исследование крови и СМЖ (бактериоскопия мазка крови, нативного ликвора и (или) осадка, посев крови и СМЖ для установления возбудителя, определение чувствительности выделенной культуры к антибактериальным ЛП).</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки.</p> <p>КТ или МРТ головного (спинного) мозга***.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, поля зрения, глазное дно)</p>	<p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения.</p> <p>Дополнительно: КТ или МРТ головного мозга (позвоночника) в динамике; консультация врача-нейрохирурга</p>	<p>антипиретики: АСК, метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.</p> <p>При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.</p> <p>При центральном нейропатическом болевом синдроме: противозипилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид.</p> <p>При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: тофизолам, диазепам; антипсихотические ЛП: трифлуоперазин, хлорпротиксен.</p> <p>При судорожном синдроме: противозипилептические ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота.</p> <p>При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, пирацетам, винпоцетин, глицин, ницерголин.</p> <p>При депрессии: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. ФТ, ЛФК</p>	12–14
Последствия воспалительных заболеваний центральной нервной системы (G09)	Районные	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего</p>	<p>ЭхоЭС.</p> <p>ЭЭГ.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки.</p> <p>Исследование СМЖ на содержание</p>	<p>Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин.</p> <p>По медицинским показаниям: При судорожном синдроме:</p>	8–10

		<p>билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. ЭКГ. Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно, поля зрения)</p>	<p>белка, глюкозы, хлоридов, цитоз, клеточный состав. Консультация врача-терапевта. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>противоэпилептические ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, пирацетам, винпоцетин, глицин; парасимпатомиметические ЛП: пиридостигмин, холина альфосцерат, ипидакрин. При депрессии: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин. Психотерапия, психокоррекция. ФТ, ЛФК, механотерапия</p>	
Болезнь Гентингтона (G10)	<p>Районные</p> <p>Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. ЭКГ. Консультация врача-психиатра-нарколога. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения)</p> <p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно:</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, альбумина, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. Консультация врача-терапевта. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации церулоплазмينا, меди. Сцинтиграфия печени. УЗИ органов брюшной полости.</p>	<p>При первичной диагностике пациент направляется в неврологическое отделение областной или республиканской организации здравоохранения, при декомпенсации и прогрессировании заболевания – районных и межрайонных организаций здравоохранения. При умеренном хореическом гиперкинезе: допаминергические ЛП: амантадин; противоэпилептические ЛП: вальпроевая кислота; клоназепам; антипсихотические ЛП: галоперидол, клозапин. При тяжелой хорее: антипсихотические ЛП: галоперидол, клозапин, сульпирид; противоэпилептические ЛП: вальпроевая кислота, клоназепам. По медицинским показаниям: При когнитивных нарушениях: ЛП для лечения деменции: глицин, донепезил; мемантин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин Лечение аналогично лечению, проводимому в районной организации здравоохранения. Дополнительно: При акинетико-ригидном синдроме:</p>	10–12

		ЭЭГ; КТ или МРТ головного мозга	Молекулярно-генетическая диагностика. Консультация психолога, врача-психиатра-нарколога	допаминергические ЛП: амантадин, прамипексол	
Наследственная атаксия (G11)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. ЭКГ. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения)	УЗИ органов брюшной полости. Консультация врача-терапевта. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	При первичной диагностике пациента направляют в областную, республиканскую организации здравоохранения. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, пирацетам, глицин. Парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин. По медицинским показаниям: При сопутствующем треморе: бета-блокаторы: пропранолол. При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: беттагистин. ФТ, ЛФК	10–14
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: КТ или МРТ головного (спинного) мозга; ЭхоКГ; УЗИ органов брюшной полости; ЭНМГ; вестибулометрия	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: ЭЭГ; молекулярно-генетическая диагностика; ФГДС; биохимическое исследование крови: определение концентрации лактата гамма-глутамилтрансфераза (далее – ГГТ), щелочной фосфатазы; исследование СМЖ: белок, цитоз, глюкоза, хлориды; исследование вибрационной чувствительности; консультация врача-психиатра-нарколога	Лечение аналогично лечению, проводимому в районной организации здравоохранения. Дополнительно: допаминергические ЛП: амантадин. По медицинским показаниям: При эпизодической атаксии: ингибиторы карбоангидразы: ацетазоламид; противоэпилептические ЛП: карбамазепин. При гиперкинетическом синдроме: бета-адреноблокаторы: пропранолол; противоэпилептические ЛП: вальпроевая кислота, клоназепам. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК	10–14
Боковой амиотрофический склероз (болезни двигательного нейрона) (G12.2)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, альбумина, общего билирубина, мочевины, креатинина, СРБ, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ, КФК. ЭКГ.	Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения). Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	При первичной диагностике пациент направляется в областную, республиканскую организации здравоохранения. Антиоксидантная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Нейропротекторная терапия: глицин, холина альфосцерат, ипидакрин. Метаболики: мельдоний, нандролон, инозин. Прочие ЛП, влияющие на пищеварительную	12–14

		<p>Определение индекса массы тела. Спирометрия. Консультация врача-терапевта</p>		<p>систему и метаболические процессы: тиоктовая кислота. ЛФК, массаж. По медицинским показаниям: При умеренном и выраженном псевдобульбарном синдроме: антидепрессанты: флуоксетин, амитриптилин, пароксетин; противоэпилептические ЛП: карбамазепин. При гиперсаливации: антидепрессанты: амитриптилин. При вязкой мокроте: отхаркивающие ЛП: ацетилцистеин; ингаляции с муколитиками. При болезненных мышечных спазмах (крампи) и фасцикуляциях: противоэпилептические ЛП: карбамазепин. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен. При депрессии и повышенной утомляемости: антидепрессанты: флуоксетин, амитриптилин, пароксетин. ЛФК, ФТ. В рамках паллиативной медицинской помощи: при выраженном нарушении глотания, снижении массы тела на 10 % или индексе массы тела менее 18 кг/м<sup>2</sup>: показана установка назогастрального зонда или проведение ЧЭГ для осуществления ЭП через назогастральный зонд или зонд, введенный в стому стандартными изокалорическими питательными смесями; в терминальной стадии: При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целескоксиб. При выраженном болевом синдроме и неэффективности анальгетиков и НПВС – опиоиды: трамадол, морфин. При нарушении сна снотворные и седативные ЛП: мидазолам. При тревоге: анксиолитические ЛП: тофизопам, диазепам; противоэпилептические ЛП: фенobarбитал,</p>	
--	--	--	--	---	--

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: определение лактатдегидрогеназы, лактата; серологическое исследование крови на Лайм- боррелиоз, ВПГ, электролитный баланс, цитомегаловирус, ВИЧ; исследование гормонов щитовидной железы; анализ СМЖ: белок, цитоз, глюкоза, хлориды; УЗИ органов брюшной полости; УЗИ щитовидной железы; УЗИ мышц (регистрация фасцикуляций); ЭНМГ (стимуляционная и игольчатая); исследование вибрационной чувствительности; спирометрия; МРТ головного мозга; МРТ шейного (грудного), (поясничного) (с учетом клинических данных) отдела позвоночника; консультация врача-терапевта, врача психиатра- нарколога	Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения). Биопсия мышцы (нервов). Консультация психолога. Консультации других врачей- специалистов по медицинским показаниям	клоназепам. При бульбарном синдроме антидепрессанты: флуоксетин, амитриптилин, пароксетин; противоэпилептические ЛП: карбамазепин Лечение аналогично лечению, проводимому в районной организации здравоохранения	10–12
Болезнь Паркинсона (G20). Вторичный паркинсонизм (G21). Другие дегенеративные болезни базальных ганглиев (пантотенаткиназная нейродегенерация, прогрессирующая надъядерная офтальмоплегия, стриатонигральная дегенерация) (G23)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. ЭКГ. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения)	ЭхоЭС. Вегетативный профиль: АД, пульс через 3 часа в 3 точках, вегетативные тесты. Биохимическое исследование крови: определение общего кальция, магния. Консультация врача-терапевта. Консультации других врачей- специалистов по медицинским показаниям	На ранней (неосложненной) стадии заболевания у лиц, не достигших 55-летнего возраста, не получавших ранее лечение, начинают с монотерапии: допаминергические ЛП: амантадин, прамипексол, пирибедил. На ранней (неосложненной) стадии заболевания у лиц старше 65 лет, не получавших ранее лечение, начинают с монотерапии: допаминергические ЛП: амантадин, прамипексол, пирибедил; препараты леводопы в малых дозах: леводопа/карбидопа, леводопа/бенсеразид (по медицинским показаниям – капсулы с модифицированным высвобождением,	10–12

	<p>Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии</p>	<p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: биохимическое исследование крови: определение концентрации церулоплазмينا и меди; МРТ головного мозга;</p>	<p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: ЭЭГ; молекулярно-генетическая диагностика; УЗДГ прецеребральных сосудов; консультация врача-психиатра-</p>	<p>диспергируемые таблетки). При треморе: бета-адреноблокаторы: пропранолол; противоэпилептические ЛП: вальпроевая кислота. При поздней (осложненной) стадии заболевания: препараты леводопы с коррекцией дозы (4–6-кратный прием): леводопа/карбидопа, леводопа/бенсеразид (по медицинским показаниям – капсулы с модифицированным высвобождением, диспергируемые таблетки); добавление к препаратам леводопы допаминергических ЛП: амантадин, прамипексол, пирибедил; смена стандартной формы дозирования леводопы на форму с контролируемым высвобождением при феномене «конца дозы» и при ночной акинезии «конца дозы». При акинетических кризах: амантадин (раствор для инфузий). При дискинезиях: допаминергические ЛП: амантадин, прамипексол (по медицинским показаниям – пролонгированного действия), пирибедил; пантопразол; противоэпилептические ЛП: вальпроевая кислота. По медицинским показаниям: При психотических нарушениях: антипсихотические ЛП: клозапин, кветиапин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин; флуоксетин; пароксетин. При когнитивных нарушениях: глицин, донепезил. При пантотенаткиназной нейродегенерации, прогрессирующей надъядерной офтальмоплегии, стриатонигральной дегенерации: дополнительно назначают при когнитивных нарушениях: холина альфосцерат, ипидакрин, мемантин. ФТ, ЛФК</p> <p>Лечение аналогично лечению, проводимому в районной организации здравоохранения. Дополнительно: при тяжелом акинетическом кризе: Перевод на ИВЛ по медицинским показаниям. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, подача кислорода через</p>	<p>10–12</p>
--	---	--	--	---	--------------

		вегетативный профиль: АД, пульс через 3 часа в 3 точках, вегетативные тесты	нарколога, психолога; вегетативные вызванные потенциалы	<p>назальный зонд со скоростью 2–4 л/мин. Поднятие головного конца кровати на 30°.</p> <p>Установка назогастрального зонда, мочевого катетера.</p> <p>При высоком риске тромбоэмболии из глубоких вен и тромбоэмболия легочной артерии (далее – ТЭЛА) – прерывистая пневматическая компрессия, при ее отсутствии – компрессионные чулки.</p> <p>В случае тромбоза глубоких вен нижних конечностей показано назначение гепарина, низкомолекулярного гепарина (далее – НМГ), тем пациентам, кому противопоказаны антикоагулянты, – АСК.</p> <p>Купирование акинетического синдрома: амантадин внутривенно (раствор для инфузий). Коррекция гиповолемии: натрия хлорид.</p> <p>При болевом синдроме и гипертермии НПВС: метамизол натрия, парацетамол, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.</p> <p>При подозрении на инфекцию дыхательных или мочевыводящих путей – антибактериальные ЛП.</p> <p>Если криз является результатом «лекарственных каникул»: продолжить прием лекарственных ЛП на основе леводопы.</p> <p>При наличии медицинских показаний: врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении</p>	
Гепатолентикулярная дегенерация (E83.0)	Районные	<p>Общий анализ крови, подсчет количества тромбоцитов крови. Общий анализ мочи.</p> <p>Исследование показателей гемостаза:</p> <p>АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости.</p>	<p>Консультация врача-психиатра-нарколога, психолога.</p> <p>Консультация врача-гастроэнтеролога</p>	<p>При первичной диагностике пациент направляется в областную, республиканскую организации здравоохранения.</p> <p>Продолжают назначение базисных ЛП: пенициллина или цинка сульфата по схеме, рекомендованной на стационарном этапе лечения в областной, республиканской организациях здравоохранения.</p> <p>При подборе дозы пенициллина или цинка сульфата осуществляют: контроль общего анализа крови и общего анализа мочи 1 раз в 2 недели в течение 2 месяцев, затем 1 раз в месяц в течение 3 месяцев; контроль концентрации</p>	12–16

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения, кольцо Кайзера-Флейшера). Консультация врача-терапевта  Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: биохимическое исследование крови: определение концентрации церулоплазмينا и меди; определение экскреции меди в суточной моче; МРТ головного мозга	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: ЭЭГ; молекулярно-генетическая диагностика; консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	церулоплазмينا и меди в крови. Витамины и эссенциальные фосфолипиды: тиамин, пиридоксин, эссенциальные фосфолипиды. По медицинским показаниям: При экстрапирамидном синдроме: допаминергические ЛП: амантадин, прамипексол, пирибедил, леводопа/карбидопа, леводопа/бенсеразид (капсулы с модифицированным высвобождением). Диета с исключением продуктов, богатых медью (шоколад, кофе, бобовые, орехи, грибы, печень и другие)	10–12
Дистония (G24)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. Консультация врача-терапевта	Рентгенография шейного отдела позвоночника	При первичной диагностике пациент направляется в областную, республиканскую организации здравоохранения. При тоническом гиперкинезе: противопаркинсонические ЛП: антихолинергические ЛП центрального действия: тригексифенидил; миорелаксанты центрального действия: баклофен. При клоническом гиперкинезе: противосудорожные ЛП: вальпроевая кислота, карбамазепин, клоназепам. При L-DOPA чувствительной форме: допаминергические ЛП: леводопа/карбидопа, леводопа/бенсеразид (капсулы с модифицированным высвобождением); противосудорожные ЛП: вальпроевая кислота, карбамазепин. При генерализованной дистонии: антипсихотические ЛП: клозапин,	10–12

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем и кратность обследования аналогичны объему обследования в районной организации здравоохранения	Биохимическое исследование крови: определение концентрации церулоплазмينا, меди. КТ или МРТ головного (спинного) мозга. УЗИ органов брюшной полости. Молекулярно-генетическая диагностика. Консультация психолога	галоперидол, сульпирид, рисперидон; бета-адреноблокаторы: пропранолол. ФТ, ЛФК, психотерапия  Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. Дополнительно: при первичных краниальных дистониях – блефароспазме, цервикальной дистонии при отсутствии эффекта от медикаментозного лечения на областном уровне назначают: миорелаксанты периферического действия: ботулотоксин А; при ларингеальной дистонии и отсутствии эффекта от медикаментозного лечения в РНПЦ неврологии и нейрохирургии: миорелаксанты периферического действия: ботулотоксин А. При наличии медицинских показаний: врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении	10–12
Клонический гемифациальный спазм (G51.3)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. Консультация врача-терапевта		При первичной диагностике пациент направляется в областную, республиканскую организации здравоохранения. Миорелаксанты центрального действия: баклофен. Противоэпилептические ЛП: карбамазепин, клоназепам	7–10
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения	ЭНМГ и игольчатая ЭНМГ. ЭЭГ. УЗДГ прецеребральных сосудов, ТКДГ, магнитно-резонансная ангиография, при наличии нейроваскулярного конфликта для определения медицинских показаний к микроваскулярной декомпрессии – ангиография	Дополнительно: на областном уровне назначают миорелаксанты периферического действия: ботулотоксин А. При наличии медицинских показаний (при отсутствии эффекта от введения ботулотоксина А): врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении – микрососудистой декомпрессии	7–10
Другие экстрапирамидные и двигательные нарушения (эссенциальный тремор) (G25)	Районные	Общий анализ крови, подсчет количества тромбоцитов крови. Общий анализ мочи. Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО,	Консультация врача-психиатра-нарколога, психолога. Консультация врача-гастроэнтеролога	Бета-адреноблокаторы: пропранолол. Противоэпилептические ЛП: топирамат. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат,	5–10

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	<p>фибриноген, гематокрит. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения, кольцо Кайзера-Флейшера). Консультация врача-терапевта</p> <p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: биохимическое исследование крови: определение концентрации церулоплазмينا и меди; определение экскреции меди в суточной моче; МРТ головного мозга</p>	<p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: ЭЭГ; молекулярно-генетическая диагностика; консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>глицин. ФТ. Психотерапия</p> <p>Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. Дополнительно: при инвалидизирующем треморе: противосудорожные ЛП: топирамат. При наличии медицинских показаний: врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении</p>	5–10
Синдром «ригидного человека» (G25.8)	Районные	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. Консультация врача-терапевта</p>	Рентгенография шейного отдела позвоночника	<p>При первичной диагностике пациент направляется в областную, республиканскую организации здравоохранения. Продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в стационарных условиях в областной, республиканской организациях здравоохранения: анксиолитические ЛП: диазепам, тофизопам; противосудорожные ЛП: клоназепам; миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При отсутствии эффекта: глюкокортикоиды: дексаметазон</p>	10–14
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	<p>Объем и кратность обследования аналогичны объему обследования в районной организации здравоохранения</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации церулоплазмينا, меди. КТ или МРТ головного (спинного) мозга. УЗИ органов брюшной полости. Молекулярно-генетическая</p>	<p>Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. Дополнительно: при отсутствии эффекта: плазмаферез</p>	10–12

			диагностика. Консультация психолога		
Болезнь Альцгеймера (G30)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. Рентгенография органов грудной клетки. ЭКГ. КТ или МРТ головного мозга***. УЗИ щитовидной железы. ЭЭГ. Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно). Консультация врача-терапевта. Консультация врача-психиатра-нарколога	Биохимическое исследование крови: определение гормонов щитовидной железы, СРБ. Серологические исследования на ВИЧ, сифилис, Лайм-боррелиоз	При первичной постановке диагноза пациент направляется в областную организацию здравоохранения. При установленном диагнозе осуществляется госпитализация пациента при невозможности обследования в амбулаторных условиях и при необходимости проведения люмбальной пункции. Продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной в областной организации здравоохранения: По медицинским показаниям: При когнитивных нарушениях и деменции: глицин, донепезил, мемантин, ипидакрин, галантамин, холина альфосцерат, винпоцетин, ницерголин. При психотических нарушениях: антипсихотические ЛП: кветиапин, клозапин. При депрессии: антидепрессанты: флуоксетин, amitриптилин, пароксетин. При судорожном синдроме: противосудорожные ЛП: карбамазепин. ЛФК	14–16
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: консультация психолога	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: биохимическое исследование крови: определение концентрации церулоплазмина, СРБ; антифосфолипидные антитела	При первичной диагностике пациент направляется в областную организацию здравоохранения. Дополнительно: лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения	14–16
Рассеянный склероз (G35) (дебют, обострение, прогрессивное течение). Острый рассеянный энцефаломиелит (G35). Оптиконевромиелит [болезнь Девика] (G36.0). Диффузный склероз (G37.0)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. ЭКГ. Рентгенография органов грудной клетки. МРТ головного (спинного) мозга	УЗИ органов брюшной полости. Консультация врача-терапевта. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	При первичной диагностике: пациент направляется в областную, республиканскую организации здравоохранения при отсутствии возможности выполнения МРТ с контрастированием головного (спинного) мозга в районной организации здравоохранения. Глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон. При обострении РС, отсутствии эффекта от глюкокортикоидов на районном уровне пациента направляют в областную	10–14

		<p>с контрастированием***.          Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения).          Анализ СМЖ: белок, цитоз, глюкоза, хлориды.          Анализ крови на Лайм-боррелиоз, клещевой энцефалит</p>		<p>организацию здравоохранения для проведения терапии второй линии – плазмафереза, а также для решения вопроса о проведении иммуномодифицирующей терапии.          При рецидивно-ремиттирующем течении РС при умеренной частоте обострений согласно заключению врачебного консилиума, областной или республиканской организации здравоохранения назначают в межрецидивном периоде иммуномодулирующую терапию:          цитокины и иммуномодуляторы: интерферон бета-1a*, интерферон бета-1b*;          иммунодепрессанты: финголимод**;          с продолжением лечения в амбулаторных условиях.          При отсутствии эффекта в части купирования обострений РС пациенту показаны ЛП второй линии**:          иммунодепрессанты: азатиоприн**;          противоопухолевые ЛП и цитотоксические антибиотики: циклофосфамид**;          митоксантрон**;          иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный внутривенно в больших дозах**.          При вторично прогрессирующем течении РС при накладывающихся обострениях, если функциональный неврологический дефицит составляет по шкале EDSS Kurtzke не более 6,5 баллов: цитокины и иммуномодуляторы: интерферон бета-1a*, интерферон бета-1b*;          цитотоксические антибиотики: митоксантрон**;          противоопухолевые ЛП: циклофосфамид**.          При вторично прогрессирующем течении РС без обострений:          цитотоксические антибиотики: митоксантрон*;          противоопухолевые ЛП: циклофосфамид**.          Витамины: витамин D в профилактической дозе.          При оптиконевромиелите для профилактики обострений:</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>иммунодепрессанты: азатиоприн* в сочетании с глюкокортикоидами для системного применения внутривенно (метилпреднизолон) или перорально (метилпреднизолон, преднизолон), противоопухолевые ЛП: циклофосфамид**; цитотоксические антибиотики: митоксантрон**; иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный**. При недостаточной эффективности цитостатиков дополнительно назначают прерывистый плазмаферез.</p> <p>Продолжают назначение лекарственных ЛП для симптоматического лечения по схеме, рекомендованной в областной, республиканской организациях здравоохранения.</p> <p>Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид; парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин.</p> <p>По медицинским показаниям: При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен; толперизон.</p> <p>При выраженной спастичности пациента направляют на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении.</p> <p>При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: тофизопам, диазепам. При депрессии: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>При синдроме хронической усталости: допаминергические ЛП: амантадин. При нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин.</p> <p>При нейрогенных расстройствах</p>
--	--	--	--	---

	<p>Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии</p>	<p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: МРТ головного (спинного) мозга с контрастным усилением; вызванные потенциалы мозга</p>	<p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: анализ СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды; вирусологическое исследование крови и ликвора (ВПГ, цитомегаловирус); исследование крови на Лайм- боррелиоз; иммунологическое исследование крови; уродинамическое исследование; консультации других врачей- специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>мочеиспускания: недержание мочи: спазмолитические ЛП: оксибутин, тропсия хлорид; альфа-адреноблокатор: тамсулозин. При треморе: бета-блокаторы: пропранолол; противоэпилептические ЛП: топирамат, габапентин. При когнитивных нарушениях: глицин, мемантин. Психотерапия, ФТ, ЛФК, механотерапия</p> <p>При первичной диагностике пациент направляется в областную, республиканскую организацию здравоохранения. Дополнительно: При обострении РС: Повторный курс глюкокортикоидов. Плазмаферез**. При рецидивно-ремиттирующем течении и вторично-прогрессирующем течении: Проведение врачебного консилиума в областной или республиканской организации здравоохранения для назначения пациенту иммуномодулирующей терапии. При рецидивно-ремиттирующем течении РС при умеренной частоте обострений в межрецидивном периоде согласно заключению врачебного консилиума, областной или республиканской организации здравоохранения назначают иммуномодулирующую терапию: цитокины и иммуномодуляторы: интерферон бета-1a*, интерферон бета-1b*; иммунодепрессанты: финголимод**; с продолжением лечения в амбулаторных условиях. При отсутствии эффекта в части купирования обострений РС пациенту показаны ЛП второй линии: иммунодепрессанты: азатиоприн**; противоопухолевые ЛП: циклофосфамид**; цитотоксические антибиотики: митоксантрон**; иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный**. При высокой частоте обострений по рекомендациям врачебного консилиума</p>	<p>10–14</p>
--	---	--	--	---	--------------

				<p>областной или республиканской организации здравоохранения назначают: цитотоксические антибиотики: митоксантрон*.</p> <p>При вторично прогрессирующем течении РС при накладывающихся обострениях, если функциональный неврологический дефицит составляет по шкале EDSS Kurtzke не более 6,5 баллов: цитокины и иммуномодуляторы: интерферон бета-1a*, интерферон бета-1b*; цитотоксические антибиотики: митоксантрон**; противоопухолевые ЛП: циклофосфамид**.</p> <p>При выраженной спастичности врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении</p>	
<p>Острый поперечный миелит при демиелинизирующей болезни центральной нервной системы (G37.3).</p> <p>Подострый некротизирующий миелит (G37.4)</p>	Районные	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. Исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды. Рентгенография позвоночника. Рентгенография органов грудной клетки. Консультация врача-терапевта</p>	<p>Консультация врача-уролога. Консультация врача-хирурга</p>	<p>При первичной диагностике пациент направляется в областную организацию здравоохранения. При установленном диагнозе на районном уровне продолжают назначение лекарственных ЛП по схеме, рекомендованной на стационарном этапе лечения в областной организации здравоохранения.</p> <p>Коррекция гиповолемии: натрия хлорид. Глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин, пирацетам, винпоцетин, пиридостигмин, холина альфосцерат, ипидакрин. По медицинским показаниям: При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При нейрогенных расстройствах мочеиспускания: недержание мочи: спазмолитические ЛП: оксибутин, тропия хлорид; альфа-адреноблокаторы: тамсулозин. При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: тофизолам, диазепам. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При болевом синдроме и гипертермии НПВС:</p>	30–60

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: МРТ спинного мозга; соматосенсорные вызванные потенциалы	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: МРТ спинного мозга с контрастированием; вирусологическое исследование крови и СМЖ (ВПГ, цитомегаловирус); вызванные потенциалы мозга	метамизол натрия, парацетамол, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При центральном нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК, психотерапия  Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. Дополнительно: плазмаферез. При отсутствии эффекта: иммуноглобулин человека нормальный. ФТ, ЛФК	12–16
Мигрень (G43)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. ЭхоЭС. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, поля зрения, острота зрения)	УЗДГ церебральных сосудов, ТКДГ. КТ или МРТ головного мозга***. МРТ или КТ с ангиопрограммой***. ЭЭГ	Для купирования приступа мигрени: анальгетики-антипиретики: АСК, парацетамол, метамизол натрия; НПВС: диклофенак, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен (в том числе комбинации указанных лекарственных ЛП); агонисты серотониновых 5-НТ <sub>1</sub> -рецепторов: суматриптан, золмитриптан. При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид.  При мигренозном статусе: глюкокортикоиды: преднизолон, дексаметазон с корректорами. Для купирования приступа мигрени: анальгетики-антипиретики: АСК, парацетамол, метамизол натрия; НПВС: диклофенак, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен (в том числе комбинации указанных лекарственных ЛП); опиоиды: трамадол; противомигренозные ЛП: суматриптан. Психостимуляторы и ноотропы: кофеина бензоат	7–10

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: ЭЭГ; МРТ или КТ головного мозга; МРТ или КТ с ангиопрограммой	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды. УЗДГ прецеребральных сосудов; консультации других врачей- специалистов по медицинским показаниям	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения	7–10
Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы (G45)	Районные	Общий анализ крови с определением числа тромбоцитов в динамике. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ, ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ. Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. ЭКГ. УЗДГ прецеребральных сосудов. ЭхоЭС. Профиль АД. Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно). Консультация врача-терапевта. ЭхоКГ при криптогенном и кардиоэмболическом генезе заболевания, а также у пациентов моложе 45 лет при любой этиологии ТИА	УЗДГ прецеребральных сосудов. ТКДГ. Холтеровское мониторирование ЭКГ. Суточное мониторирование АД. ЭхоКГ. Агрегатометрия тромбоцитов. Консультация врача-кардиолога. Консультация других врачей- специалистов по медицинским показаниям	При развитии ТИА пациента экстренно госпитализируют в неврологическое отделение или в неврологическое отделение для пациентов с ОНМК районной (городской) организации здравоохранения. Контроль АД. Коррекцию АД проводят при систолическом АД (далее – САД) >220 мм рт. ст., диастолическом АД (далее – ДАД) >120 мм рт. ст. АД снижают не более чем на 15 % от исходного уровня в течение 24 часов. В последующем поддержание на достигнутом уровне АД, предотвращение его подъемов: ингибиторы АПФ: каптоприл, эналаприл (в том числе для внутривенного введения), лизиноприл, рамиприл; антагонисты рецепторов ангиотензина II: лозартан, валсартан; при некупируемом подъеме АД – легко титруемые ЛП: периферические антиадренергические ЛП: урапидил. Пациентам с ТИА на фоне выраженного стенозирующего атеросклероза БЦА ( $\geq 70\%$ ) показан целевой уровень АД в пределах 140– 150/90 мм рт. ст.; пациентам с сахарным диабетом показан целевой уровень АД <140/85 мм рт. ст., пациентам с хроническими заболеваниями почек показан целевой уровень АД <140/90 мм рт. ст., пациентам в возрасте $\geq 75$ лет показан целевой уровень АД в пределах 140/90– 150/90 мм рт. ст. При артериальной гипотензии (САД <110 мм рт. ст.): объемзаместительная терапия плазмозамещающими ЛП: декстран,	10–18 в зависимости от степени тяжести ТИА

				<p>гидроксиэтилкрахмал (за исключением сопутствующего инфаркта миокарда, аритмии).</p> <p>При ТИА некардиоэмболического генеза и кардиоэмболического генеза с медицинскими противопоказаниями к антикоагулянтам показан постоянный прием антиагрегантных лекарственных ЛП: АСК.</p> <p>У пациентов с ранее перенесенными ТИА и инфарктами мозга на фоне приема АСК, при непереносимости АСК, а также при лабораторной резистентности к АСК: клопидогрел.</p> <p>Острый коронарный синдром, выполненное чрескожное коронарное вмешательство, а также операция эндоваскулярного стентирования экстракраниальных артерий – абсолютные медицинские показания к двойной антиагрегантной терапии: АСК в сочетании с клопидогрелом 90 дней, а далее продолжение сроков двойной антиагрегантной терапии на основании консультации врача-кардиолога, с последующим переходом на монотерапию антиагрегантным ЛП.</p> <p>При высоком риске кардиальной эмболии (ФП, тромб левого предсердия, трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки давностью менее 4 недель, тромб левого желудочка, искусственные клапаны сердца, ревматическое поражение клапанов, ТИА в сочетании с острым трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки с подъемом сегмента ST, без признаков формирования тромба левого желудочка, при наличии передне-верхушечной акинезии или дискинезии), диссекции артерии, сопровождающейся ТИА:</p> <p>Антитромботические ЛП: антикоагулянты непрямого действия: варфарин под контролем МНО, целевой уровень МНО 2–3, контроль МНО: в течение первых 5–7 дней после назначения ежедневно или через день, затем 1–2 раза в неделю, после стабилизации МНО на необходимом уровне –</p>	
--	--	--	--	--	--

	<p>Областные. РНИЦ неврологии и нейрохирургии</p>	<p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: суточное мониторирование ЭКГ и АД; КТ или МРТ головного мозга; КТ (МРТ) с ангиопрограммой; УЗДГ прецеребральных артерий; при стенозе прецеребральной артерии мозга более 50 %: консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгено- эндоваскулярного хирурга</p>	<p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: обследование для исключения АФС, системных поражений соединительной ткани, васкулита, патологии сердца (патология клапанного аппарата, открытое овальное окно и другие); рентгенконтрастная дигитальная субтракционная ангиография церебральных сосудов</p>	<p>1 раз в 2–3 недели. При высоком риске кардиальной эмболии (неклапанная ФП, тромб левого предсердия, трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки давностью менее 4 недель, осложненный тромбом левого желудочка, ТИА в сочетании с острым трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки, осложненным формированием мурального тромба левого желудочка или нарушением подвижности передней и/или верхушечной области с ограничением фракция выброса левого желудочка &lt;40 %) и высоким риске кровотечений, в том числе при снижении клиренса креатинина до 30–50 мл/мин: антитромботические ЛП: антикоагулянты непрямого действия: дабигатран (дабигатрана этексилат), ривароксабан. Нейропротекторная терапия: магния сульфат. По медицинским показаниям: при гиперлипидемии: гиполипидемические ЛП: аторвастатин, розувастатин; при вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин. ФТ, ЛФК</p> <p>Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организацию здравоохранения. Дополнительно: при ипсилатеральном выраженном стенозе экстракраниального отдела сонных артерий (70–99 %) рекомендуется КЭА, если риск периперационной заболеваемости и смертности составляет менее 6 %. При ипсилатеральном умеренном стенозе экстракраниального отдела сонных артерий (50–69 %) вид оперативного вмешательства (КЭА или ангиопластика и стентирование) зависит от возраста и сопутствующих заболеваний. При отсутствии медицинских противопоказаний реваскуляризацию необходимо выполнить в течение 2 недель после ТИА. Каротидная ангиопластика и стентирование показаны как альтернатива КЭА при ипсилатеральном стенозе экстракраниального отдела сонной артерии &gt;70 % при</p>	<p>10–18 в зависимости от степени тяжести ТИА</p>
--	---	---	---	--	---

				<p>неинвазивной визуализации или &gt;50 % при визуализации методом катетеризационной ангиографии при средней или низкой степени риска осложнений, связанных с эндоваскулярным вмешательством. Для пожилых пациентов (старше 70 лет) предпочтительнее КЭА, для более молодых пациентов КЭА эквивалентна каротидной ангиопластике и стентированию.</p> <p>Пациентам с ипсилатеральным выраженным стенозом (&gt;70 %) при выраженном риске хирургического вмешательства или при наличии радиационного стеноза или рестеноза после КЭА, при окклюзии противоположной сонной артерии показана каротидная ангиопластика и стентирование</p>	
<p>Другие транзиторные церебральные ишемические атаки и связанные с ними синдромы (гипертензивный церебральный криз) (G45.8)</p>	<p>Районные. Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ, ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ. Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. ЭКГ. ЭхоЭС. Профиль АД. Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно). Консультация врача-терапевта</p>	<p>Исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды. ЭхоКГ. УЗДГ прецеребральных сосудов. ТКДГ. ЭЭГ. КТ или МРТ головного мозга. КТ или МРТ с ангиопрограммой. Рентгенография органов грудной клетки. При стенозе прецеребральной артерии более 50 % – консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга. Консультация врача-кардиолога. Консультация других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>При развитии других ТИА пациента экстренно госпитализируют в неврологическое отделение для пациентов с ОНМК районной (городской) организацию здравоохранения. Контроль АД. Коррекцию АД проводят при САД &gt;220 мм рт. ст., ДАД &gt;120 мм рт. ст. АД снижают не более чем на 15 % от исходного уровня в течение 24 часов: ингибиторы АПФ: каптоприл, эналаприл (в том числе для внутривенного введения), лизиноприл, рамиприл; антагонисты рецепторов ангиотензина II: лозартан, валсартан; при некупируемом подъеме АД легко титруемые ЛП: периферические антиадренергические ЛП: урапидил. Предпочтительны легко титруемые ЛП: периферические антиадренергические ЛП: урапидил. Пациентам с ТИА на фоне выраженного стенозирующего атеросклероза БЦА (<math>\geq 70\%</math>) показан целевой уровень АД в пределах 140–150/90 мм рт. ст. Пациентам с сахарным диабетом показан целевой уровень АД &lt;140/85 мм рт. ст.; пациентам с хроническими заболеваниями почек показан целевой уровень АД &lt;140/90 мм рт. ст., в возрасте 75 лет и старше показан</p>	<p>10–18 в зависимости от степени тяжести ТИА</p>

				<p>целевой уровень АД в пределах 140–150/90 мм рт. ст.</p> <p>При артериальной гипотензии (САД &lt;110 мм рт. ст.): объемзаместительная терапия плазмозамещающими ЛП: декстран, гидроксиэтилкрахмал (за исключением сопутствующего инфаркта миокарда, аритмии).</p> <p>Постоянный прием антиагрегантных ЛП: АСК.</p> <p>У пациентов с ранее перенесенными ТИА и ИМ на фоне приема АСК, при непереносимости АСК, а также при лабораторной резистентности к АСК: клопидогрел.</p> <p>Нейропротекторная терапия: магния сульфат.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При гиперлипидемии: гиполипидемические ЛП: аторвастатин, розувастатин.</p> <p>При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин. ФТ, ЛФК</p>	
Поражение тройничного нерва (G50)	Районные	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ.</p> <p>Рентгенография придаточных пазух носа.</p> <p>Консультация врача-оториноларинголога.</p> <p>Консультация врача-стоматолога.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения)</p>	<p>Анализ СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды.</p> <p>ЭхоЭС.</p> <p>Рентгенография височно-челюстных суставов.</p> <p>КТ или МРТ головного мозга***.</p> <p>Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>Глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами.</p> <p>При нейропатическом болевом синдроме: противоспазмолитические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин; миорелаксанты центрального действия: баклофен.</p> <p>При некупирующемся выраженном болевом пароксизме: враческий консилиум для назначения опиоидов: трамадола. ФТ.</p> <p>При отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии: пациент направляется на враческую консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении</p>	10–12
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	<p>Объем и кратность обследования аналогичны объему и кратности обследования в районной организации здравоохранения</p>	<p>Вирусологическое исследование крови и СМЖ.</p> <p>Исследование крови на Лайм-боррелиоз, СКВ, сифилис, ВИЧ. ЭЭГ.</p> <p>КТ (МРТ) с ангиопрограммой.</p>	<p>Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения.</p> <p>Дополнительно: враческий консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса</p>	10–12

			Ортопантомография. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	о проведении хирургического лечения: микроваскулярной декомпрессии или ризотомии тройничного нерва по медицинским показаниям	
Поражение лицевого нерва (G51)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ. Консультация: врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения)	Исследование крови на Лайм-боррелиоз, СКВ, сифилис, туберкулез, ВИЧ. КТ (МРТ) головного мозга*** для исключения новообразований (холестеатомы, невриномы лицевого нерва, гломусной опухоли, менингиомы, саркомы, шванномы, злокачественного новообразования слюнных желез и другого)	Глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Противовирусные ЛП прямого действия при вирусной этиологии заболевания: ацикловир, валацикловир. Мочегонные ЛП: фуросемид. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ницерголин. Нейропротекторная терапия (при отсутствии угрозы контрактуры мимических мышц) через 4 недели от начала заболевания: глицин, неостигмин, холина альфосцерат, ипидакрин. По медицинским показаниям: При угрозе развития контрактуры мимических мышц: противоспазматические ЛП: карбамазепин; миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. ФТ, ЛФК. При отсутствии эффекта: пациент направляется в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для уточнения диагноза и коррекции лечения	10–12
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: КТ или МРТ головного мозга; ЭНМГ	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения	10–12
Поражение плечевого сплетения (G54.0)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ. Рентгенография шейного отдела позвоночника, костей плечевого пояса. Исследование СМЖ: белок,	Вирусологическое исследование крови и СМЖ с ПЦР, серологические пробы, иммунологические методы экспресс-диагностики. Исследование крови на Лайм-боррелиоз, ревматологические заболевания. КТ или МРТ шейного отдела позвоночника***, плечевого сплетения.	Глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами при идиопатической, диабетической плексопатии, плексопатии при системных васкулитах. Антибиотикотерапия при Лайм-боррелиозе: цефтриаксон; противовирусная терапия при вирусах Herpes simplex 1-го и 2-го типов, вирусе Varicella zoster, вирусе Эпштейна-Барр и цитомегаловирусе: ацикловир. Периферические вазодилататоры:	10–14

	<p>Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии</p>	<p>глюкоза, хлориды, клеточный состав</p> <p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения</p>	<p>КТ органов грудной клетки***. ЭНМГ. Консультация других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p> <p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: исследование крови на системные васкулиты, ВИЧ; УЗДГ прецеребральных артерий;</p>	<p>пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, ипидакрин. По медицинским показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: НПВС пролонгированного действия или с медленным высвобождением: диклофенак, индометацин, кетопрофен, кеторолак, целекоксиб; противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин. При выраженном некупирующемся нейропатическом болевом синдроме врачебный консилиум для назначения опиоидов: трамадола. ФТ, ЛФК, механотерапия. При рефрактерном нейропатическом болевом синдроме: врачебный консилиум для решения вопроса о хирургическом лечении в областной организации здравоохранения. При отсутствии эффекта от проводимой терапии при нетравматическом генезе заболевания пациента направляют на врачебную консультацию в областную организацию здравоохранения, РНПЦ неврологии и нейрохирургии для уточнения диагноза и коррекции лечения. При травматическом генезе заболевания при выраженном двигательном дефиците пациент направляется на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении</p> <p>Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. Дополнительно: врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении при травматическом генезе заболевания</p>	<p>10–12</p>
--	---	---	--	---	--------------

			УЗИ нервных стволов и мягких тканей конечностей; КТ органов грудной клетки; МРТ-миелография; МРТ-нейрография плечевого сплетения; МРТ тензорная трактография; консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям		
Поражение пояснично-крестцового сплетения (G54.1)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ. Рентгенография костей таза, тазобедренных суставов, пояснично-крестцового отдела позвоночника. Исследование СМЖ: белок, глюкоза, хлориды, клеточный состав	Вирусологическое исследование крови и СМЖ с ПЦР, серологические пробы, иммунологические методы экспресс-диагностики. ЭНМГ. УЗИ органов малого таза. УЗИ органов брюшной полости. УЗИ брюшного отдела аорты сосудов нижних конечностей. Исследование крови на ПСА. КТ или МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника***. КТ органов брюшной полости*** КТ органов малого таза***. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	Глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Антибиотикотерапия при нейроборрелиозе: цефтриаксон; противовирусная терапия при вирусах Herpes simplex 1-го и 2-го типов, вирусе Varicella zoster, вирусе Эпштейна-Барр и цитомегаловирусе: ацикловир. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, ипидакрин. По медицинским показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: НПВС и противоревматические ЛП пролонгированного действия или с медленным высвобождением: диклофенак, индометацин, кетопрофен, кеторолак, кетопрофен, целекоксиб; противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При выраженном некупирующемся нейропатическом болевом синдроме врачебный консилиум для назначения опиоидов: трамадола. Парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, ипидакрин. ФТ, ЛФК, механотерапия. При травматическом генезе заболевания пациент направляется на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении.	10–14

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения	При отсутствии эффекта от проводимой терапии при нетравматическом генезе заболевания пациент направляется на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для уточнения диагноза и коррекции лечения  Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. Дополнительно: при рефрактерном нейропатическом болевом синдроме врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении	10–12
Невралгическая амиотрофия (G54.5)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ, КФК, СРБ, ревмофактор, исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды	ЭНМГ. Консультация врача-терапевта	Глюкокортикоиды: метилпреднизолон для системного применения*, с последующим переходом на метилпреднизолон, преднизолон внутрь внутри с корректорами. Мочегонные ЛП: фуросемид. Парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, ипидакрин. По медицинским показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: НПВС пролонгированного действия или противоревматические ЛП с медленным высвобождением: диклофенак, индометацин, кетопрофен, кеторолак, целекоксиб; противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При выраженном некупирующемся нейропатическом болевом синдроме врачебный консилиум для назначения опиоидов: трамадола. ФТ, ЛФК, механотерапия. При отсутствии эффекта от проводимой терапии пациент направляется в областную организацию здравоохранения, РНПЦ неврологии и нейрохирургии для уточнения диагноза и коррекции лечения	12–14
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: ЭНМГ; рентгенография органов	Исследование крови на Лайм- боррелиоз, СКВ, сифилис, ВИЧ. Вирусологическое исследование крови и ликвора. КТ или МРТ органов грудной	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения	10–12

		грудной клетки, плечевого пояса. УЗИ прецеребральных сосудов; МРТ шейного отдела консультация врача-терапевта	клетки. УЗИ нервных стволов и мягких тканей конечностей. Соматосенсорные вызванные потенциалы. Консультация врача-фтизиатра, врача-нейрохирурга		
Мононевропатии верхней конечности (G56).  Мононевропатии нижней конечности (G57)	Районные	Рентгенография органов грудной клетки, плечевого пояса. Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ	ЭНМГ. Рентгенография шейного отдела позвоночника, суставов верхней конечности. УЗИ щитовидной железы. Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, костей таза, суставов нижней конечности. УЗИ органов малого таза, органов брюшной полости. Консультация других врачей-специалистов по медицинским показаниям	Глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, ипидакрин. По медицинским показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. Глюкокортикоиды для лечебных блокад: метилпреднизолон, дексаметазон. ФТ, ЛФК, механотерапия. При туннельных синдромах (синдром карпального канала, кубитального канала) при выраженном рефрактерном нейропатическом болевом синдроме и выраженном двигательном дефиците пациент направляется на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении	10–14
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: ЭНМГ; УЗИ нервных стволов и мягких тканей конечностей	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды; исследование крови на Лайм-боррелиоз, СКВ, сифилис, ВИЧ; УЗИ сосудов верхних и нижних конечностей; УЗИ нервных стволов и мягких тканей конечностей; КТ или МРТ шейного (поясничного) отделов	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. Дополнительно: при туннельных синдромах (синдром карпального канала, кубитального канала) при выраженном рефрактерном нейропатическом синдроме и выраженном двигательном дефиците – врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении	10–14

			позвоночника; консультации двух врачей-специалистов по медицинским показаниям		
Наследственная и идиопатическая невропатия (G60) (за исключением наследственной моторной и сенсорной невропатии (G60.0))	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ. Исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды	ЭНМГ. УЗИ щитовидной железы. УЗИ органов брюшной полости. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения), консультация врача-эндокринолога	Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. При нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК, механотерапия	10–12
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: ЭНМГ	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: исследование крови на Лайм-боррелиоз, СКВ, сифилис, ВИЧ; УЗИ нервных стволов и мягких тканей конечностей; гистологическое исследование нерва; молекулярно-генетическое консультирование; консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения	10–12
Воспалительная полиневропатия (G61).  Острая воспалительная полиневропатия (G61.0)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ, СРБ. Исследование СМЖ: клеточный состав, общий белок, глюкоза, электролиты. ЭКГ. Консультация: врача-офтальмолога (глазное дно). Консультация врача-терапевта	УЗИ органов брюшной полости. ЭНМГ. Рентгенография органов грудной клетки. Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям	При подозрении на острую воспалительную полиневропатию экстренная госпитализация в областную организацию здравоохранения для проведения патогенетической терапии. На районном уровне продолжают назначение ЛП по схеме, рекомендованной на стационарном этапе лечения в областной, республиканской организациях здравоохранения. Мониторинг АД, ЭКГ, частоты сердечных сокращений (далее – ЧСС) для своевременной коррекции синдрома периферической вегетативной недостаточности. Перевод на ИВЛ по медицинским показаниям (при ЖЕЛ менее 15 мл/кг массы тела). Поднятие головного конца кровати на 30°.	12–14

	<p>Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии</p>	<p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: контроль суточного диуреза; исследование крови на Лайм- боррелиоз, СКВ, сифилис, ВИЧ;</p>	<p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: биохимическое исследование крови: определение СРБ, ревмофактора; вирусологическое исследование</p>	<p>Установка назогастрального зонда, мочевого катетера по медицинским показаниям. Контроль АД. Для снижения АД предпочтительны легко титруемые ЛП: периферические антиадренергические ЛП: урапидил внутривенно; ингибиторы АПФ: каптоприл, эналаприл (в том числе для внутривенного введения). При тахикардии: бета-адреноблокаторы: пропранолол, метопролол, бисопролол, карведилол, атенолол, небиволол. При артериальной гипотензии (систолическое АД ниже 110 мм рт. ст.): объемзаместительная терапия: плазмозамещающие ЛП: гидроксиэтилкрахмал, декстран (за исключением сопутствующего инфаркта миокарда, аритмии). При отсутствии эффекта: кардиотонические ЛП: допамин. Низкие дозы гепарина, НМГ назначают с целью профилактики тромбоза глубоких вен у обездвиженных пациентов, при варикозной болезни нижних конечностей, при ТЭЛА в анамнезе, тем пациентам, кому противопоказаны антикоагулянты, – АСК. Парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин. По медицинским показаниям: при гипертермии: анальгетики-антипиретики: АСК, метамизол натрия, парацетамол; при нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При подозрении на инфекцию дыхательных или мочевыводящих путей – антибактериальные ЛП. ФТ, ЛФК</p> <p>Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. Дополнительно: плазмаферез; иммуноглобулины: иммуноглобулин</p>	<p>12–14</p>
--	---	---	--	--	--------------

		иммунологическое исследование крови; ЭНМГ; МРТ головного и (или) спинного мозга	крови и СМЖ; исследование вызванных соматосенсорных потенциалов, вибрационной чувствительности, вестибулометрия	человека нормальный. Коррекция гиповолемии: натрия хлорид	
Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (G61.8)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ, СРБ. Исследование СМЖ: клеточный состав, общий белок, глюкоза, электролиты. ЭКГ. Консультация врача-терапевта. Контроль суточного диуреза. Исследование крови на Лайм-боррелиоз, СКВ, сифилис, ВИЧ	Рентгенография органов грудной клетки. УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы. Консультация врача-терапевта. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям	При первичной диагностике осуществляется госпитализация пациента в областную, республиканскую организации здравоохранения. Продолжают назначение поддерживающей терапии и других ЛП по схеме, рекомендованной на стационарном этапе лечения в областной, республиканской организациях здравоохранения. При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК, механотерапия	14–16
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: ЭНМГ; МРТ спинного мозга	Определение антинуклеарных антител. Исследование крови на вирусные гепатиты (А, В, С). Вирусологическое исследование крови и СМЖ. Электрофорез белков сыворотки крови для исключения парапротеинемии. Рентгенография плоских костей для исключения миеломной болезни. ФГДС. Гистологическое исследование нервов. УЗИ периферических нервов	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. Дополнительно: сенсомоторная форма: Глюкокортикоиды: метилпреднизолон для системного применения*, с последующим переходом на метилпреднизолон, преднизолон внутрь; иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный*; плазмаферез**. Изолированная моторная форма: иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный. Поддерживающая терапия при данных видах neuropathies: если терапия первой линии оказывается эффективной, то ее продолжают до момента достижения максимального эффекта. Затем дозу ЛП снижают до максимально низкой эффективной. При отсутствии эффекта при приеме в качестве поддерживающей терапии внутривенного иммуноглобулина человека	12–14

				<p>нормального или глюкокортикоидов для системного применения внутривенно (метилпреднизолон) или перорально (метилпреднизолон, преднизолон) или плазмафереза дополнительно назначают иммуносупрессоры:</p> <p>иммунодепрессанты: азатиоприн, циклоспорин; алкилирующие агенты: циклофосфамид, антимаетаболиты: метотрексат.</p> <p>Мультифокальная моторная нейропатия: иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный. Внутривенное введение в течение 5 суток, если имеется положительная динамика, то переходят на поддерживающую терапию иммуноглобулином. Не показаны глюкокортикоиды и плазмаферез, т.к. они ухудшают клиническое течение заболевания. Поддерживающая терапия при мультифокальной моторной нейропатии: Иммуноглобулин человека нормальный внутривенно вводят один раз в 2–4 недели или раз в 1–2 месяца. Если эффективность внутривенного иммуноглобулина человека нормального недостаточна в уменьшении неврологического дефицита и достижения ремиссии, то к лечению добавляют: иммунодепрессанты: азатиоприн, циклоспорин; цитотоксические антибиотики и родственные им соединения: митоксантрон. Не рекомендуется назначение циклофосфамида ввиду высокой токсичности при данной схеме лечения</p>	
Другие полиневропатии (G62)	Районные	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ.</p> <p>Исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды</p>	<p>ЭНМГ.</p> <p>УЗИ щитовидной железы, органов брюшной полости, органов малого таза. Рентгенография органов грудной клетки.</p> <p>ФГДС.</p> <p>Консультация врача-терапевта.</p> <p>Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>Метаболики: мельдоний, витамин В1 и его комбинации с витаминами В6 и В12.</p> <p>Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин.</p> <p>Парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, ипидакрин.</p> <p>Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид.</p> <p>По медицинским показаниям:</p>	10–16

	Областные. РНПЦ неврологии нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: ЭНМГ	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: гистологическое исследование нерва; определение концентрации иммуноглобулинов классов А, М, G, определение количества субпопуляций Т- и В-лимфоцитов, определение факторов неспецифической резистентности: показатели фагоцитоза, системы комплемента; исследование крови на Лайм- боррелиоз, СКВ (антинуклеарные антитела), сифилис, ВИЧ; УЗИ нервных стволов и мягких тканей конечностей	При хроническом нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При диабетической и алкогольной полинейропатии: тиоктовая кислота. ФТ, ЛФК, механотерапия  Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения	10–16
Миастения гравис и другие нарушения нервно-мышечного синапса (G70).  Поражения нервно-мышечного синапса и мышц при болезнях, классифицированных в других рубриках (G73)	Районные	При первичной диагностике: общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ, КФК; исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит; ЭКГ; МРТ (КТ) органов средостения (вилочковой железы)***; неостигминовый тест.  При установленном диагнозе: объем обследования аналогичен объему обследования при	Гормоны щитовидной железы. УЗИ щитовидной железы. УЗИ органов брюшной полости. МРТ (КТ) головного мозга***. Консультация врача-терапевта. ФГДС. Консультация врача-эндокринолога (в случае развития стероидного сахарного диабета). Консультация врача-офтальмолога (при подозрении на катаракту, обусловленную глюкокортикоидами)	Парасимпатомиметические ЛП: пиридостигмин, неостигмин. При отсутствии эффекта от приема парасимпатомиметических ЛП назначают Глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон внутрь с отменой парасимпатомиметических ЛП или приемом в минимальной дозе. ФТ, ЛФК. При декомпенсации состояния: увеличивают дозу пиридостигмина. При наличии глазодвигательных, бульбарных, дыхательных нарушений, выраженной слабости в конечностях: глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон. Миастенический криз (кризовое состояние с дыхательными нарушениями): неостигмин подкожно, при отсутствии эффекта: перевод на искусственную	Длительность лечения зависит от клинической ситуации

		<p>первичной диагностике. Дополнительно: КТ органов средостения (при подозрении на рецидив тимомы).</p> <p>При длительном приеме кортикостероидов: профиль глюкозы, контроль АД. При длительном приеме иммунодепрессантов: общий анализ крови (лейкоциты, тромбоциты); биохимическое исследование крови: АЛАТ, АсАТ</p>		<p>вентиляцию легких (далее – ИВЛ). При развитии холинергического и смешанного криза: Перевод на ИВЛ по медицинским показаниям. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, подача кислорода через назальный зонд со скоростью 2–4 л/мин. Поднятие головного конца кровати на 30°. Установка назогастрального зонда, мочевого катетера. Отмена парасимпатомиметических ЛП (пиридостигмин, неостигмин). Назначение пульс-терапии глюкокортикоидами: метилпреднизолон для системного применения внутривенно. После экстубации метилпреднизолон, преднизолон внутрь в дозе 1 мг/кг. Иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный. Коррекция гиповолемии: натрия хлорид. При высоком риске тромбоэмболии из глубоких вен и ТЭЛА – прерывистая пневматическая компрессия, при ее отсутствии – компрессионные чулки. В случае тромбоза глубоких вен нижних конечностей показано назначение гепарина, НМГ, варфарина, тем пациентам, кому противопоказаны антикоагулянты, – АСК. При восстановлении спонтанного адекватного дыхания – отключают от аппарата ИВЛ (но не экстубируют) и продолжают введение неостигмина каждые 4–6 часов с экстубацией через сутки наблюдения при сохранении адекватного дыхания. При отсутствии реакции на введение неостигмина (неадекватном дыхании) продолжают ИВЛ. Неостигминовый тест повторяют 1 раз в сутки. По медицинским показаниям: антибактериальная терапия</p>	
	Областные	<p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: ЭНМГ</p>	<p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: МРТ (КТ) головного мозга</p>	<p>Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. Дополнительно: при декомпенсации состояния – появление выраженных бульбарных и (или)</p>	<p>Длительность лечения зависит от клинической ситуации</p>

	РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем и кратность обследования аналогичны объему и кратности обследования в областной организации здравоохранения	Объем обследования аналогичен объему обследования в областной организации здравоохранения	<p>дыхательных нарушений: плазмаферез; иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный.</p> <p>При миастеническом кризе: плазмаферез; иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный</p> <p>Аналогично лечению, проводимому пациенту в районной, областной организациях здравоохранения.</p> <p>Дополнительно:</p> <p>при отсутствии ремиссии на монотерапии глюкокортикоидами, а также пациентам с сахарным диабетом, системным остеопорозом и выраженными бульбарными и/или дыхательными нарушениями, не отвечающими на терапию глюкокортикоидами, назначают иммунодепрессанты: азатиоприн* с постепенным уменьшением дозы преднизолона или метилпреднизолона внутрь. При отсутствии эффекта от приема азатиоприна с глюкокортикоидами для системного применения внутривенно (метилпреднизолон) или перорально (метилпреднизолон, преднизолон) с корректорами в течение 8–12 месяцев: антиметаболиты: метотрексат** или иммунодепрессанты: циклоспорин**.</p> <p>Пациентам с тимомой и без тимомы до 45 лет в стадии полной компенсации и ремиссии проводится консилиум для решения вопроса о проведении тимэктомии</p>	
Субарахноидальное кровоизлияние (I60)	Районные	<p>Оценка уровня сознания по шкале ком Глазго, шкале Ханта и Хесса.</p> <p>Скрининг на наличие нарушений глотания.</p> <p>Общий анализ крови с определением числа тромбоцитов, гематокрита.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ,</p>	<p>Определение газового состава крови (напряжение кислорода, углекислого газа, рН).</p> <p>ЭЭГ.</p> <p>Рентгенография черепа (при подозрении на черепно-мозговую травму (далее – ЧМТ).</p> <p>Дигитальная субтракционная ангиография.</p> <p>Повторно КТ-ангиография или дигитальная субтракционная ангиография через 3 недели – 3 месяца начала заболевания при подозрении на аневризму сосудов</p>	<p>Госпитализация и лечение пациента в палате реанимации и интенсивной терапии неврологического отделения для пациентов с ОНМК, в отделение анестезиологии и реанимации организации здравоохранения.</p> <p>Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, подача кислорода через назальный зонд со скоростью 2–4 л/мин.</p> <p>Перевод на ИВЛ по медицинским показаниям.</p> <p>Поднятие головного конца кровати на 30°.</p> <p>Установка назогастрального зонда, мочевого катетера по медицинским показаниям.</p> <p>Мониторинг АД. При уровне систолического</p>	14–30 в зависимости от тяжести состояния

		<p>АсАТ. Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит, Д-димеры. ЭКГ. Рентгенография органов грудной клетки. КТ или МРТ головного мозга***. КТ или МРТ с ангиопрограммой. ТКДГ.</p> <p>При отсутствии признаков дислокации мозга и при подозрении на САК выполнение люмбальной пункции и исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, калий, натрий, хлориды, эритроциты свежие, выщелоченные. Консультация врача-нейрохирурга. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно), врача-терапевта</p>	<p>головного мозга. УЗИ почек. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>АД 150–220 мм рт. ст. показано его быстрое и безопасное снижение до 140 мм рт. ст. в течение часа. Если систолическое АД &gt;220 мм рт. ст., показано интенсивное снижение АД с применением непрерывной внутривенной инфузии периферического антиадренергического препарата (урапидил по схеме) и мониторинга АД. Рекомендуемый уровень систолического АД до хирургического лечения аневризмы: ниже 180 мм рт. ст. При повышении АД, а также для профилактики ангиоспазма: блокаторы кальциевых каналов: нимодипин внутрь (при нарушении глотания через назогастральный зонд). При невозможности приема нимодипина внутрь – внутривенное введение нимодипина в течение 5–7 суток с последующим приемом внутрь. При диастолическом АД &gt;140 мм рт. ст. (по результатам двукратного измерения с интервалом 5 минут): периферические антиадренергические препараты: урапидил. При артериальной гипотензии (систолическое АД ниже 110 мм рт. ст.): объемзаместительная терапия: препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты: гидроксипропилкрахмал, декстран (за исключением сопутствующего инфаркта миокарда, аритмии). При отсутствии эффекта: кардиотонические ЛПП: допамин. Коррекция концентрации глюкозы крови: при концентрации глюкозы крови 10 ммоль/л и выше дробное введение инсулина с учетом уровня гликемии независимо от наличия или отсутствия сахарного диабета в анамнезе. Поддержание нормоволемии под контролем центрального венозного давления и диуреза. Коррекция гиповолемии: натрия хлорид; растворы, влияющие на водно-электролитный баланс: электролиты (натрия ацетат / натрия хлорид / калия хлорид) (ацесоль); электролиты (натрия хлорид / калия хлорид /</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>кальция хлорид) (Рингер). Аналгезия и седация при проведении всех манипуляций. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. По медицинским показаниям: При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: тофизопам, диазепам; антипсихотические ЛП: трифлуоперазин, хлорпротиксен. При болевом синдроме и гипертермии: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол, НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб; опиоиды: трамадол. При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид. При судорожном синдроме: противоэпилептические ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При коагулопатии (ПТИ &lt;60 %, АЧТВ &gt;35 секунд): свежезамороженная плазма (далее – СЗП) внутривенно капельно (до нормализации показателей коагулограммы). При клинических и КТ-признаках нарастающего отека мозга, повышении внутричерепного давления (далее – ВЧД) более 15 мм рт. ст. (по данным мониторинга), не снижающегося на фоне седации и (или) аналгезии, уровне натрия плазмы менее 150 ммоль/л (контроль электролитов не реже 2 раз в сутки): растворы с осмодиуретическим действием внутривенно: сормантол, маннитол, с последующим введением внутривенно мочегонных ЛП: фуросемид. Введение указанных ЛП повторяют каждые 4–5 часов с учетом клинических проявлений и уровня осмолярности плазмы (не более 295 ммоль/кг). Введение осмотических диуретиков противопоказано при почечной</p>	
--	--	--	--	---	--

	<p>Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии</p>	<p>Объем и кратность обследования аналогичны объему и кратности обследования в областной организации здравоохранения. Дополнительно: при отсутствии признаков дислокации мозга: исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды, эритроциты свежие, выщелоченные; КТ или МРТ головного мозга; КТ или МРТ – с ангиопрограммой; рентгенконтрастная дигитальная субтракционная ангиография; ТКДГ</p>	<p>Аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: при исключении мешотчатой аневризмы или артериовенозной мальформации: уточнение этиологического фактора: болезни крови, опухоль головного мозга, тромбоз венозных синусов мозга, антифосфолипидный синдром, коллагеноз, ревматизм</p>	<p>недостаточности, отеке легких и декомпенсированной сердечной недостаточности. При наличии клинико-нейровизуализационных признаков острой окклюзионной гидроцефалии (при прорыве крови в желудочки мозга): хирургическая операция: установка наружного вентрикулярного дренажа с датчиком ВЧД. При высоком риске тромбоэмболии из глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА: прерывистая пневматическая компрессия, при отсутствии – компрессионные чулки; гепарин или НМГ через 3–4 суток после кровоизлияния; тем пациентам, кому противопоказаны антикоагулянты: АСК. В случае тромбоза глубоких вен: гепарин или через 1–4 суток после кровоизлияния; после окклюзии аневризмы – не ранее чем через 12 ч после операции и безотлагательно – после койлинга. Антибактериальные ЛП при подозрении на инфекцию дыхательных или мочевыводящих путей</p> <p>Аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. Дополнительно: При выявлении мешотчатой аневризмы или артериовенозной мальформации и тяжести состояния, соответствующей IV – V степеням по шкале Ханта и Хесса: медикаментозная терапия до стабилизации состояния (на основании консультации врача-нейрохирурга). При выявлении мешотчатой аневризмы или артериовенозной мальформации, тяжести состояния, соответствующей I – III степеням по шкале Ханта и Хесса, после консультации врача-нейрохирурга: перевод в нейрохирургическое отделение РНПЦ неврологии и нейрохирургии для хирургического лечения.</p> <p>Перед операцией проводится врачебный консилиум в составе врача-невролога, врача-</p>	<p>14–30 в зависимости от тяжести состояния</p>
--	---	--	--	---	---

				<p>нейрохирурга, врача-рентгено-эндovasкулярного хирурга и врача-анестезиолога-реаниматолога для определения оптимальной тактики лечения.</p> <p>В случаях, когда клипирование и койлинг одинаково эффективны, предпочтительнее клипирование.</p> <p>Клипирование также более предпочтительно у пациентов молодого возраста, при наличии внутричерепной гематомы, при аневризмах средней мозговой артерии, перикаллезной артерии, широкой шейке аневризмы, а также в случае, когда непосредственно из мешка аневризмы выходят артериальные ветви.</p> <p>Эндovasкулярное вмешательство предпочтительнее у пациентов старше 70 лет, при отсутствии внутричерепной гематомы, при аневризмах вертебро-базиллярного бассейна, узкой шейке аневризмы, при однокamерной аневризме</p>	
Внутриmозговое кровоизлияние (I61)	Районные	<p>Оценка уровня сознания по шкалы комы Глазго, шкале Ханта и Хесса.</p> <p>Скрининг на наличие нарушений глотания.</p> <p>Интенсивное мониторингoвание уровня сознания, АД, ЭКГ, температуры тела.</p> <p>Мониторинг глюкозы крови, электролитов и лейкоцитов.</p> <p>Общий анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов, ретикулоцитов крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, альбумин, общий билирубин, мочевиha, натрий, калий, хлор, АлАТ, АсАТ.</p> <p>Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит, Д-димеры. Мониторинг АД.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Рентгенография черепа при</p>	<p>КТ или МРТ головного мозга, КТ или МРТ с контрастным усилением при подозрении на сосудистую мальформацию и опухоль головного мозга.</p> <p>Дигитальная субтракционная ангиография.</p> <p>ЭЭГ при наличии эпилептических и когнитивном снижении.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки.</p> <p>Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>Госпитализация и лечение пациента в палате реанимации и интенсивной терапии неврологического отделения для пациентов с ОНМК или в отделении анестезиологии и реанимации организации здравоохранения.</p> <p>Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, подача кислорода через назальный зонд со скоростью 2–4 л/мин.</p> <p>Перевод на ИВЛ по медицинским показаниям.</p> <p>Поднятие головного конца кровати на 30°.</p> <p>Установка назогастрального зонда, мочевого катетера по медицинским показаниям.</p> <p>Мониторинг АД.</p> <p>Пациентам с САД 150–220 мм рт. ст. и без медицинских противопоказаний к интенсивному лечению АД показано быстрое снижение САД до 140 мм рт. ст.</p> <p>Пациентам с САД &gt;180 мм при наличии признаков церебрального вазоспазма или повышения ВЧД АД снижают до 160/90 мм рт. ст. в течение 1–1,5 часа с последующим поддержанием на достигнутом уровне.</p> <p>Если систолическое АД &gt;220 мм рт. ст. и (или) диастолическое АД &gt;140 мм рт. ст.</p>	14–30 в зависимости от тяжести состояния

		<p>подозрении на ЧМТ. КТ или МРТ головного мозга. КТ или МРТ с ангиопрограммой***. Консультация: врача-нейрохирурга, врача-терапевта, врача-офтальмолога (глазное дно). При отсутствии признаков дислокации мозга: исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды, эритроциты свежие, выщелоченные</p>		<p>(по результатам двукратного измерения с интервалом 5 минут): быстрое интенсивное снижение АД с применением непрерывной внутривенной инфузии периферического антиадренергического препарата урапидил по схеме и мониторинга АД. Для медицинской профилактики ангиоспазма: блокаторы кальциевых каналов: нимодипин внутрь (при нарушении глотания через назогастральный зонд). При невозможности приема нимодипина внутрь – внутривенное введение нимодипина в течение 5–7 суток с последующим приемом внутрь. При артериальной гипотензии (систолическое АД ниже 110 мм рт. ст.): объемзаместительная терапия: препараты плазмы крови и плазмозамещающие ЛП: гидроксиэтилкрахмал, декстрана (за исключением сопутствующего инфаркта миокарда, аритмии). При отсутствии эффекта: кардиотонические ЛП: допамин. В зависимости от гемодинамического эффекта (уровня АД, ЧСС) корректируют скорость внутривенно введения допамина. Коррекция концентрации глюкозы крови: при концентрации глюкозы крови 10 ммоль/л и выше дробное введение инсулина с учетом уровня гликемии независимо от наличия или отсутствия сахарного диабета в анамнезе. Поддержание нормоволемии под контролем центрального венозного давления и диуреза. Коррекция гиповолемии: натрия хлорид; электролиты (натрия ацетат / натрия хлорид / калия хлорид) (ацесоль); электролиты (натрия хлорид / калия хлорид / кальция хлорид) Рингер). Нейропротекторная терапия: магния сульфат. Решение вопроса о хирургическом лечении после врачебной консультации врача-нейрохирурга. При высоком риске тромбоэмболии</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>из глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА: прерывистая пневматическая компрессия, при отсутствии – компрессионные чулки, гепарин или НМГ в течение 3–4 суток; тем пациентам, кому противопоказаны антикоагулянты: АСК.</p> <p>В случае тромбоза глубоких вен: гепарин или НМГ через 1–4 суток после кровоизлияния; тем пациентам, кому противопоказаны антикоагулянты: АСК.</p> <p>При клинических и КТ-признаках нарастающего отека мозга, повышении ВЧД более 15 мм рт. ст. (по данным мониторинга), не снижающегося на фоне седации и (или) аналгезии, уровне натрия плазмы менее 150 ммоль/л (контроль электролитов не реже 2 раз в сутки):</p> <p>растворы с осмодиуретическим действием внутривенно: сормантол, маннитол, с последующим введением внутривенно мочегонных ЛП: фуросемид. Введение указанных ЛП повторяют каждые 4–5 ч с учетом клинических проявлений и уровня осмолярности плазмы (не более 295 ммоль/кг). Введение осмотических диуретиков противопоказано при почечной недостаточности, отеке легких и декомпенсированной сердечной недостаточности.</p> <p>При гипоальбуминемии: препараты плазмы крови и плазмозамещающие ЛП: альбумина внутривенно.</p> <p>При гипертонических кровоизлияниях по типу геморрагического пропитывания: витамин К и другие гемостатики: этамзилат.</p> <p>При коагулопатии (ПТИ &lt;60 %, АЧТВ &gt;35 секунд): СЗП внутривенно капельно (до нормализации показателей коагулограммы).</p> <p>Пациентам с внутримозговой гематомой (далее – ВМГ), МНО которых повысилось вследствие приема антагонистов витамина К, показан комплексный концентрат витамин-К-зависимых факторов свертывания (II, VII, IX, X), витамин К внутривенно, СЗП для коррекции МНО.</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>Пациентам с ВМГ, которые принимают оральные антикоагулянты, – дабигатрана этексилат или ривароксабан: коагуляционные факторы IX, II, VII и X в комбинации с протеином С и протеином S; активированный уголь, если последний прием новых оральных антикоагулянтов был не более 2 часов назад.</p> <p>Пациентам с ВМГ, которое развилось на фоне приема НМГ, гепарина: протамина сульфат внутривенно под контролем МНО.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: тофизопам, диазепам; антипсихотические ЛП: трифлуоперазин, хлорпротиксен.</p> <p>При болевом синдроме и гипертермии: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб, трамадол.</p> <p>При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид.</p> <p>При судорожном синдроме: противосудорожные ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота.</p> <p>При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон.</p> <p>При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин.</p> <p>При экстрапирамидном синдроме: допаминергические ЛП: амантадин.</p> <p>Ранняя медицинская реабилитация пациентов, находящихся в стабильном состоянии.</p> <p>ФТ, ЛФК</p>	
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Аналогично объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: КТ или МРТ головного мозга	Аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения	Аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. Дополнительно: по медицинским показаниям – хирургическое лечение	14–30 в зависимости от тяжести состояния
Инфаркт мозга (I63)	Районные	Экстренное обследование пациента с установкой диагноза в течение 45 мин с момента доставки.	Определение показателей липидного обмена: ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, КА при стенозирующем церебральном	Госпитализация и лечение пациента в палате реанимации и интенсивной терапии неврологического отделения для пациентов с ОНМК.	14–30 в зависимости от тяжести состояния

		<p>Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS.  Оценка функции глотания.  Общий анализ крови.  Общий анализ мочи.  Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, общий билирубин, мочевины, натрий, калий, хлор, АлАТ, АсАТ, СРБ, показателей липидного обмена: ОХС, ТГ.  Исследование показателей гемостаза:  АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит, Д-димеры.  ЭКГ.  Мониторинг АД.  КТ или МРТ головного мозга***.  Рентгенография органов грудной клетки.  Профиль АД.  Консультация врача-офтальмолога (глазное дно), врача-терапевта</p>	<p>атеросклерозе.  При отсутствии признаков дислокации мозга и при подозрении на ВМГ, инфекционные, демиелинизирующие, аутоиммунные воспалительные заболевания головного мозга: исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды.  Оптическая агрегатометрия тромбоцитов или импедансная агрегатометрия тромбоцитов.  КТ или МРТ с ангиопрограммой при подозрении на диссекцию, васкулит, стеноз, окклюзию интракраниальных артерий. ЭхоКГ.  УЗИ прецеребральных сосудов, ТКДГ. ЭхоКГ.  ЭЭГ при наличии эпилептических и синкопальных состояний.  Суточное мониторирование АД и ритма сердца и ЭКГ, тропониновые тесты при подозрении на инфаркт миокарда.  Консультация врача-кардиолога.  При стенозе прецеребральной артерии мозга более 50 %: консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга</p>	<p>Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, подача кислорода через назальный зонд со скоростью 2–4 л/мин.  Перевод на ИВЛ по медицинским показаниям.  Поднятие головного конца кровати на 30°.  Установка назогастрального зонда, мочевого катетера по медицинским показаниям.  Коррекция концентрации глюкозы крови: при концентрации глюкозы крови 10 ммоль/л и выше дробное введение инсулина с учетом уровня гликемии независимо от наличия или отсутствия сахарного диабета в анамнезе.  Мониторинг АД.  Коррекция АД проводится в первые сутки ИМ при систолическом АД &gt;220 мм рт. ст., диастолическом АД &gt;120 мм рт. ст.  При наличии сопутствующей сердечной недостаточности, расслаивающей аневризмы аорты, острого инфаркта миокарда, острой почечной недостаточности, при необходимости проведения тромболитика или внутривенного введения гепарина коррекция АД необходима при меньших цифрах АД. АД снижают не более чем на 15 % от исходного уровня в течение 24 час.  Предпочтительны: легко титруемые ЛП: периферические антиадренергические ЛП: урапидил внутривенно; ингибиторы АПФ: каптоприл, эналаприл (в том числе для внутривенного введения), лизиноприл, рамиприл; антагонисты рецепторов ангиотензина II: лозартан, валсартан.  При диастолическом АД &gt;140 мм рт. ст. (по результатам двукратного измерения с интервалом 5 мин): назначение периферических антиадренергических ЛП: урапидил.  В последующем поддержание на достигнутом уровне АД, предотвращение его подъемов.  Пациентам при атеротромботическом ИМ периферические антиадренергические ЛП: урапидил внутривенно; ингибиторы АПФ: каптоприл, эналаприл (в том числе для внутривенного введения),</p>	
--	--	--	---	--	--

				<p>лизиноприл, рамиприл; антагонисты рецепторов ангиотензина II: лозартан, валсартан. При диастолическом АД &gt;140 мм рт. ст. (по результатам двукратного измерения с интервалом 5 мин): назначение периферических антиадренергических ЛП: урапидил. В последующем поддержание на достигнутом уровне АД, предотвращение его подъемов. Пациентам при атеротромботическом ИМ, развившимся на фоне выраженного стенозирующего атеросклероза БЦА (<math>\geq 70\%</math>) показан целевой уровень АД в пределах 140/90–150 мм рт. ст., при лакунарном ИМ – &lt;130/80 мм рт. ст.; пациентам с сахарным диабетом показан целевой уровень АД &lt;140/85 мм рт. ст., пациентам с хроническими заболеваниями почек показан целевой уровень АД &lt;140/90 мм рт. ст., в возрасте <math>\geq 75</math> лет – показан целевой уровень АД в пределах 140/90–150/90 мм рт. ст. При артериальной гипотензии (систолическое АД ниже 110 мм рт. ст.): объемзаместительная терапия: Плазмозамещающие ЛП: гидроксиэтилкрахмал, декстраны (за исключением сопутствующего инфаркта миокарда, аритмии). При отсутствии эффекта: кардиотонические ЛП: допамин. При коагулопатии (ПТИ &lt;60 %, АЧТВ &gt;35 секунд): СЗП внутривенно капельно (до нормализации показателей коагулограммы). Коррекция пароксизмов нарушения сердечного ритма. При клинических и КТ-признаках нарастающего отека мозга, повышении ВЧД более 15 мм рт. ст. (по данным мониторинга), не снижающегося на фоне седации и (или) аналгезии, уровне натрия плазмы менее 150 ммоль/л (контроль электролитов не реже 2 раз в сутки): растворы с осмодиуретическим действием</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>внутривенно: сормантол, маннитол, с последующим введением внутривенно мочегонных ЛП: фуросемид. Введение указанных ЛП повторяют каждые 4–5 часов с учетом клинических проявлений и уровня осмолярности плазмы (не более 295 ммоль/кг).</p> <p>Введение осмотических диуретиков противопоказано при почечной недостаточности, отеке легких и декомпенсированной сердечной недостаточности.</p> <p>При обширном инфаркте мозжечка – консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.</p> <p>Антибактериальные ЛП при подозрении на инфекцию дыхательных или мочевыводящих путей.</p> <p>При наличии нейровизуализации в стационарных условиях: антитромботические ЛП: альтеплаза.</p> <p>Системный тромболитис с использованием альтеплазы пациентам в первые 3 часа инфаркта мозга необходимо начать в течение 60 минут от момента поступления пациента в организацию здравоохранения.</p> <p>Условия проведения тромболитиса: отсутствие у пациента геморрагических изменений при КТ головного мозга, стабильное АД не выше 180/105 мм рт. ст.</p> <p>Тромболитис может проводиться только в отделениях анестезиологии и реанимации или палатах реанимации и интенсивной терапии в организациях здравоохранения, способных обеспечить соблюдение всех медицинских показаний и медицинских противопоказаний к данному методу лечения.</p> <p>Тромболитису подлежат пациенты, удовлетворяющие следующим критериям: возраст 18–80 лет, диагноз ИМ с определяемым неврологическим дефицитом должен быть установлен врачом-неврологом после КТ головного мозга; время начала симптомов менее 4,5 часа до начала лечения.</p> <p>Внутривенное введение альтеплазы</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>не рекомендуется в случаях, когда невозможно точное определение начала заболевания.</p> <p>Тромболизис не показан:</p> <p>при наличии ВЧГ на бесконтрастной КТ головного мозга или выявлении зоны пониженной плотности, занимающей более 1/3 территории полушария головного мозга (признаки обширного ИМ); клинически определяются только минимальные или быстро преходящие симптомы ИМ; клинически имеется высокая степень подозрения на САК, в том числе и при нормальной картине КТ головного мозга; при активном внутреннем кровотечении (желудочно-кишечном, из мочевыводящих путей и др.) в течение последних 3 недель (21 день); при наличии геморрагических заболеваний и синдромов, включая бессимптомную тромбоцитопению; при наличии в течение предшествующих 3 месяцев внутричерепной операции, черепно-мозговой травмы или ИМ; при наличии в течение 14 предшествующих суток больших хирургических вмешательств, травм; при недавней пункции артерии на несдавливаемом месте (например, на шее); спинномозговой пункции в течение предшествующих 7 дней; при наличии в анамнезе ВЧГ, артериовенозной мальформации или артериальной аневризмы; наличии судорог при развитии ИМ; недавний инфаркт миокарда (предшествующие 3 месяца); при повышении АД при повторных измерениях систолического АД &gt;180 мм рт. ст. или диастолического АД &gt;105 мм рт. ст.</p> <p>При этом, если пациент в течение предшествующих 48 ч получал прямые антикоагулянты и значение ТВ/МНО не превышает верхнюю границу нормы, проведение медикаментозного тромболизиса возможно.</p> <p>Если пациент до ИМ принимал непрямые (пероральные) антикоагулянты и МНО не превышает 1,7, назначение рекомбинантного</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>тканевого активатора плазминогена возможно. Если МНО превышает 1,7 при проксимальной окклюзии крупных артерий каротидных бассейнов показана эндоваскулярная реканализация.</p> <p>Внутривенный системный тромболизис с использованием альтеплазы не проводится пациентам, поступившим на стационарное лечение в период от 3 до 4,5 часа от начала ИМ, при наличии следующих факторов: возраст &gt;80 лет; прием антикоагулянтов независимо от уровня МНО; выраженность неврологического дефицита &gt;25 баллов по шкале NIHSS; обширный очаг ишемического повреждения, занимающий более 1/3 территории средней мозговой артерии; сахарный диабет.</p> <p>Эндоваскулярная реканализация: тромбэктомия с помощью устройств для механической тромбэкстракции (с помощью стентов-ретриверов или аспирации) показана при проксимальной окклюзии крупных артерий каротидных бассейнов и отсутствии эффекта от системного тромболизиса в течение 4,5 часа или до 6 часов от момента появления первых симптомов ИМ; если имеются медицинские противопоказания к системному тромболизису.</p> <p>Решение о проведении механической тромбэктомии принимается консилиумом с участием врача-невролога отделения неврологии для пациентов с ОНМК, врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга и врача-анестезиолога-реаниматолога.</p> <p>Пациенты, подвергшиеся внутривенному введению альтеплазы, не должны получать: антиагреганты: АСК, клопидогрел; прямые антикоагулянты, непрямые антикоагулянты – варфарин или другие антитромботические и антиагрегантные ЛП в течение первых 24 ч после процедуры.</p> <p>Некардиоэмболический ИМ мозга или кардиоэмболический ИМ с медицинскими противопоказаниями к непрямым антикоагулянтам:</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>антиагреганты: АСК. ИМ, развившийся на фоне постоянного приема АСК, мультифокального атеросклероза, сахарного диабета, повторный некардиоэмболический ИМ, непереносимость АСК и лабораторная резистентность к АСК: клопидогрел. Острый коронарный синдром, выполненное чрескожное коронарное вмешательство, а также операция эндоваскулярного стентирования экстракраниальных артерий – абсолютные медицинские показания к двойной антиагрегантной терапии: АСК в сочетании с клопидогрелом 90 дней, а далее продолжение сроков двойной антиагрегантной терапии на основании консультации врача-кардиолога, с последующим переходом на монотерапию антиагрегантным ЛП.</p> <p>Прямые антикоагулянты (гепарин или НМГ: фраксипарин, надропарин, эноксапарин) могут быть назначены после КТ или МРТ при: потенциально высоком риске ранней кардиальной эмболии (ФП в сочетании с внутрисердечным тромбом, искусственный клапан сердца, инфаркт миокарда давностью менее 4 недель), диссекции артерии, сопровождающейся клинической симптоматикой (за исключением САК на КТ), и при прогрессирующем клиническом течении ИМ, известных состояниях гиперкоагуляции, тромбозе вен и синусов, а также при окклюзии основной артерии до или после интраартериального тромболитизиса.</p> <p>Антикоагулянты не вводят при коме 3-й степени, обширном ИМ (превышающем 50 % бассейна средней мозговой артерии), внутреннем кровотечении, высоком уровне АД (200/100 мм рт. ст. и выше), эпилептических припадках, тяжелом поражении почек, печени, ЧМТ.</p> <p>Гепарин назначают подкожно в окологривочную клетчатку под контролем АЧТВ в течение 5–7 сут с постепенным снижением дозы и последующим переводом</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>на непрямые антикоагулянты или антиагреганты.</p> <p>В остром периоде ИМ интенсивная парентеральная антикоагулянтная терапия гепарином или НМГ (надропарин, дальтепарин, эноксапарин) не показаны пациентам с ИМ на фоне атеросклероза церебральных артерий.</p> <p>Низкие дозы гепарина, НМГ назначают с целью профилактики тромбоза глубоких вен у обездвиженных пациентов, при варикозной болезни нижних конечностей, при ТЭЛА в анамнезе.</p> <p>В случае прогрессирующего клинического течения ИМ некардиоэмболической этиологии, наличии стенозирующего атеросклероза коронарных артерий, атеросклероза периферических артерий, сахарного диабета терапия АСК может быть дополнена низкими дозами гепарина, НМГ для профилактики тромбоза глубоких вен и ТЭЛА.</p> <p>Антикоагулянты непрямого действия назначают за 3–4 дня до отмены гепаринов при кардиоэмболическом ИМ с высоким риском кардиальной эмболии (ФП, тромб левого предсердия, трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки давностью менее 4 недель, тромб левого желудочка, искусственные клапаны сердца, ревматическое поражение клапанов, ИМ в сочетании с острым трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки с подъемом сегмента ST, без признаков формирования тромба левого желудочка, при наличии передне-верхушечной акинезии или дискинезии), при диссекции артерии, сопровождающейся ИМ, аневризме основной артерии, известных состояниях гиперкоагуляции:</p> <p>Антитромботические ЛП: антикоагулянты непрямого действия – антагонисты витамина К: варфарин под контролем МНО, целевой уровень МНО 2–3, контроль МНО: в течение первых 5–7 дней после назначения ежедневно или через день, затем 1–2 раза в неделю,</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>после стабилизации МНО на необходимом уровне – 1 раз в 2–3 недели.</p> <p>При высоком риске кардиальной эмболии (неклапанная ФП, тромб левого предсердия, трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки давностью менее 4 недель, осложненный тромбом левого желудочка, ИМ в сочетании с острым трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки, осложненным формированием мурального тромба левого желудочка или нарушением подвижности передней и/или верхушечной области с ограничением фракция выброса левого желудочка &lt;40 %) и высоком риске кровотечений, в том числе при снижении клиренса креатинина до 30–50 мл/мин:</p> <p>анти тромботические ЛП: В01АЕ прямой ингибитор тромбина – дабигатрана этексилат, прямой ингибитор фактора Ха – ривароксабан.</p> <p>Пациентам с кардиоэмболическим ИМ в сочетании с коронарной болезнью или стентированием коронарных артерий возможна комбинация варфарина и АСК в дозе 75–100 мг/сутки при условии отсутствия в анамнезе указаний на высокий риск кровотечений и в соответствии с результатами оценки риска кровотечений по шкале HAS-BLED 90 дней, а далее продолжение сроков двойной анти тромботической терапии на основании консультации врача-кардиолога, с последующим переходом на монотерапию анти тромботическим ЛП.</p> <p>При повышении уровня гемоглобина, эритроцитозе: плазмозамещающие препараты: декстран; натрия хлорид – до снижения гематокрита на 10–15 % или достижения уровня гематокрита 33–35 %.</p> <p>Нейропротекторная терапия: глицин, магния сульфат;</p> <p>Парасимпатомиметические ЛП: ипидакрин, холина альфосцерат.</p> <p>По медицинским показаниям:</p> <p>При гиперлипидемии: гиполипидемические ЛП: аторвастатин, розувастатин.</p>	
--	--	--	--	--	--

	Областные	<p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения.</p> <p>Дополнительно:  КТ или МРТ головного мозга;  УЗДГ прецеребральных артерий;  ТКДГ;  при стенозе прецеребральной артерии более 50 % – консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга</p>	<p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения.</p> <p>Дообследование в случаях неясного этиологического фактора: АФС, коллагеноз, васкулиты, кардиальная патология клапанного аппарата, открытое овальное окно и другие.</p> <p>Консультация врача-нейрохирурга</p>	<p>При судорожном синдроме: противосудорожные ЛП: диазепам, фенитоин, вальпроевая кислота, карбамазепин.</p> <p>При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: диазепам, тофизопам; антипсихотические ЛП: хлорпротиксен, трифтазин.</p> <p>При рвоте: противорвотные ЛП: метоклопрамид, домперидон.</p> <p>При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин.</p> <p>При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон.</p> <p>При экстрапирамидном синдроме: допаминергические ЛП: амантадин.</p> <p>При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>Проведение ранней медицинской реабилитации пациентов, находящихся в стабильном состоянии.</p> <p>ЛФК, ФТ, логопед</p> <p>Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения.</p> <p>Дополнительно:  у пациентов с ИМ с быстро обратимым неврологическим дефицитом («малым ИМ») в течение первых 2 недель после ИМ при ипсилатеральном выраженном стенозе экстракраниального отдела сонных артерий (70–99 %) рекомендуется КЭА, если риск периоперационной заболеваемости и смертности составляет менее 6 %.</p> <p>При ипсилатеральном умеренном стенозе экстракраниального отдела сонных артерий (50–69 %) вид оперативного вмешательства (КЭА или ангиопластика и стентирование) зависит от возраста и сопутствующих заболеваний. При отсутствии медицинских противопоказаний реваскуляризацию необходимо выполнить в течение 2 недель после ТИА.</p> <p>Каротидная ангиопластика и стентирование показаны как альтернатива КЭА при</p>	14–30 в зависимости от тяжести состояния
--	-----------	---	---	--	---

				<p>ипсилатеральном стенозе экстракраниального отдела сонной артерии &gt;70 % при неинвазивной визуализации или &gt;50 % при визуализации методом катетеризационной ангиографии при средней или низкой степени риска осложнений, связанных с эндоваскулярным вмешательством. Для пожилых пациентов (старше 70 лет) предпочтительнее КЭА, для более молодых пациентов КЭА эквивалентна каротидной ангиопластике и стентированию. Пациентам с ипсилатеральным выраженным стенозом (&gt;70 %) при выраженном риске хирургического вмешательства или при наличии радиационного стеноза или рестеноза после КЭА, при окклюзии противоположной сонной артерии показана каротидная ангиопластика и стентирование</p>	
<p>Церебральный атеросклероз (атеросклеротическая энцефалопатия) (I67.2)</p>	<p>Районные</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, общий билирубин, мочевины, натрий, калий, хлор, СРБ, АлАТ, АсАТ, показателей липидного обмена: ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, КА. ЭКГ. Контроль АД. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения), врача-терапевта</p>	<p>Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. КТ или МРТ головного мозга***. УЗДГ прецеребральных артерий, ТКДГ. Агрегатометрия тромбоцитов. Холтеровское мониторирование АД, ЭКГ. При стенозе прецеребральной артерии более 50 % – консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>Постоянный прием антиагрегантных ЛП: АСК. При высоком риске кардиальной эмболии (ФП, тромб левого предсердия, тромб левого желудочка, искусственные клапаны сердца, ревматическое поражение клапанов), известных состояниях гиперкоагуляции: антитромботические ЛП: антикоагулянты непрямого действия: варфарин под контролем МНО, целевой уровень МНО 2–3, контроль МНО: в течение первых 5–7 дней после назначения ежедневно или через день, затем 1–2 раза в неделю, после стабилизации МНО на необходимом уровне – 1 раз в 2–3 недели. Варфарин не назначают при выраженной церебральной атеросклеротической микроангиопатии и амилоидной микроангиопатии. У пациентов с ранее перенесенными повторными некардиоэмболическими ТИА, ИМ на фоне приема АСК, при непереносимости АСК, а также при лабораторной резистентности к АСК: клопидогрел. Коррекция АД с достижением целевых уровней. При выраженном стенозирующем</p>	<p>8–12</p>

	<p>Областные. РНИЦ неврологии и нейрохирургии</p>	<p>Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: определение СРБ, исследование</p>	<p>КТ (МРТ) с ангиопрограммой. Рентгенконтрастная дигитальная субтракционная ангиография. Вестибулометрия. Консультации других врачей-</p>	<p>атеросклерозе БЦА (<math>\geq 70\%</math>) показан целевой уровень АД в пределах 140–150/90 мм рт. ст. Пациентам с сахарным диабетом показан целевой уровень АД <math>&lt; 140/85</math> мм рт. ст., пациентам с хроническими заболеваниями почек показан целевой уровень АД <math>&lt; 140/90</math> мм рт. ст., в возрасте <math>\geq 75</math> лет показан целевой уровень АД в пределах 140/90–150/90 мм рт. ст. Целесообразна комбинированная антигипертензивная терапия. Парасимпатомиметические ЛП (при отсутствии ФП): ипидакрин, холина альфосцерат. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, магния сульфат, глицин; пирацетам, винпоцетин. При гиперлипидемии: гиполипидемические ЛП: аторвастатин, розувастатин. По медицинским показаниям: При судорожном синдроме: противоэпилептические ЛП: диазепам, фенитоин, вальпроевая кислота, карбамазепин. При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: диазепам, тофизопам; антипсихотические ЛП: хлорпротиксен, трифтазин, кветиапин. При рвоте: противорвотные ЛП: метоклопрамид, домперидон. При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин. При гипоперфузии головного мозга: периферические вазодилататоры: пентоксифиллин. При экстрапирамидном синдроме: допаминергические ЛП: амантадин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ЛФК, ФТ, логопед</p> <p>Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. Дополнительно: при симптомном (перенесенная ТИА или</p>	<p>8–12</p>
--	---	---	--	--	-------------

		<p>показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит, Д- димеры; УЗДГ прецеребральных артерий, ТКДГ; КТ или МРТ головного мозга; при стенозе прецеребральной артерии более 50 % консультация врача-ангиохирурга или врача- рентгено-эндоваскулярного хирурга</p>	<p>специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>лакунарный ИМ последние 6 месяцев) ипсилатеральном выраженном стенозе экстракраниального отдела сонных артерий (70–99 %) рекомендуется КЭА, если риск периперационной заболеваемости и смертности составляет менее 6 %. При ипсилатеральном умеренном стенозе экстракраниального отдела сонных артерий (50–69 %) вид оперативного вмешательства (КЭА или ангиопластика и стентирование) зависит от возраста и сопутствующих заболеваний. При отсутствии медицинских противопоказаний реваскуляризацию необходимо выполнить в течение 2 недель после ТИА. Каротидная ангиопластика и стентирование показаны как альтернатива КЭА при ипсилатеральном стенозе экстракраниального отдела сонной артерии &gt;70 % при неинвазивной визуализации или &gt;50 % при визуализации методом катетеризационной ангиографии при средней или низкой степени риска осложнений, связанных с эндоваскулярным вмешательством. Для пожилых пациентов (старше 70 лет) предпочтительнее КЭА, для более молодых пациентов КЭА эквивалентна каротидной ангиопластике и стентированию. Пациентам с ипсилатеральным выраженным стенозом (&gt;70 %) при выраженном риске хирургического вмешательства или при наличии радиационного стеноза или рестеноза после КЭА, при окклюзии противоположной сонной артерии показана каротидная ангиопластика и стентирование</p>	
<p>Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия (I67.3). Гипертензивная энцефалопатия (I67.4)</p>	<p>Районные</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, общий билирубин, мочевины, натрий, калий, хлор, АлАТ, АсАТ, показателей липидного обмена: ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ. ЭКГ. КТ или МРТ. Профиль АД. УЗДГ</p>	<p>Холтеровское мониторирование ЭКГ, АД. Агрегатометрия тромбоцитов. Консультации других врачей- специалистов по медицинским показаниям</p>	<p>Показаны ингибиторы АПФ: каптоприл, эналаприл (в том числе для внутривенного введения), лизиноприл, рамиприл; антагонисты рецепторов ангиотензина II: лозартан, валсартан. После достижения целевых уровней АД – постоянная антигипертензивная терапия, предпочтительна комбинированная терапия. Пациентам с перенесенным лакунарным ИМ показан целевой уровень АД ≤130/80 мм рт. ст.: при выраженном стенозирующем</p>	<p>10–12</p>

		<p>прецеребральных артерий, ТКДГ.          Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения), консультация врача-терапевта</p>		<p>атеросклерозе БЦА (<math>\geq 70\%</math>) – показан целевой уровень АД в пределах 140–150/90 мм рт. ст.; пациентам с сахарным диабетом показан целевой уровень АД <math>&lt; 140/85</math> мм рт. ст.; пациентам с хроническими заболеваниями почек показан целевой уровень АД <math>&lt; 140/90</math>, в возрасте <math>\geq 75</math> лет показан целевой уровень АД в пределах 140/90–150/90 мм рт. ст.          Постоянный прием антиагрегантных ЛП: АСК.          При высоком риске кардиальной эмболии (ФП, тромб левого предсердия, тромб левого желудочка, искусственные клапаны сердца, ревматическое поражение клапанов): антитромботические ЛП: антикоагулянты непрямого действия: варфарин под контролем МНО, целевой уровень МНО 2–3, контроль МНО: в течение первых 5–7 дней после назначения ежедневно или через день, затем 1–2 раза в неделю, после стабилизации МНО на необходимом уровне – раз в 2–3 недели.          Варфарин не назначают при выраженной церебральной атеросклеротической микроангиопатии и амилоидной микроангиопатии.          Коррекция концентрации глюкозы крови: при концентрации глюкозы крови 10 ммоль/л и выше дробное введение инсулина с учетом уровня гликемии независимо от наличия или отсутствия сахарного диабета в анамнезе.          Парасимпатомиметические ЛП: ипидакрин, холина альфосцерат.          Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, магния сульфат, глицин, пирацетам.          Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ницерголин.          По медицинским показаниям:          При судорожном синдроме: противоэпилептические ЛП: диазепам, фенитоин, вальпроевая кислота, карбамазепин.          При психомоторном возбуждении:</p>	
--	--	---	--	--	--

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит, Д- димеры; агрегатометрия тромбоцитов; определение активности СРБ; УЗДГ прецеребральных артерий, ТКДГ; КТ или МРТ головного мозга; при стенозе прецеребральной артерии мозга более 50 % – консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгено- эндоваскулярного хирурга	ЭЭГ. Когнитивные вызванные потенциалы	анксиолитические ЛП: диазепам, тофизопам; антипсихотические ЛП: хлорпротиксен, трифтазин, кветиапин. При рвоте: противорвотные ЛП: метоклопрамид, домперидон. При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин. При экстрапирамидном синдроме: допаминергические ЛП: амантадин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ЛФК, ФТ, логопед	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения	10–12
Поражение межпозвонкового диска шейного отдела другого типа (дискогенная цервикалгия, цервикобрахиалгия) (M50.2)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. ЭКГ. Рентгенография шейного отдела позвоночника	Функциональная рентгенография шейного отдела позвоночника. Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, альбумин, общий билирубин, мочевина, креатинин, натрий, калий, хлор, СРБ. КТ или МРТ шейного отдела позвоночника*** по медицинским показаниям. УЗДГ прецеребральных артерий, ТКДГ. Консультация врача-терапевта, врача-травматолога-ортопеда, врача-нейрохирурга	При болевом синдроме: НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При хроническом ноцицептивном болевом синдроме: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При нейродистрофическом синдроме (плечелопаточной периартропатии) выполнение лечебных блокад: Глюкокортикоиды для системного применения: триамцинолона суспензия для инъекций или метилпреднизолона суспензия для инъекций с раствором прокаина или лидокаина в субакромиальное пространство, в сухожилия, локально	6–12	

	Областные	Объем и кратность обследования аналогичны объему и кратности обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: консультация врача-нейрохирурга	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды; УЗДГ прецеребральных артерий; МРТ или КТ шейного отдела позвоночника	в курковые зоны или триггерные точки. ФТ, ЛФК. При неэффективности консервативного лечения в течение 2 месяцев: консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении  Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения	10–12
	РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем и кратность обследования аналогичны объему и кратности обследования в районной организации здравоохранения	Объем обследования аналогичен объему обследования в областной организации здравоохранения	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной, областной организациях здравоохранения	10–12
Поражение межпозвоночного диска шейного отдела с радикулопатией (M50.1)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография шейного отдела позвоночника. ЭКГ	Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, альбумин, общий билирубин, мочевины, креатинин, натрий, калий, хлор, СРБ. Функциональная рентгенография шейного отдела позвоночника; УЗДГ прецеребральных артерий. ТКДГ. КТ или МРТ шейного отдела позвоночника***	При болевом синдроме: НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При отсутствии эффекта: глюкокортикоиды: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Парасимпатомиметические ЛПП при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. Выполнение лечебных блокад: глюкокортикоиды (суспензия метилпреднизолона пролонгированного действия с раствором прокаина) паравертебрально.  По медицинским показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные ЛПП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: amitriptilin, флуоксетин, пароксетин. При нейродистрофическом синдроме (плечелопаточной периартропатии) выполнение лечебных блокад: Глюкокортикоиды для системного применения: триамцинолона суспензия для инъекций или метилпреднизолон	10–12

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем и кратность обследования аналогичны объему и кратности обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: консультация врача-нейрохирурга	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды по медицинским показаниям; ЭНМГ; УЗИ мягких тканей области шеи; МРТ или КТ шейного отдела позвоночника; консультации врача-травматолога-ортопеда	суспензия для инъекций с раствором прокаина или лидокаина в субакромиальное пространство, в сухожилия, локально в курковые зоны или триггерные точки. ФТ, ЛФК. При неэффективности консервативного лечения в течение 2 месяцев: консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении  Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения	10–12
Поражение шейного диска неуточненное (дискогенная радикулоишемия, радикуломиелоишемия) (M50.9)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография шейного отдела позвоночника. ЭКГ. Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, альбумин, общий билирубин, мочевины, креатинин, натрий, калий, хлор, СРБ. КТ (МРТ) шейного отдела позвоночника*** в экстренном порядке. Консультация врача-нейрохирурга в экстренном порядке	Функциональная рентгенография шейного отдела позвоночника. Консультации врача-травматолога-ортопеда	Консультация врача-нейрохирурга в экстренном порядке для решения вопроса о хирургическом лечении. При болевом синдроме: НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. При отсутствии эффекта: глюкокортикоиды для системного применения внутривенно (метилпреднизолон) или перорально (метилпреднизолон, преднизолон) с корректорами. Парасимпатомиметические ЛП при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты:	12–14

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: МРТ (КТ) шейного отдела позвоночника; консультация врача-нейрохирурга в экстренном порядке	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды; ЭНМГ; консультация врача-терапевта; консультация врача-травматолога- ортопеда	амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения	10–12
Другая уточненная дегенерация межпозвонкового диска (вертеброгенная торакалгия) (M51.3)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография грудного отдела позвоночника в 2 проекциях. Рентгенография органов грудной клетки. ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости. ФГДС	Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, СРБ. КТ или МРТ грудного отдела позвоночника по медицинским показаниям***. Консультация врача-терапевта. Консультация врача-травматолога- ортопеда. Консультации врачей- специалистов по медицинским показаниям	При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб; выполнение лечебных обезболивающих паравертебральных блокад. При хроническом ноцицептивном болевом синдроме: антидепрессанты: флуоксетин, амитриптилин, пароксетин. ФТ, ЛФК	5–10
Другие уточненные смещения межпозвонковых дисков (дискогенная люмбагия, люмбаго) (M51.2)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография поясничного отдела позвоночника	Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ, СРБ. Функциональная рентгенография поясничного отдела позвоночника. УЗИ органов брюшной полости, брюшной аорты. УЗИ малого таза. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника***. Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям	При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. ФТ, ЛФК	5–10
Другое уточненное поражение межпозвонкового диска (дискогенная люмбоишиалгия) (M51.8)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография поясничного отдела позвоночника	Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, альбумина, общего билирубина, мочевины,	При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. При хроническом ноцицептивном болевом	10–12

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем и кратность обследования аналогичны объему и кратности обследования в районной организации здравоохранения	натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ, СРБ. Функциональная рентгенография поясничного отдела позвоночника. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника***. УЗИ органов брюшной полости, брюшной аорты. УЗИ малого таза. Консультация врача-нейрохирурга. Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям	синдроме: антидепрессанты: флуоксетин, amitриптилин, пароксетин. ФТ, ЛФК. При неэффективности консервативного лечения в течение 2 месяцев: консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении	10–12
Поражение межпозвоночных дисков поясничного и других отделов с радикулопатией (M51.1)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография поясничного отдела позвоночника. Консультация врача-нейрохирурга	Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, билирубина, определение активности АлАТ, АсАТ, СРБ. УЗИ органов брюшной полости, брюшной аорты. УЗИ малого таза. Функциональная рентгенография поясничного отдела позвоночника. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника. Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям	При болевом синдроме: НПВС: диклофенак, ибупрофен, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. При отсутствии эффекта: глюкокортикоиды для системного применения внутривенно (метилпреднизолон) или перорально (метилпреднизолон, преднизолон) с корректорами. Парасимпатомиметические ЛП при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. Выполнение лечебных блокад: глюкокортикоиды (суспензия метилпреднизолона пролонгированного действия с раствором прокаина паравертебрально). По медицинским показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК. При неэффективности консервативного лечения в течение 2 месяцев: консультация	10–12

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям	врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении  Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения	10–12
Поражение поясничного межпозвоночного диска неуточненное (дискогенная радикулоишемия, радикуломиелоишемия) (M51.9)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография поясничного отдела позвоночника. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника***. Консультация врача-нейрохирурга в экстренном порядке	Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, альбумин, общий билирубин, мочевина, креатинин, натрий, калий, хлор, АлАТ, АсАТ, СРБ. Функциональная рентгенография поясничного отдела позвоночника. УЗИ органов брюшной полости, брюшной аорты. УЗИ малого таза. Консультация: врача-акушера- гинеколога, врача-уролога. Консультация врача-фтизиатра, врача-онколога, врача- травматолога-ортопеда	Консультация врача-нейрохирурга в экстренном порядке для решения вопроса о хирургическом лечении. При болевом синдроме: НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Парасимпатомиметические ЛП при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. При нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК	10–12
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: МРТ или КТ поясничного отдела позвоночника; консультация врача-нейрохирурга в экстренном порядке	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды; ЭНМГ; консультация – врача-фтизиатра, врача-онколога, врача- травматолога-ортопеда	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения	10–12
Поражения межпозвоночных дисков поясничного и других отделов с миелопатией (M51.0)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, общий билирубин, мочевина, натрий, калий, хлор, АлАТ, АсАТ,	ЭНМГ. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника***. Консультация врача-травматолога- ортопеда.	Консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении. Парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, ипидакрин, холина альфосцерат. Периферические вазодилататоры:	12–16

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	СРБ. Рентгенография поясничного отдела позвоночника. Консультация врача-нейрохирурга  Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: МРТ или КТ поясничного отдела позвоночника	Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям  Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: уродинамическое исследование; консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям	пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин, пирацетам. По медицинским показаниям: При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При нейрогенных расстройствах мочеиспускания: ЛПП для лечения урологических заболеваний: оксibuтин, троспия хлорид; ЛП, применяемые при доброкачественной гиперплазии предстательной железы: тамсулозин. При болевом синдроме: НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: флуоксетин, amitриптилин, пароксетин. ФТ, ЛФК, механотерапия	10–12
Сотрясение головного мозга (S06.0)	Районные	Контроль АД, ЧСС. Общий анализ крови. Рентгенография черепа. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения)	Исследование СМЖ: цвет, прозрачность, белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды. ЭЭГ. Рентгенография шейного отдела позвоночника. КТ или МРТ головного мозга***. Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям	Мочегонные ЛП: фуросемид. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин. По медицинским показаниям: При психомоторном возбуждении: анксиолитические ЛП: тофизопам, диазепам; антипсихотические ЛП: трифтазин, хлорпротиксен. При судорожном синдроме: противоэпилептические ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При болевом синдроме и гипертермии:	5–10

				анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол. При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид. При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин. ФТ, ЛФК	
Очаговая травма головного мозга (ушиб головного мозга) (S06.3)	Районные. Областные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, альбумин, общий билирубин, мочевины, натрий, калий, хлор, определение активности АЛТ, АсАТ. Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. Исследование СМЖ: цвет, прозрачность, белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды. Рентгенография черепа. КТ или МРТ головного мозга***. Контроль АД, ЧСС. ЭКГ. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения), врача-нейрохирурга	Рентгенография шейного отдела позвоночника. Консультация врача-психиатра-нарколога. ЭЭГ	При болевом синдроме и гипертермии: НПВС: метамизол натрия, парацетамол. Мочегонные ЛП: фуросемид. При клинических и КТ-признаках нарастающего отека мозга, повышении ВЧД более 15 мм рт. ст. (по данным мониторинга), не снижающегося на фоне седации и (или) аналгезии, уровне натрия плазмы менее 150 ммоль/л (контроль электролитов не реже 2 раз в сутки): растворы с осмодиуретическим действием внутривенно: сормантол, маннитол, с последующим введением внутривенно мочегонных ЛП: фуросемид. Введение указанных ЛП повторяют каждые 4–5 ч с учетом клинических проявлений и уровня осмолярности плазмы (не более 295 ммоль/кг). Введение осмотических диуретиков противопоказано при почечной недостаточности, отеке легких и декомпенсированной сердечной недостаточности. По медицинским показаниям: При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин, пирацетам; парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При психомоторном возбуждении: антипсихотические ЛП: трифлуоперазин, галоперидол, хлорпротиксен, клозапин, сульпирид, кветиапин; анксиолитические ЛП:	10–20

				<p>тофизопам, диазепам.</p> <p>При судорожном синдроме: противосудорожные ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота.</p> <p>При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид.</p> <p>При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: беттагистин.</p> <p>При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. ФТ, ЛФК</p>	
<p>Эпидуральное кровоизлияние (S06.4).</p> <p>Травматическое субдуральное кровоизлияние (S06.5)</p>	Районные. Областные	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, общий билирубин, мочевины, натрий, калий, хлор, АлАТ, АсАТ.</p> <p>Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит.</p> <p>Исследование СМЖ: цвет, прозрачность, белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды, эритроциты при отсутствии медицинских противопоказаний.</p> <p>КТ или МРТ головного мозга***.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Контроль АД, ЧСС.</p> <p>Рентгенография черепа.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения), врача-нейрохирурга</p>	<p>Рентгенография шейного отдела позвоночника.</p> <p>ЭЭГ.</p> <p>Консультация врача-психиатра-нарколога</p>	<p>Перевод в нейрохирургическое, хирургическое отделение организации здравоохранения.</p> <p>Консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.</p> <p>Люмбальная пункция 1 раз в 5 дней по 5 мл до санации ликвора.</p> <p>При болевом синдроме и гипертермии: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол.</p> <p>Мочегонные ЛП: фуросемид.</p> <p>При клинических и КТ-признаках нарастающего отека мозга, повышении ВЧД более 15 мм рт. ст. (по данным мониторинга), не снижающегося на фоне седации и (или) анальгезии, уровне натрия плазмы менее 150 ммоль/л (контроль электролитов не реже 2 раз в сутки):</p> <p>растворы с осмотическим действием внутривенно: сорбитол, маннитол, с последующим введением внутривенно мочегонных ЛП: фуросемид. Введение указанных ЛП повторяют каждые 4–5 часов с учетом клинических проявлений и уровня осмолярности плазмы (не более 295 ммоль/кг).</p> <p>Введение осмотических диуретиков противопоказано при почечной недостаточности, отеке легких и декомпенсированной сердечной недостаточности.</p> <p>Нейропротекторная терапия: пирацетам, глицин. Парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин.</p>	10–20

				<p>При депрессии: amitриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>При психомоторном возбуждении: антипсихотические ЛП: трифлуоперазин, трифтазин, хлорпротиксен, сульпирид, кветиапин; анксиолитические ЛП: гофизопам, диазепам.</p> <p>При судорожном синдроме: противосудорожные ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота.</p> <p>При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид.</p> <p>При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: беттагистин. ФТ, ЛФК</p>	
Травматическое субарахноидальное кровоизлияние (S06.6)	Районные. Областные	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, общий билирубин, мочевины, натрий, калий, хлор, АлАТ, АсАТ.</p> <p>Исследование СМЖ: цвет, прозрачность, белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды.</p> <p>Рентгенография черепа.</p> <p>ЭхоЭС. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения).</p> <p>Консультация: врача-нейрохирурга</p>	<p>Рентгенография шейного отдела позвоночника.</p> <p>ЭЭГ.</p> <p>КТ или МРТ головного мозга***.</p> <p>Консультация врача-психиатра-нарколога</p>	<p>Перевод в нейрохирургическое, хирургическое отделение организации здравоохранения.</p> <p>Люмбальная пункция 1 раз в 3 дня по 5 мл до санации ликвора.</p> <p>Мочегонные ЛП: фуросемид.</p> <p>При клинических и нейровизуализационных признаках нарастающего отека мозга, повышении ВЧД более 15 мм рт. ст. (по данным мониторинга), не снижающегося на фоне седации и (или) анальгезии, уровне натрия плазмы менее 150 ммоль/л (контроль электролитов не реже 2 раз в сутки): растворы с осмодиуретическим действием внутривенно: сормантол, маннитол, с последующим введением внутривенно мочегонных ЛП: фуросемид. Введение указанных ЛП повторяют каждые 4–5 ч с учетом клинических проявлений и уровня осмолярности плазмы (не более 295 ммоль/кг). Введение осмотических диуретиков противопоказано при почечной недостаточности, отеке легких и декомпенсированной сердечной недостаточности.</p> <p>Нейропротекторная терапия: глицин; пирацетам. Парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин.</p> <p>При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол.</p>	16–20

				<p>При гипертермии: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб.</p> <p>При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.</p> <p>При психомоторном возбуждении: антипсихотические ЛП: трифлуоперазин, трифтазин, хлорпротиксен, сульпирид, кветиапин; анксиолитические ЛП: тофизопам, диазепам.</p> <p>При судорожном синдроме: противоэпилептические ЛП: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота.</p> <p>При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид.</p> <p>При вестибулярном синдроме: ЛП для устранения головокружения: бетагистин. ФТ, ЛФК</p>	
<p>Травма нервов и спинного мозга на уровне шеи (S14).</p> <p>Травма нервов и спинного мозга в грудном отделе (S24).</p> <p>Травма нервов и поясничного отдела спинного мозга на уровне живота, нижней части спины и таза (S34)</p>	Районные	<p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, общий билирубин, мочевины, натрий, калий, хлор, АлАТ, АсАТ.</p> <p>Исследование СМЖ: белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды.</p> <p>Рентгенография позвоночника в соответствии с уровнем травмы</p>	<p>ЭНМГ.</p> <p>МРТ или КТ спинного мозга***.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки.</p> <p>УЗДГ прецеребральных артерий.</p> <p>Консультация: врача-нейрохирурга, врача-травматолога-ортопеда, врача-уролога</p>	<p>Консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.</p> <p>Растворы с осмодиуретическим действием: сормантол, маннитол, с последующим введением внутривенно мочегонных ЛП: фуросемид.</p> <p>Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин.</p> <p>Парасимпатомиметические ЛП: холина альфосцерат, ипидакрин, неостигмин.</p> <p>Глюкокортикоиды для системного применения внутривенно (метилпреднизолон) или перорально (метилпреднизолон, преднизолон) с корректорами.</p> <p>Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин.</p> <p>При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб.</p> <p>При нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты:</p>	18–30

				амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. ФТ, ЛФК	
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: МРТ (КТ) спинного мозга, миелография; УЗИ нервных стволов и мягких тканей конечностей	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: уродинамическое исследование	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. Дополнительно: при нейрогенных расстройствах мочеиспускания после проведения уродинамического исследования: ЛПП для лечения урологических заболеваний: оксibuтин, троспия хлорид; ЛП, применяемые при доброкачественной гиперплазии предстательной железы: тамсулозин. Врачебный консилиум для решения вопроса о хирургическом лечении	18–30
Травма нервов на уровне плечевого пояса и плеча (S44). Травма нервов на уровне предплечья (S54). Травма нервов на уровне запястья и кисти (S64). Травма нервов на уровне тазобедренного сустава и бедра (S74). Травма нервов на уровне голени (S84). Травма нервов на уровне голеностопного сустава и стопы (S94)	Районные	Общий анализ крови. Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, общий билирубин, мочеви́на, натрий, калий, хлор, АлАТ, АсАТ. Рентгенография костей соответственно уровню поражения	Консультация врача-нейрохирурга	По медицинским показаниям осуществляется хирургическое лечение. При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. Растворы с осмодиуретическим действием: сормантол, маннитол, с последующим введением внутривенно мочегонных ЛП: фуросемид. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин. Глюкокортикоиды для системного применения внутривенно (метилпреднизолон) или перорально (метилпреднизолон, преднизолон) с корректорами. Парасимпатомиметические ЛП: неостигмин, ипидакрин. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные ЛП: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.	10–20

				ФТ, ЛФК. При рефрактерном выраженном нейропатическом болевом синдроме: направление на консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении	
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: ЭНМГ; УЗИ нервных стволов и мягких тканей конечностей	Консультация врача-нейрохирурга	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения	10–20

\* ЛП первой линии.

\*\* ЛП второй линии.

\*\*\* При отсутствии возможности выполнения КТ или МРТ-исследования в районных организациях здравоохранения по экстренным медицинским показаниям пациенты направляются в межрайонные организации здравоохранения из расчета доступности с радиусом в 70 км, если районная организация здравоохранения находится вне зоны возможного проведения данного исследования – в областную организацию здравоохранения, в плановом порядке (при первой постановке диагноза, в динамике при ухудшении состояния пациента, обострении и прогрессировании заболевания) – в межрайонные и областные организации здравоохранения.