



МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ПАСТАНОВА

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

«18» *января* 2018 г. № 8

г. Минск

г. Минск

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

На основании абзаца седьмого статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года, подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360», Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

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

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 пациен-
тов 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 Республики Беларусь.
3. Для целей настоящего Клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., №159, 2/1460).
4. Настоящий клинический протокол предназначен для врачей-неврологов, оказывающих 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 клиничко-лабораторных исследований, методов лучевой, функциональной и инструментальной диагностики прово-

дится 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 к настоящему Клиническому протоколу.

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 (далее - ШКГ), приведенной в таблице 1 приложения 1 к настоящему Клиническому протоколу, Шкалы инсульта Национальных институтов здравоохранения (далее - NIHSS), приведенной в таблице 2 приложения 1 к настоящему Клиническому протоколу.

11. Оценку функционального исхода инсульта у пациентов с перенесенным ИГМ, внутричерепными гематомами проводят по модифицированной шкале Рэнкина (далее - МШР) при выписке из стационара и в восстановительном периоде, приведенной в таблице 3 приложения 1 к настоящему Клиническому протоколу.

12. Пациентам с фибрилляцией предсердий (далее - ФП), перенесшим кардиоэмболический инфаркт мозга, с целью вторичной профилактики антикоагулянтную терапию назначают с учетом стратификации риска кардиоэмболии по модифицированной шкале CHA2DS2-VASc, приведенной в таблице 4 приложения 1 к настоящему Клиническому протоколу (далее - шкала CHA2DS2-VASc).

13. Риск кардиоэмболического ИГМ и других тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП возрастает пропорционально увеличению суммы баллов по шкале CHA2DS2-VASc. При минимальной сумме баллов, равной 1 баллу, риск инфаркта мозга составляет 1,3% в год, при мак-

симальной сумме, равной 9 баллам – 15,2% в соответствии с таблицей 5 приложения 1 к настоящему Клиническому протоколу.

14. Пациентам с ФП, получившим оценку по шкале CHA₂DS₂-VASc ноль баллов (отсутствует риск кардиоэмболических осложнений) антитромботические 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 МНО, целевой уровень МНО 2-3. Пациентам с умеренным и высоким риском кардиоэмболии, имеющим ≥ 2 баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc, показан постоянный прием антитромботических лекарственных средств - антикоагулянтов непрямого действия: антагониста витамина К (варфарина) или антитромботических 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 инсульта необходимо провести оценку риска геморрагических осложнений по шкале HAS-BLED в соответствии с таблицей 6 приложения 1 к настоящему Клиническому протоколу (далее - шкала HAS-BLED).

16. Повышение количества баллов по шкале HAS-BLED более 3 характеризует высокий риск вероятности геморрагических осложнений, что требует тщательного мониторингирования 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. Риск развития кардиоэмболического инфаркта мозга при ФП снижается на 20% при постоянном приеме АСК и на 68% – при использовании антагониста витамина К - варфарина. В то же время частота развития больших кровотечений одинакова при использовании антиагрегантов и пероральных антикоагулянтов (1,0% и 1,4% в год соответственно), поэтому назначение антиагрегантов после кардиоэмболического ИГМ может быть рассмотрено только при отказе пациента принимать любой пероральный антикоагулянт.

18. Новые оральные антикоагулянты, рекомендованные при неклапанной ФП, обладают сравнимой с варфарином эффективностью. Замена варфарина на новые оральные антикоагулянты целесообразна при невоз-

возможности 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.

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

Таблица 1

Шкала комы Глазго (ШКГ)

Баллы	Открытие 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 (открытие глаз, речевой контакт, двигательная активность).

Таблица 2

Шкала инсульта Национальных институтов здравоохранения (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
Аутогипоанозогнозия (синдром «отрицания», неглект)	0	Нет
	1	Частичный
	2	Полный
Дизартрия	0	Нормальная артикуляция
	1	Легкая или умеренная дизартрия
	2	Невнятная речь
Афазия. Оценивают по речевым ответам пациента в процессе обследования	0	Нет
	1	Легкая или умеренная афазия
	2	Выраженная афазия
	3	Речь отсутствует
Итого		

Таблица 3

Модифицированная шкала Рэнкина (МШР)

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 наблюдении.
6	Летальный исход.

Таблица 4

Модифицированная шкала CHA2DS2-VASc для стратификации риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий

Факторы риска инфаркта мозга 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 ≥ 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 инсультов 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 инфарктом мозга

Оценка риска кровотечения		Баллы
H (Hypertension (Systolic ≥ 160 mm Hg))	Артериальная гипертензия с систолическим АД ≥ 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-х кратное повышение уровней печеночных ферментов, билирубина) – по 1 баллу	1 или 2
S (Stroke in past)	Перенесенный инсульт	1
B (Bleeding history or predisposition)	Кровотечения в анамнезе или предрасположенность к кровотечению	1
L (Labile INRs)	Лабильный уровень МНО	1
E (Elderly)	Возраст ≥ 65 лет	1
D (Drugs/alcohol concomitantly)	Прием других препаратов, повышающих риск геморрагических осложнений (антиагреганты, прямые антикоагулянты, НПВС), или злоупотребление алкоголем – по 1 баллу	1 или 2
Итого		

Приложение 2
к Клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
с заболеваниями нервной системы
(взрослое население)»

Перечень заболеваний и объемы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях

Наименование нозологиче- ских форм за- болеваний (шифр по МКБ-10)	Объемы оказания медицинской помощи			
	Диагностика		Лечение	
	Обязательная	Дополнительная (по медицинским показаниям)	Необходимое	Средняя длитель- ность наблюде- ния и лече- ния (дни)
1	2	3	4	5
Бактериальный менингит и другие виды менингита, включая вирусные (G00-G03)			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.	

	Осмотр невролога. Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Электрокардиограмма (далее - ЭКГ). Рентгенография органов грудной клетки.	Ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов брюшной полости. Рентгенография придаточных пазух носа. Эхокардиография (далее - ЭхоКГ). Консультация врача-инфекциониста. Консультации других врачей-специалистов.	После выписки из стационара: продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. Антибактериальная, противогрибковая, противовирусная терапия с учетом вида возбудителя. По показаниям: При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, пиридостигмин, пирацетам, винпоцетин, глицин; парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин. При судорожном синдроме: противосудорожные средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; нестероидные противовоспалительные средства (НПВС): диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При гипертермии: анальгетики-антипиретики: АСК, метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При гипертензионном синдроме: мочегонные средства: ацетазоламид, фуросемид, гидрохлортиазид. При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: тофизолам; При инсомнии: снотворные и седативные средства: зопиклон. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. Психотерапия, физиотерапия (далее - ФТ), лечебная физкультура (далее - ЛФК).	14-28
--	---	--	---	-------

Энцефалит, миелит и энцефаломиелит (G04) Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при болезнях, классифицированных в других рубриках (G05)	Рентгенография органов грудной клетки. Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ Консультация врача-терапевта (врача общей практики).	Эхо-энцефалоскопия (далее - ЭхоЭС). Электроэнцефалография (далее - ЭЭГ). УЗИ органов брюшной полости. КТ или МРТ*** головного, спинного мозга. Консультация врача-психиатра-нарколога (врача-психотерапевта), врача-уролога, врача-офтальмолога (острота зрения, состояние глазного дна, поля зрения), других врачей-специалистов по показаниям.	При первичной постановке диагноза с бактериальной и вирусной этиологией заболевания пациента госпитализируют по экстренным показаниям в инфекционное отделение районной, городской, областной организации 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 организации здравоохранения. После выписки продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. По показаниям: При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, ницерголин, пирацетам, винпоцетин, глицин; парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин. При судорожном синдроме: противоэпилептические средства: 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 средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При гипертермии: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен,	60-90
--	---	---	---	--------------

			целекоксиб. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При гипертензионном синдроме: мочегонные средства: гидрохлортиазид, фуросемид. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: беттагистин. При инсомнии: снотворные и седативные средства: зопиклон. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При экстрапирамидном синдроме: допаминергические средства: амантадин, прамипексол, леводопа/карбидопа, леводопа/бенсеразид. ФТ, ЛФК, механотерапия, психотерапия, логопед.	
Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс и гранулема (G06) Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс и гранулема при болезнях, классифицированных в других рубриках (G07)	Рентгенография органов грудной клетки. КТ или МРТ***. Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Консультация врача-терапевта (врача общей практики).	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 показаниям.	При первичной постановке диагноза пациента экстренно госпитализируют в нейрохирургическое отделение районной, городской, областной организации здравоохранения для решения вопроса о проведении хирургического лечения. После выписки продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. По показаниям: При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, ницерголин, пирацетам, винпоцетин, глицин; парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин. При судорожном синдроме: противоэпилептические средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метами-	60-90

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

			зол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При гипертензионном синдроме: мочегонные средства: гидрохлортиазид, фуросемид. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: беттагистин. При инсомнии: снотворные и седативные средства: зопиклон. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При экстрапирамидном синдроме: допаминергические средства: амантадин, прамипексол, леводопа/карбидопа, леводопа/бенсеразид. ФТ, ЛФК, кинезотерапия, психотерапия, логопед.	
Болезнь Гентингтона (G10)	Общий анализ крови. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ ЭКГ.	УЗИ органов брюшной полости. Консультация врача-терапевта (врача общей практики), других врачей-специалистов по показаниям.	При первичной постановке диагноза пациента направляют на консультацию в областную, республиканскую организацию здравоохранения. После установления клинического диагноза продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения. При умеренном хореическом гиперкинезе: допаминергические средства: амантадин; противоэпилептические средства: клоназепам; антипсихотические средства: клозапин. При тяжелой хорее: антипсихотические средства: галоперидол, клозапин, сульпирид; противоэпилептические средства: клоназепам, вальпроевая	14-20

	Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения), врача-психиатра-нарколога.		кислота. По показаниям: При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: глицин, донепезил; мемантин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При акинетико-ригидном синдроме: допаминергические средства: амантадин, прамипексол.	
Наследственная атаксия (G11)	Общий анализ крови. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения).	УЗИ органов брюшной полости. Консультации врачей-специалистов по показаниям.	При первичной постановке диагноза пациента направляют на консультацию в областную, республиканскую организацию здравоохранения. После установления клинического диагноза продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, глицин; парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин. Допаминергические средства: амантадин. По показаниям: При сопутствующем треморе: бета-адреноблокаторы: пропранолол. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: беттагистин. По показаниям: При эпизодической атаксии: ингибиторы карбоангидразы: ацетазоламид; противоэпилептические средства: карбамазепин. При гиперкинетическом синдроме:	14-20

			противоэпилептические средства: клоназепам, вальпроевая кислота. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК.	
Спинальная мышечная атрофия и родственные синдромы (G12)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ, КФК. ЭКГ. Электронейромиография (далее - ЭНМГ). Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения,	Консультация врача-терапевта (врача общей практики). Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	При первичной постановке диагноза пациента направляют на консультацию в областную, республиканскую организацию здравоохранения. После установления клинического диагноза продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин. Парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин. Метаболики: мельдоний, нандролон. Прочие средства влияющие на пищеварительную систему и метаболические процессы: тиоктовая кислота. ФТ, ЛФК, массаж. В рамках оказания паллиативной помощи: при выраженном нарушении глотания, снижении массы тела на 10% или индексе массы тела менее 18 кг/м²: показана установка назогастрального зонда или проведение чрескожной эндоскопической гастростомии для осуществления зондового энтерального питания через назогастральный зонд или зонд введенный в стому стандартными изокалорическими питательными смесями.	14-20

	поля зрения).			
Боковой амиотрофический склероз (болезни двигательного нейрона) (G12.2)	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, КФК. ЭНМГ.	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 показаниям.	При первичной постановке диагноза пациента направляют на консультацию в областную, республиканскую организацию здравоохранения. После установления клинического диагноза продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин, холина альфосцерат, ипидакрин. Метаболики: мельдоний, нандролон, инозин. Прочие средства, влияющие на пищеварительную систему и метаболические процессы: тиоктовая кислота. ЛФК, массаж. По показаниям: При умеренном и выраженном псевдобульбарном синдроме: антидепрессанты: флуоксетин, амитриптилин, пароксетин; противоэпилептические средства: карбамазепин. При гиперсаливации: антидепрессанты: амитриптилин. При вязкой мокроте: отхаркивающие средства: ацетилцистеин; ингаляции с муколитиками. При болезненных мышечных спазмах (кramпи) и фасцикуляциях: противоэпилептические средства: 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.	20-30

			В рамках паллиативной помощи: при выраженном нарушении глотания, снижении массы тела на 10% или индексе массы тела менее 18 кг/м²: показана установка назогастрального зонда или проведение чрескожной эндоскопической гастростомии для осуществления зондового энтерального питания 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, целекоксиб. При выраженном болевом синдроме и неэффективности анальгетиков и НПВС - опиоиды: трамадол, морфин. При нарушении сна снотворные и седативные средства: мидазолам; При тревоге: анксиолитические средства: тофизолам, диазепам; противоэпилептические средства: фенobarбитал, клоназепам. При бульбарном синдроме антидепрессанты: флуоксетин, амитриптилин, пароксетин; противоэпилептические средства: карбамазепин. При диспноэ и хронической одышке: анксиолитические средства: диазепам; опиоиды: морфин При дыхательной недостаточности и выраженных бульбарных нарушениях: инвазивная механическая ИВЛ.	
Болезнь Паркинсона (G20). Вторичный паркинсонизм (G21).	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование	Консультация: врача-психиатра-нарколога, других врачей-специалистов по показаниям.	На ранней (неосложненной) стадии заболевания у лиц молодого возраста (<55 лет), не получавших ранее лечение, начинают с монотерапии: допаминергические средства: амантадин, прамипексол, пирибедил. На ранней (неосложненной) стадии заболевания у лиц старше	Постоянный прием лекарственных средств

Другие дегенеративные болезни базальных ганглиев (пантотенаткиназная нейродегенерация, прогрессирующая надъядерная офтальмоплегия, стриатонигральная дегенерация) (G23)	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).		65 лет, не получавших ранее лечение, начинают с монотерапии: допаминергические средства: амантадин, прамипексол, пирибедил; препараты леводопы в малых дозах: леводопа/ карбидопа, леводопа/ бенсеразид (по показаниям – капсулы с модифицированным высвобождением, диспергируемые таблетки). При треморе: бета-адреноблокаторы: пропранолол; противоэpileптические средства: вальпроевая кислота. При поздней (осложненной) стадии заболевания: препараты леводопы с коррекцией дозы (4-6 кратный прием): леводопа/ карбидопа, леводопа/ бенсеразид (по показаниям – капсулы с модифицированным высвобождением, диспергируемые таблетки); добавление к препаратам леводопы допаминергических средств: амантадин, прамипексол, пирибедил; смена стандартной формы дозирования леводопы на форму с контролируемым высвобождением при феномене «конца дозы» и при ночной акинезии «конца дозы». При дискинезиях: допаминергические средства: амантадин, прамипексол (по показаниям – пролонгированного действия), пирибедил; противоязвенные средства и средства, применяемые при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: пантопразол; противоэpileптические средства: вальпроевая кислота. По показаниям: При психотических нарушениях: антипсихотические средства: 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 средства: холина альфосцерат, ипидакрин, средства для лечения деменции: мемантин. ФТ, ЛФК. При наличии показаний: направление пациента на врачебную консультацию в Республиканский научно-практический центр (далее – РНПЦ) неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении.	
Гепатолентикулярная дегенерация (E83.0)	Общий анализ крови, подсчет количества тромбоцитов крови. Общий анализ мочи. Исследование показателей гемостаза: активированное частичное тромбопластиновое время (далее – АЧТВ), протромбиновое время (далее – ПВ), протромбиновый индекс (далее –	МРТ головного мозга. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	При первичной постановке диагноза пациента направляют на врачебную консультацию в областную, республиканскую организацию здравоохранения. После установления клинического диагноза продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организации здравоохранения. Продолжают назначение базисных препаратов: пенициллина или цинка сульфата. 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 церулоплазмина и меди в крови. Витамины и эссенциальные фосфолипиды: тиамин, пиридоксин, эссенциальные фосфолипиды. По показаниям: При экстрапирамидном синдроме: допаминергические средства: амантадин, прамипексол, пирибедил, леводо-	Постоянный прием лекарственных средств.

	ПТИ), между-народное нормализованное отношение (далее – МНО), 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).		па/карбидопа, леводопа/бенсеразид. Диета с исключением продуктов, богатых медью (шоколад, кофе, бобовые, орехи, грибы, печень и другие).	
--	---	--	--	--

	Консультация врача-терапевта (врача общей практики).			
Клонический гемифациальный спазм (G51.3)	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.	ЭНМГ и игольчатая ЭНМГ. ЭЭГ. УЗИ прецеребральных сосудов. Транскраниальная доплерография (далее - ТКДГ).	При первичной постановке диагноза пациента направляют на врачебную консультацию в областную, республиканскую организацию здравоохранения. После установления клинического диагноза продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организации здравоохранения. Миорелаксанты центрального действия: баклофен. Противоэпилептические средства: карбамазепин, клоназепам. При отсутствии эффекта пациента направляют на врачебную консультацию в областную организацию здравоохранения.	Постоянный прием лекарственных средств.
Дистония (G24)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи.	Консультация врача-терапевта (врача общей практики).	При первичной постановке диагноза пациента направляют на врачебную консультацию в областную, республиканскую организацию здравоохранения.	Постоянный прием лекарственных средств.

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

	крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. ЭКГ. ЭхоЭС. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения).	брюшной полости. УЗИ щитовидной железы Консультация врача-терапевта (врача общей практики), других врачей-специалистов по показаниям.	средства: топирамат. При наличии показаний: направление пациента на консультацию врача-невролога и нейрохирурга в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении.	
Синдром «ригидного чело-века» (G25.8)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего	Консультация врача-онколога. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	При первичной диагностике пациента направляют в областную, республиканскую организацию здравоохранения. После установления клинического диагноза продолжают назначение средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организации здравоохранения: анксиолитические средства: диазепам, тофизопам; противоэпилептические средства: клоназепам; миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При отсутствии эффекта:	Постоянный прием лекарственных средств.

	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).		Глюкокортикоиды для системного применения внутривенно (метилпреднизолон) или перорально (метилпреднизолон, преднизолон) с корректорами – препаратами калия (калия хлорид, комплексными препаратами, содержащими ионы калия и магния), калийсберегающими диуретиками (спиронолактон) и средствами для профилактики гастропатии (ингибиторы протонной помпы: омепразол, пантопразол) (далее - ГСП).	
Болезнь Альцгеймера (G30)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего	Биохимическое исследование крови: определение гормонов щитовидной железы, С-реактивного белка. Серологические исследования на вирус иммуноде-	При первичной диагностике пациента направляют в областную, республиканскую организацию здравоохранения. Продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной организации здравоохранения: При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: ницерголин, винпоцетин, глицин; парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, донепезил, мемантин, ипидакрин, галантамин. По показаниям:	Постоянный прием лекарственных средств.

	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	фицита человека (далее – ВИЧ), сифилис, боррелиоз. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	При психотических нарушениях: антипсихотические средства: кветиапин, клозапин, хлорпротиксен. При депрессии: антидепрессанты: флуоксетин, амитриптилин, пароксетин. При судорожном синдроме: противоэпилептические средства: карбамазепин. ЛФК.	
--	---	---	---	--

	врача-психиатра-нарколога.			
Рассеянный склероз (G35) (дебют, обострение, прогрессивное течение). Острый рассеянный энцефаломиелит (G35). Оптиконевромиелит [болезнь Девика] (G36.0). Диффузный склероз (G37.0)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АЛТ, АсАТ. ЭКГ. Рентгенография органов грудной клетки. МРТ головного /спинного мозга с контрастированием***. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно,	Консультация врача-терапевта (врача общей практики). Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	При первичной постановке диагноза пациента направляют на врачебную консультацию в областную, республиканскую организацию здравоохранения. После установления клинического диагноза продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организации здравоохранения. ГСП. 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. 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-1а*, интерферон бета-1b*; иммунодепрессанты: финголимод**; другие иммуномодуляторы: с продолжением лечения в амбулаторных условиях. При отсутствии эффекта в части купирования обострений РС пациенту показаны лекарственные средства второй линии: иммунодепрессанты: азатиоприн**; противоопухолевые средства: циклофосфамид**; цитотоксические антибиотики: митоксантрон**; иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный**.	Длительность лечения зависит от клинической ситуации.

	острота зрения, поля зрения). Анализ крови на Лайм-боррелиоз, клещевой энцефалит.	При высокой частоте обострений согласно заключению врачебного консилиума областной или республиканской организации здравоохранения назначают: цитотоксические антибиотики: митоксантрон*. 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-1а*, интерферон бета-1b*; цитотоксические антибиотики: митоксантрон**; противоопухолевые средства: циклофосфамид**. При вторично прогрессирующем течении РС без обострений: цитотоксические антибиотики: митоксантрон*; противоопухолевые средства: циклофосфамид**. При оптиконевромиелите для профилактики обострений: иммунодепрессанты: азатиоприн* в сочетании с ГСП; противоопухолевые средства: циклофосфамид**. цитотоксические антибиотики: митоксантрон**; иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный**. При недостаточной эффективности цитостатиков дополнительно назначают прерывистый плазмаферез. Для уменьшения степени выраженности демиелинизации: витамины: витамин D в профилактической дозе. Продолжают назначение лекарственных средств для симптоматического лечения по схеме, рекомендованной в областной, республиканской организации здравоохранения: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид; парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин. По показаниям:	
--	---	---	--

			При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: бетажистин; При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен; толперизон. При выраженной спастичности пациента направляют на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении. При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: тофизолам. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При синдроме хронической усталости: допаминергические средства: амантадин. При нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин. При нейрогенных расстройствах мочеиспускания: недержание мочи: спазмолитические средства: оксибутин, тропия хлорид; альфа-адреноблокатор: тамсулозин. При эректильной дисфункции: ингибиторы фосфодиэстеразы: силденафил. При треморе: бета-блокаторы: пропранолол; противоэпилептические средства: топирамат, габапентин. Психотерапия, ФТ, ЛФК, механотерапия.	
Острый поперечный миелит при демиелинизирующей болезни центральной нерв-	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование	Консультация врача-уролога. Консультация врача-хирурга. МРТ спинного мозга.	При первичной диагностике пациента направляют в областную организацию здравоохранения. После установления клинического диагноза продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной организации здраво-	30 - 60

ной системы (G37.3). Подострый некротизирующий миелит (G37.4)	крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ. Рентгенография позвоночника. Рентгенография органов грудной клетки. Консультация врача-терапевта (врача общей практики).	Соматосенсорные вызванные потенциалы. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	охранения. ГСП. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, глицин, пирацетам. Парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин, пиридостигмин. По показаниям: При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При нейрогенных расстройствах мочеиспускания: недержание мочи: спазмолитические средства: оксибутин, тропсия хлорид; альфа-адреноблокатор: тамсулозин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При эректильной дисфункции: ингибиторы фосфодиэстеразы: силденафил. При болевом синдроме; анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При гипертермии: анальгетики-антипиретики: АСК, метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При центральном нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК, психотерапия.	Длительность лече-
Эпилепсия (G40)	Общий анализ крови.	МРТ/КТ головного мозга с ангио-	Противосудорожную терапию начинают в виде монотерапии с учетом типа приступов. Критерий эффективности лече-	Длительность лече-

	Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ. Серологическое исследование крови на сифилис. ЭЭГ. ЭКГ. ЭхоЭС. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения).	программой***. Консультация врача-психиатра-нарколога. Консультация врача-терапевта (врача общей практики). Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	ния – уменьшение приступов на 50% и более. При парциальных приступах (простых, сложных, вторично-генерализованных): противоэпилептические средства: карбамазепин*, ламотриджин*, вальпроевая кислота**, леветирацетам**. Дополнительно к монотерапии при отсутствии необходимого эффекта добавляются противоэпилептические средства: карбамазепин, вальпроевая кислота, габапентин, ламотриджин. При первично-генерализованных тонико-клонических приступах: противоэпилептические средства: вальпроевая кислота*, ламотриджин*, карбамазепин**, леветирацетам**. Дополнительно к монотерапии при отсутствии необходимого эффекта добавляются противоэпилептические средства: топирамат. При типичных абсансах: противоэпилептические средства: вальпроевая кислота*, ламотриджин**. При отсутствии необходимого эффекта на монотерапии: сочетание противоэпилептических средств - вальпроевой кислоты и ламотриджина. При атипичных абсансах, атонических приступах: противоэпилептические средства: вальпроевая кислота*, клоназепам**, фенobarбитал**, ламотриджин**, топирамат**, леветирацетам**. При миоклонических приступах: противоэпилептические средства: вальпроевая кислота*, топирамат**; мочегонные средства: ацетазоламид, леветирацетам**. При отсутствии необходимого эффекта на монотерапии: сочетание противоэпилептических средств - вальпроевой кислоты и топирамата. При неклассифицируемых приступах: противоэпилептические средства: вальпроевая кислота*, ламотриджин**.	ния зависит от клинической ситуации.
--	---	---	---	---

			При неэффективности монотерапии лекарственными средствами первой линии (*) показано назначение средств второй линии (**). При неэффективности максимальной терапевтической дозы лекарственного средства в режиме монотерапии вместо него необходимо назначить другое средство – препарат первой (*) или второй линии (**), имеющий иной механизм действия. Назначение нового противосудорожного средства следует начинать постепенно, достигая уровень клинически эффективной дозы (через 2-4 недели). Затем проводят постепенную отмену предыдущего противосудорожного средства. При неэффективности монотерапии вторым противосудорожным средством при сохранении приступов назначают комбинацию двух противосудорожных средств. При сложных парциальных приступах: карбамазепин и вальпроевая кислота; при парциальных приступах (простых, сложных, вторично-генерализованных): карбамазепин и габапентин; при генерализованных приступах: ламотриджин и вальпроевая кислота; при абсансах: вальпроевая кислота и клоназепам; вальпроевая кислота и топирамат; топирамат и ламотриджин; при рефрактерной форме эпилепсии: топирамат и ламотриджин. При плохой переносимости первого назначенного лекарственного средства в режиме монотерапии вторая монотерапия обязательна. При хорошей переносимости и неэффективности первого адекватно назначенного в режиме монотерапии противосудорожного средства возможен переход на комбинированную терапию двумя средствами. Длительное лечение двумя противосудорожными средствами осуществляют исключительно при невозможности адекватной монотерапии.	
--	--	--	---	--

			Лечение тремя противоэpileптическими средствами целесообразно только при неэффективности терапии двумя адекватными средствами. При развитии характерологических и психотических нарушений: наблюдение пациента в психиатрическом диспансере. При отсутствии эpileптических приступов в течение 2-5 лет проводят постепенную отмену противоэpileптического средства: на 1/8-1/4 от суточной дозы в течение 1-2 месяцев, под контролем ЭЭГ. При фармакорезистентной форме эpileпсии: пациента направляют на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии. При рефрактерной форме эpileпсии с частыми приступами, ведущими к выраженной стойкой утрате трудоспособности: врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении.	
Мигрень (G43)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ,	Ультразвуковая доплерография (далее - УЗДГ) прецеребральных сосудов, транскраниальная доплерография (далее - ТКДГ) КТ или МРТ головного мозга с ангиопрограммой *** ЭЭГ. Консультации других врачей-	Для купирования приступа мигрени: анальгетики-антипиретики: АСК, парацетамол, метамизол натрия; НПВС: диклофенак, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен (в том числе комбинации указанных лекарственных средств); агонисты серотониновых 5-НТ₁ рецепторов: суматриптан, золмитриптан. При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид. Профилактическое лечение (при 4 и более приступах в месяц): Средства первой линии: нестероидные НПВС: ибупрофен; бета-адреноблокаторы: метопролол; пропранолол; противоэpileптические средства: вальпроевая кислота, топирамат. Средства второй линии: антидепрессанты: amitриптилин, венлафаксин; бета-адреноблокаторы: бисопролол. Средства третьей линии: анальгетики-антипиретики: АСК;	Длительность лечения зависит от клинической ситуации.

	АсАТ. ЭхоЭС. Консультация врача- офтальмолога (глазное дно, поля зрения, острота зре- ния).	специалистов по показаниям.	противоэпилептические средства: габапентин; магния препа- раты: магния цитрат с пиридоксином, витамины: рибофлавин, ингибиторы АПФ: лизиноприл; антагонисты ангиотензина II: кандесартан.	
Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (ата- ки) и род- ственные син- дромы (G45)	Общий анализ крови с опре- делением числа тромбоцитов. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: опреде- ление концен- трации глюко- зы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ, общий холестерол (далее – ОХС), холестерол ли- попротеидов	УЗДГ прецере- бральных сосу- дов. ТКДГ. Холтеровское мо- ниторирование ЭКГ. Суточное мони- торирование АД. ЭхоКГ. Агрегатометрия тромбоцитов. Консультация врача-кардиолога. При стенозе пре- церебральной ар- терии мозга более 50%: консульта- ция врача- ангиохирурга или врача- рентгеноэндовас-	При развитии транзиторной ишемической атаки (далее – ТИА) пациента экстренно госпитализируют в специализированное (инсультное) неврологическое отделение для пациентов с ин- сультном/ на инсультную койку неврологического отделения районной (городской) организации здравоохранения. После выписки продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. Пациентам, перенесшим ТИА на фоне выраженного стенози- рующего 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.; па- циентам с хроническими заболеваниями почек показан целе- вой уровень АД $< 140/90$ мм рт. ст.; пациентам в возрасте ≥ 75 лет показан целевой уровень АД в пределах 140/90-150/90 мм рт. ст. При проведении коррекции АД с достижением целевых уров- ней предпочтительны антигипертензивные средства основных антигипертензивных классов и их комбинации, в том числе лекарственных средств с фиксированными дозами, согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением (по-	В зависи- мости от факторов риска.

	низкой плотности (далее - ХС ЛПНП), холестерол липопротеидов высокой плотности (далее - ХС ЛПВП), триглицериды (далее - ТГ) Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. ЭКГ. УЗДГ прецеребральных сосудов. ЭхоЭС. Профиль артериального давления (далее - АД). Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно).	кулярного хирурга. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	становление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 59 от 06.06.2017). Постоянный прием антиагрегантных лекарственных средств: АСК. У пациентов с ранее перенесенными ТИА и инфарктами мозга 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 показания к двойной антиагрегантной терапии: АСК в сочетании с клопидогрелом 90 дней, а далее продолжение сроков двойной антиагрегантной терапии по согласованию с кардиологом, с последующим переходом на монотерапию антиагрегантным лекарственным средством. При высоком риске кардиальной эмболии (фибрилляция предсердий (далее - 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 или инфарктом мозга: антитромботические средства: 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	
--	---	---	---	--

	Консультация врача-терапевта (врача общей практики). ЭхоКГ при криптогенном и кардиоэмболическом генезе заболевания, а также у пациентов моложе 45 лет при любой этиологии ТИА.		инфаркт миокарда передней стенки давностью менее 4 недель, осложненный тромбом левого желудочка, ТИА 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 фракция выброса левого желудочка <40%) и высоким риске кровотечений, в том числе при снижении клиренса креатинина до 30-50 мл/мин: антитромботические средства: антикоагулянты непрямого действия: дабигатран, ривароксабан. Нейропротекторная терапия: сернокислая магнезия. По показаниям: При гиперлипидемии: гиполипидемические средства: аторвастатин, розувастатин. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: бетажистин. При ипсилатеральном выраженном стенозе экстракраниального отдела сонных артерий (70-99%) проводится каротидная эндартерэктомия (далее - 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 пациента и сопутствующих заболеваний. При отсутствии противопоказаний реваскуляризацию выполняют в течение 2 недель после ТИА. Каротидная ангиопластика и стентирование показаны как альтернатива КЭА при ипсилатеральном стенозе экстракраниального отдела сонной артерии > 70% при неинвазивной визуализации или > 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 ($> 70\%$) при выраженном риске хирургического вмешательства или при наличии радиационного стеноза или рестеноза после КЭА, при окклюзии противоположной сонной артерии показана каротидная ангиопластика и стентирование.	
Другие транзиторные церебральные ишемические атаки и связанные с ними синдромы (гипертензионный церебральный криз) (G45.8)	Общий анализ крови с определением числа тромбоцитов. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, АЛАТ, АсАТ, ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ. Исследование показателей гемостаза:	УЗДГ прецеребральных сосудов. ТКДГ. Холтеровское мониторирование ЭКГ. Суточное мониторирование АД. ЭхоКГ. Агрегатометрия тромбоцитов. Консультация врача-кардиолога. При стенозе прецеребральной артерии мозга более 50%: консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгеноэндоваскулярного хирурга.	При развитии других транзиторных ишемических атак пациента экстренно госпитализируют в специализированное (инсультное) неврологическое отделение для пациентов с инсультом /на инсультную койку неврологического отделения районной (городской) организации здравоохранения. После выписки продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. При проведении коррекции АД с достижением целевых уровней предпочтительны антигипертензивные средства основных антигипертензивных классов и их комбинации, в том числе лекарственных средств с фиксированными дозами, согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 59 от 06.06.2017). Постоянный прием антиагрегантных лекарственных средств: АСК. У пациентов с ранее перенесенными ТИА и инфарктами мозга на фоне приема АСК, при непереносимости АСК, а также при лабораторной резистентности к АСК: клопидогрел. По показаниям:	В зависимости от факторов риска.

	АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. ЭКГ. УЗДГ прецеребральных сосудов. ЭхоЭС. Профиль АД. Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно). Консультация врача-терапевта (врача общей практики).	га. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	При гиперлипидемии: гиполипидемические средства: аторвастатин, розувастатин. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: бетастин.	
Поражение тройничного нерва (G50)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего	ЭхоЭС. Рентгенография височно-челюстных суставов. КТ или МРТ головного мозга.***. Консультации других врачей-	ГСП: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные средства: 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	3-12

	белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ. Рентгенография придаточных пазух носа. Консультация врача-оториноларинголога. Консультация врача-стоматолога. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения).	специалистов по показаниям.	хирургическом лечении.	
Поражение лицевого нерва (G51)	Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего	Исследование крови на Лайм-боррелиоз, системную красную волчанку (далее – СКВ), сифилис, туберкулез, ВИЧ. КТ или МРТ го-	ГСП: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Противовирусные средства прямого действия: ацикловир, валацикловир. Мочегонные средства: фуросемид. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ницерголин. Нейропротекторная терапия: глицин.	8-20

	белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ. Консультация: врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения).	ловного мозга*** для исключения новообразований (холестеатомы, невриномы лицевого нерва, гломусной опухоли, менингиомы, саркомы, шванномы, злокачественного новообразования слюнных желез и другого).	Парасимпатомиметические средства (при отсутствии угрозы контрактуры мимических мышц) через 4 недели от начала заболевания: глицин, неостигмин, холина альфосцерат, ипидакрин. По показаниям: При угрозе развития контрактуры мимических мышц: противоэпилептические средства: 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.	
Поражение плечевого сплетения (G54.0)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ.	Исследование крови на Лайм-боррелиоз, ревматологические заболевания. КТ или МРТ шейного отдела позвоночника***, плечевого сплетения. КТ органов грудной клетки***. ЭНМГ. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	ГСП: 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 и 2 типов, вирусе Varicella zoster, вирусе Эпштейна-Барр и цитомегаловирусе: ацикловир. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. После курса ГСП: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид; парасимпатомиметические средства неостигмин, ипидакрин. По показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: НПВС пролонгированного действия или противоревматические средства с мед-	12-25

	Рентгенография шейного отдела позвоночника, костей плечевого пояса.		ленным высвобождением: диклофенак, индометацин, кетопрофен; кеторолак, целекоксиб; противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, 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.	
Поражение пояснично-крестцового сплетения (G54.1)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ. Рентгеногра-	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***.	ГСП: 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 и 2 типов, вирусе Varicella zoster, вирусе Эпштейна-Барр и цитомегаловирусе: ацикловир. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. По показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: НПВС пролонгированного действия или противоревматические средства с медленным высвобождением: диклофенак, индометацин, кетопрофен, кеторолак, целекоксиб; противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. Парасимпатомиметические средства: неостигмин, ипидакрин.	12-25

	фия костей таза, тазобедренных суставов, пояснично-крестцового отдела позвоночника.	КТ органов брюшной полости***. КТ органов малого таза***. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	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 нейрохирургическом лечении.	
Невралгическая амиотрофия (G54.5)	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.	ЭНМГ. Консультация врача-терапевта (врача общей практики). Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	ГСП: метилпреднизолон для системного применения*, с последующим переходом на метилпреднизолон, преднизолон внутрь. Мочегонные средства: фуросемид. Парасимпатомиметические средства: неостигмин, ипидакрин. По показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: НПВС пролонгированного действия или противоревматические средства с медленным высвобождением: диклофенак, индометацин, кеторолак, кетопрофен, целекоксиб; противоэпилептические средства: 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 и нейрохирургии для уточнения диагноза и коррекции лечения.	15-30
Мононевропатии верхней конечности (G56).	Общий анализ крови. Общий анализ мочи.	ЭНМГ. Рентгенография шейного отдела позвоночника, су-	ГСП: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Мочегонные средства: фуросемид. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантино-	10-20

Мононевропатии нижней конечности (G57)	Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ.	ставов 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 показаниям.	ла никотинат, ницерголин. Парасимпатомиметические средства неостигмин, ипидакрин. Метаболики: мельдоний. По показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: противоэpileптические средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК, механотерапия. 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.	
Наследственная и идиопатическая невропатия (G60)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина,	ЭНМГ. УЗИ щитовидной железы. УЗИ органов брюшной полости. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения),	Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. При хроническом нейропатическом болевом синдроме: противоэpileптические средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК, механотерапия.	Длительность лечения зависит от клинической ситуации.

	мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ.	консультация врача-эндокринолога.		
Воспалительная полиневропатия (G61). Острая воспалительная полиневропатия (G61.0).	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ.	УЗИ органов брюшной полости. Рентгенография органов грудной клетки. Консультация врача-терапевта (врача общей практики). Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	При подозрении на острую воспалительную полиневропатию – экстренный перевод в областную организацию здравоохранения для проведения патогенетической терапии. На районном уровне оказания медицинской помощи после выписки продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения. Нейропротекторная терапия: пирацетам, глицин, этилметил-гидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, парасимпатомиметические средства: неостигмин, холина альфосцерат, ипидакрин. Метаболики: мельдоний. По показаниям: при нейропатическом болевом синдроме: противоспазматические средства: габапентин, карбамазепин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК, механотерапия.	20-60
Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (G61.8)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: опреде-	ЭНМГ. Рентгенография органов грудной клетки. УЗИ органов брюшной полости, щитовидной	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 лекарственных средств и иммуносупрессоров по схеме, реко-	20-60

	ление концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, КФК, АлАТ, АсАТ, СРБ, ревмофактора. ЭКГ.	железы. Консультация врача-терапевта (врача общей практики). Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	мендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения. Дополнительно: Метаболики: мельдоний. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Парасимпатомиметические средства неостигмин, ипидакрин. При хроническом нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК, механотерапия.	
Другие полинейропатии (G62)	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, органов брюшной полости, органов малого таза. Рентгенография органов грудной клетки. ФГДС. Консультация врача-терапевта (врача общей практики). Консультации других врачей-специалистов по	Метаболики: мельдоний, витамин В1 и его комбинации с витаминами В6 и В12. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Парасимпатомиметические средства неостигмин, ипидакрин. По показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При диабетической и алкогольной полинейропатии: тиоктовая кислота. ФТ, ЛФК, механотерапия.	10-30

Миастения гравис и другие нарушения нервно-мышечного си-напса (G70). Поражения нервно-мышечного си-напса и мышц при болезнях, классифициро-ванных в дру-гих рубриках (G73)	При первичной диагностике: общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимическое исследование крови: опреде-ление концен-трации глюко-зы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ, КФК; исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит; ЭКГ; неостигмино-вый тест. При установ-ленном диа-	показаниям. Гормоны щито-видной железы. УЗИ щитовидной железы. УЗИ органов брюшной поло-сти. МРТ или КТ го-ловного мозга.*** Консультация врача-терапевта (врача общей практики). ФГДС. Консультация врача-эндокринолога (в случае развития стероидного са-харного диабета). Консультация врача-офтальмо-лога (при подо-зрении на ката-ракту, обуслов-ленную глюко-кортикоидами). МРТ или КТ ор-ганов средостения (вилочковой же-лезы) ***.	При первичной диагностике заболевания пациента направляют на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейро-хирургии. При декомпенсации заболевания осуществляют госпитализа-цию пациента в неврологическое отделение областной орга-низации здравоохранения. На районном уровне оказания медицинской помощи после выписки продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях областной, республиканской организаций здравоохранения. Парасимпатомиметические средства: пиридостигмин, нео-стигмин. При отсутствии эффекта от приема парасимпатомиметических средств назначают: ГСП. ФТ, ЛФК. При декомпенсации состояния: увеличивают дозу пиридо-стигмина. При наличии глазодвигательных, бульбарных, дыхательных нарушений, выраженной слабости в конечностях: ГСП: ме-тилпреднизолон, преднизолон. При отсутствии ремиссии на монотерапии глюкокортикоида-ми, а также пациентам с сахарным диабетом, системным осте-опорозом, ишемической болезнью сердца (далее - ИБС) и вы-раженными бульбарными и (или) дыхательными нарушения-ми, не отвечающими на терапию глюкокортикоидами, назна-чают иммунодепрессанты: азатиоприн* с постепенным уменьшением дозы преднизолона или метилпреднизолона внутрь. При отсутствии эффекта от приема азатиоприна с ГСП в тече-	Длитель-ность лече-ния зависит от клини-ческой си-туации.
--	---	---	--	--

	гнозе: объем обследования аналогичен объему обследования при первичной диагностике дополнительно: КТ органов средостения (при подозрении на рецидив тимомы). При длительном приеме ГСП: профиль глюкозы, контроль АД. При длительном приеме иммунодепрессантов: общий анализ крови (лейкоциты, тромбоциты); Биохимическое исследование крови: АЛАТ, АсАТ.		ние 8-12 месяцев: антиметаболиты: метотрексат** или иммунодепрессанты: циклоспорин**. ФТ, ЛФК. При развитии криза: экстренная госпитализация в отделение анестезиологии и реанимации районной, областной организации здравоохранения.	
Первичные по-	Общий анализ	Консультация:	При первичной диагностике заболевания пациента направля-	12-14

ражения мышц (G71, G72)	крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, миоглобина, АлАТ, АсАТ, КФК, ЛДГ ЭКГ.	врача-терапевта (врача общей практики), врача-кардиолога, врача-эндокринолога. При подозрении на воспалительные миопатии: консультация врача-ревматолога. Консультации других врачей-специалистов по показаниям. ЭНМГ. МРТ головного мозга.	ют на врачебную консультацию в областную организацию здравоохранения, РНПЦ неврологии и нейрохирургии. На районном уровне оказания медицинской помощи продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в условиях областной, республиканской организации здравоохранения. Метаболики: мельдоний, нандролон, инозин. Парасимпатомиметические средства: неостигмин, ипидакрин. При миопатии Дюшена: ГСП: метилпреднизолон, преднизолон внутрь. ФТ, ЛФК.	
Субарахноидальное кровоизлияние (I60)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины,	Консультация врача – кардиолога. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	При развитии САК пациента экстренно госпитализируют в палату реанимации и интенсивной терапии специализированного неврологического (инсультного) отделения или в отделение анестезиологии и реанимации районной, областной организации здравоохранения. На районном уровне оказания медицинской помощи после выписки продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. По показаниям: При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: антипсихотические средства:	20-60

	натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ. Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно, поля зрения). Консультация врача-терапевта (врача общей практики).		трифлуоперазин, хлорпротиксен. При болевом синдроме и гипертермии НПВС: метамизол натрия, парацетамол, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При судорожном синдроме: противоэpileптические средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота; При гипертензионном синдроме: мочегонные средства: фуросемид, гидрохлортиазид. При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: пирацетам, глицин, холина альфосцерат.	
Внутричерепное кровоизлияние (I61). Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние (I62)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюко-	Консультация врача - кардиолога Консультации других специалистов по показаниям.	При развитии внутричерепного кровоизлияния (ВМК) пациента экстренно госпитализируют в палату реанимации и интенсивной терапии специализированного неврологического (инсультного) отделения или в отделение анестезиологии и реанимации районной, областной организации здравоохранения. На районном уровне оказания медицинской помощи после выписки продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организа-	20-60

	зы, 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), (врача общей практики).		ции здравоохранения. При проведении коррекции АД с достижением целевых уровней предпочтительны антигипертензивные средства основных антигипертензивных классов и их комбинации, в том числе лекарственных средств с фиксированными дозами, согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 59 от 06.06.2017). По показаниям: При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: тофизопам; антипсихотические средства: 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 средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При гипертензионном синдроме: мочегонные средства: фуросемид, гидрохлортиазид. При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: пирацетам, глицин, холина альфосцерат. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: беттагистин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.	
--	--	--	--	--

			При экстрапирамидном синдроме: допаминергические средства: амантадин, прамипексол, леводопа/карбидопа, леводопа/бенсеразид. ФТ, ЛФК, кинезотерапия, психотерапия, логопед.	
Инфаркт мозга (I63)	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,	УЗДГ прецеребральных сосудов. Холтеровское мониторирование ЭКГ, АД. Агрегатограмма тромбоцитов. Консультация врача-кардиолога. Консультации других врачей-специалистов по показаниям. Консультация врача-ангиохирурга, врача-рентгеноэндovasкулярного хирурга.	При развитии инфаркта мозга пациента экстренно госпитализируют в специализированное неврологическое (инсультное) отделение районной, областной организации здравоохранения. На районном уровне оказания медицинской помощи после выписки продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. Постоянный прием антиагрегантных лекарственных средств при некардиоэмболическом инфаркте мозга и кардиоэмболическом инфаркте мозга с противопоказаниями к непрямым антикоагулянтам: АСК. У пациентов с ранее перенесенными повторными некардиоэмболическими инфарктами мозга 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 показания к двойной антиагрегантной терапии: АСК в сочетании с клопидогрелом 90 дней, а далее продолжение сроков двойной антиагрегантной терапии по согласованию с кардиологом, с последующим переходом на монотерапию антиагрегантным лекарственным средством. При высоком риске кардиальной эмболии (ФП, тромб левого предсердия, трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки давностью менее 4 недель, тромб левого желудочка,	20-60

	гематокрит. ЭКГ. Консультация: врача- офтальмолога (острота зре- ния, глазное дно, поля зре- ния). Консультация врача- терапевта (вра- ча общей прак- тики), (врача общей практи- ки).	искусственные клапаны сердца, ревматическое поражение клапанов, инфаркт мозга 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 инфарктом мозга: антитромботические средства: 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, инфаркт мозга 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 <40%) и высоким риске кровотечений, в том числе при снижении клиренса креатинина до 30-50 мл/мин: антитромботические средства: прямой ингибитор тромбина - дабигатрана этексилат или прямой ингибитор фактора Ха - ривароксабан. Пациентам с кардиоэмболическим инфарктом мозга 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 по согласованию с кардиологом, с последующим переходом на монотерапию антитромботическим лекарственным средством. Коррекция АД, пароксизмов нарушения сердечного ритма. Пациентам с лакунарным инфарктом мозга показан целевой уровень АД < 130/80 мм рт. ст.; при выраженном стенозирующем атеросклерозе 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.; в возрасте ≥ 75 лет показан целевой уровень АД в пределах 140/90-150/90 мм. рт. ст. При проведении коррекции АД с достижением целевых уровней предпочтительны антигипертензивные средства основных антигипертензивных классов и их комбинации, в том числе лекарственных средств с фиксированными дозами, согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 59 от 06.06.2017). По показаниям: При гиперлипидемии: гиполипидемические средства: аторвастатин, розувастатин в высокоэффективной дозе. При судорожном синдроме: противоэпилептические лекарственные средства: диазепам, фенитоин, вальпроевая кислота, карбамазепин. При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: тофизолам; антипсихотические средства: хлорпротиксен, трифтазин. При болевом синдроме и гипертермии: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол.	
--	--	--	---	--

			При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: беттагистин. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При экстрапирамидном синдроме: допаминергические средства: амантадин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: пирацетам, глицин; холина альфосцерат, ипидакрин. Проведение ранней реабилитации пациентов, находящихся в стабильном состоянии. ЛФК, ФТ, логопед. У пациентов с инфарктом мозга с быстро обратимым неврологическим дефицитом («малым инфарктом мозга») в течение первых 2 недель после инсульта при ипсилатеральном выраженном стенозе экстракраниального отдела сонных артерий (70-99%) рекомендуется каротидная эндартерэктомия (далее - 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 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 > 70% при неинвазивной визуализации или > 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 ($> 70\%$) при выраженном риске хирургического вмешательства или при наличии радиационного стеноза или рестеноза после КЭА, при окклюзии противоположной сонной артерии показана каротидная ангиопластика и стентирование.	
Церебральный атеросклероз (атеросклеротическая энцефалопатия) (I67.2)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. 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. ЭКГ.. Контроль АД	Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. КТ или МРТ головного мозга.*** УЗДГ прецеребральных сосудов. ТКДГ. Агрегатометрия тромбоцитов. Холтеровское мониторирование АД, ЭКГ. При стенозе прецеребральной артерии более 50% – консультация врача-	Постоянный прием антиагрегантных лекарственных средств: АСК. При высоком риске кардиальной эмболии (ФП, тромб левого предсердия, тромб левого желудочка, искусственные клапаны сердца, ревматическое поражение клапанов): антитромботические средства: 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, инфарктами мозга на фоне приема АСК, при непереносимости АСК, а также при лабораторной резистентности к АСК: клопидогрел. Коррекция АД, пароксизмов нарушения сердечного ритма. При выраженном стенозирующем атеросклерозе БЦА ($\geq 70\%$) показан целевой уровень АД в пределах 140/90 -150/90 мм рт. ст. Пациентам с сахарным диабетом показан целевой уровень АД $< 140/85$ мм рт. ст.; пациентам с хроническими заболева-	10-20

	Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения). Консультация врача-терапевта (врача общей практики)	ангиохирурга или врача-рентгеноэндоваскулярного хирурга. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	ниями почек показан целевой уровень АД < 140/90 мм рт. ст.; в возрасте ≥ 75 лет показан целевой уровень АД в пределах 140/90-150/90 мм рт. ст. При проведении коррекции АД с достижением целевых уровней предпочтительны антигипертензивные средства основных антигипертензивных классов и их комбинации, в том числе лекарственных средств с фиксированными дозами, согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 59 от 06.06.2017). По показаниям: При гиперлипидемии: гиполипидемические средства: аторвастатин, розувастатин. При судорожном синдроме: противоэпилептические лекарственные средства: диазепам, фенитоин, вальпроевая кислота, карбамазепин. При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: тофизолам; антипсихотические средства: хлорпротиксен, трифтазин. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: беттагистин. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При экстрапирамидном синдроме: допаминергические средства: амантадин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: пирацетам, глицин, холина альфосцерат, ипидакрин. ФТ, ЛФК, логопед. При ипсилатеральном выраженном стенозе экстракраниально-	
--	--	--	--	--

			го 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 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 > 70% при неинвазивной визуализации или > 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 (> 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.	
Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия (I67.3). Гипертензивная энцефало-	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концен-	Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. КТ или МРТ головного моз-	Постоянный прием антиагрегантных лекарственных средств: АСК. При высоком риске кардиальной эмболии (ФП, тромб левого предсердия, тромб левого желудочка, искусственные клапаны сердца, ревматическое поражение клапанов): антитромботические средства: антикоагулянты непрямого действия: варфарин под контролем МНО, целевой уровень МНО 2-3, контроль МНО: в течение первых 5-7 дней после	10-20

патия (I67.4)	трации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, 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). Консультация врача-терапевта (врача общей практики).	га.***. УЗДГ прецеребральных сосудов. ТКДГ. Агрегатометрия тромбоцитов. Холтеровское мониторирование АД, ЭКГ. При стенозе прецеребральной артерии более 50% – консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгеноэндоваскулярного хирурга. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	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, инфарктами мозга на фоне приема АСК, при непереносимости АСК, а также при лабораторной резистентности к АСК: клопидогрел. Коррекция АД, пароксизмов нарушения сердечного ритма. 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.; в возрасте ≥75 лет показан целевой уровень АД в пределах 140/90-150/90 мм рт. ст. При проведении коррекции АД с достижением целевых уровней предпочтительны антигипертензивные средства основных антигипертензивных классов и их комбинации, в том числе лекарственных средств с фиксированными дозами, согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 59 от 06.06.2017). По показаниям: При гиперлипидемии: гиполипидемические средства: аторвастатин, розувастатин. При судорожном синдроме: противосудорожные лекарственные средства: диазепам, фенитоин, вальпроевая кислота, карбамазепин. При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: тофизопам; антипсихотические средства: хлорпротиксен,	
---------------	---	---	---	--

			трифтазин. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: бетажистин. При экстрапирамидном синдроме: допаминергические средства: амантадин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: пирацетам, глицин; холина альфосцерат, ипидакрин. ФТ, ЛФК, логопед.	
Поражение межпозвонкового диска шейного отдела другого типа (дискогенная цервикалгия, цервикобрахиалгия) (M50.2)	Общий анализ мочи. ЭКГ. Рентгенография шейного отдела позвоночника.	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 показаниям. УЗДГ прецеребральных сосудов. ТКДГ.	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: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК. При нейродистрофическом синдроме (плечелопаточной периартропатии) выполнение лечебных блокад: кортикостероиды для системного применения: триамцинолона суспензия для инъекций или метилпреднизолона 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 об оперативном лечении.	6-18

		Консультация врача-терапевта (врача общей практики).		
Поражение межпозвонко- вого диска шейного отдела с радикулопа- тией (M50.1)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгеногра- фия шейного отдела позво- ночника. ЭКГ.	Биохимическое исследование крови: определе- ние концентрации глюкозы, общего белка, общего би- лирубина, моче- вины, креатинина, натрия, калия, хлора, СРБ. Функциональная рентгенография шейного отдела позвоночника. УЗДГ прецере- бральных сосу- дов. ТКДГ. КТ или МРТ шейного отдела позвоночника*** .	При болевом синдроме НПВС: ибупрофен, диклофенак, кето-профен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. В остром периоде заболевания при усилении болевого синдрома в ночное время: ангиопротекторы: L-Лизина эсцинат. При отсутствии эффекта: ГСП: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Парасимпатомиметические средства при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. Выполнение лечебных блокад: глюкокортикоиды (суспензия метилпреднизолона пролонгированного действия с раствором прокаина). При нейродистрофическом синдроме (плечелопаточной периартропатии) выполнение лечебных блокад: кортикостероиды для системного применения: триамцинолона суспензия для инъекций или метилпреднизолона суспензия для инъекций с раствором прокаина или лидокаина в субакромиальное пространство, в сухожилия, локально в курковые зоны или триггерные точки. По показаниям: При хроническом болевом синдроме: противоэпилептические средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК. При неэффективности консервативного лечения в течение 2 месяцев: консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.	14-20

Поражение шейного диска неуточненная (дискогенная радикулоишемия, радикуломиелоишемия) (M50.9)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография шейного отдела позвоночника. ЭКГ.	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-ортопеда-травматолога.	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: ГСП: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Парасимпатомиметические средства при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. При болевом синдроме НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК.	21-30
Другая уточненная дегенерация межпозвонкового диска (вертеброгенная торакалгия) (M51.3)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография грудного отдела позвоночника в 2-	Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина,	При болевом синдроме НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. При хроническом ноцицептивном болевом синдроме: антидепрессанты: флуоксетин, амитриптилин, пароксетин. ФТ, ЛФК.	5-10

	проекциях. Рентгенография органов грудной клетки. ЭКГ.	натрия, калия, хлора, СРБ. УЗИ органов брюшной полости. ФГДС. КТ или МРТ грудного отдела позвоночника по показаниям***. Консультация врача-терапевта (врача общей практики). Консультация врача-ортопеда-травматолога.		
Другие уточненные смещения межпозвонковых дисков (дискогенная люмбагия, люмбаго) (M51.2)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография поясничного отдела позвоночника.	Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ, СРБ. Функциональная рентгенография поясничного отдела позвоночника.	При болевом синдроме НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. При хроническом ноцицептивном болевом синдроме: антидепрессанты: флуоксетин, amitриптилин, пароксетин. ФТ, ЛФК.	5-10

		ка. УЗИ органов брюшной поло- сти, брюшной аорты. УЗИ малого таза. КТ или МРТ по- ясничного отдела позвоночника***. Консультации врачей- специалистов по показаниям.		
Другое уточ- ненное пора- жение межпо- звоноквого диска (диско- генная люмбо- ишиалгия) (M51.8)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгеногра- фия пояснич- ного отдела позвоночника.	Биохимическое исследование крови: определе- ние концентрации глюкозы, общего белка, общего би- лирубина, моче- вины, натрия, ка- лия, хлора, АлАТ, АсАТ, СРБ. Функциональная рентгенография поясничного от- дела позвоночни- ка. КТ или МРТ по- ясничного отдела позвоночника***.	При болевом синдроме НПВС: ибупрофен, диклофенак, кето- профен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб; выполнение ле- чебных обезболивающих паравертебральных блокад. В остром периоде заболевания при усилении болевого син- дрома в ночное время: ангиопротекторы: L-Лизина эсцинат. При хроническом ноцицептивном болевом синдроме: антидепрессанты: флуоксетин, amitриптилин, пароксетин. При неэффективности консервативного лечения в течении 2 месяцев: консультация врача-нейрохирурга для решения во- проса о хирургическом лечении. ФТ, ЛФК.	8-20

		УЗИ органов брюшной полости, брюшной аорты. УЗИ малого таза. Консультации врачей-специалистов по показаниям.		
Поражение межпозвонковых дисков поясничного и других отделов с радикулопатией (M51.1)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография поясничного отдела позвоночника.	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-	При болевом синдроме НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. При отсутствии эффекта: ГСП: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. В остром периоде заболевания при усилении болевого синдрома в ночное время: ангиопротекторы: L-Лизина эсцинат. Парасимпатомиметические средства при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. Выполнение лечебных блокад: глюкокортикоиды (суспензия метилпреднизолона пролонгированного действия с раствором прокаина паравертебрально). По показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК. При неэффективности консервативного лечения в течение 2 месяцев: консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.	14-20

		специалистов по показаниям.		
Поражение поясничного межпозвонкового диска не уточненное (дискогенная радикулоишемия, радикуломиелоишемия) (M51.9)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография поясничного отдела позвоночника.	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.	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 средства при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК.	20-40
Поражения	Общий анализ	ЭНМГ.	Консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хи-	

межпозвоночных дисков поясничного и других отделов с миелопатией (M51.0)	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.	КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника***. Консультации врачей-специалистов по показаниям.	рургическом лечении. Нейропротекторная терапия: пирацетам, винпоцетин, глицин, этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид; парасимпатомиметические средства: неостигмин, холина альфосцерат, ипидакрин, Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. По показаниям: При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При нейрогенных расстройствах мочеиспускания: средства для лечения урологических заболеваний: оксибутин, тропсия хлорид; средства, применяемые при доброкачественной гиперплазии предстательной железы: тамсулозин. При болевом синдроме: НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные лекарственные средства: 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-	ЭЭГ. КТ головного мозга***. Рентгенография шейного отдела позвоночника. Консультации других врачей-специалистов по	При развитии заболевания пациента экстренно госпитализируют в нейрохирургическое (хирургическое) отделение районной (городской) организации здравоохранения. После выписки продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. Мочегонные средства: фуросемид. Нейропротекторная терапия: глицин, пирацетам, этилметил-	5-14

	офтальмолога (глазное дно, острота зрения).	показаниям.	гидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. По показаниям: При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: тофизопам. При судорожном синдроме: противосудорожные средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол. При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: бетастин. ФТ, ЛФК.	
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.	При развитии заболевания пациента экстренно госпитализируют в нейрохирургическое (хирургическое) отделение районной (городской) организации здравоохранения. После выписки продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. При цефалгическом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол. Мочегонные средства: фуросемид. Нейропротекторная терапия: глицин, пирацетам, этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин. По показаниям: При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.	При легкой степени – 10-18. При средней степени – 14-25. При тяжелой степени – 30 и более.

		Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	При психомоторном возбуждении: антипсихотические средства: трифлуоперазин, галоперидол, хлорпротиксен, клозапин, сульпирид, кветиапин; анксиолитические средства: тофизопам, диазепам. При судорожном синдроме: противосудорожные средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: бетастин. ФТ, ЛФК.	
Эпидуральное кровоизлияние (S06.4). Травматическое субдуральное кровоизлияние (S06.5). Травматическое субарахноидальное кровоизлияние (S06.6).	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	При развитии заболевания пациента экстренно госпитализируют в нейрохирургическое (хирургическое) отделение районной (городской) организации здравоохранения. После выписки продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. Нейропротекторная терапия: глицин, пирацетам, этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин. По показаниям: При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При психомоторном возбуждении: антипсихотические средства: трифлуоперазин, галоперидол, хлорпротиксен, клозапин, сульпирид, кветиапин; анксиолитические средства: тофизопам, диазепам. При судорожном синдроме: противосудорожные средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота.	10–30

		показаниям.	При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: бетастистин. ФТ, ЛФК.	
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 го-	Общий анализ крови. В зависимости от локализации повреждения: Рентгенография костей плечевого пояса. Рентгенография костей предплечья. Рентгенография лучезапястного сустава и костей кисти. Рентгенография костей таза и тазобедренных суставов. Рентгенограмма костей голени. Рентгенограмма голеностоп-	ЭНМГ. Рентгенография органов грудной клетки. Консультация: врача-нейрохирурга, врача-ортопеда-травматолога.	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 организации здравоохранения. При сочетанной травме осуществляется экстренная госпитализация пациента в травматологическое отделение районной, областной организации здравоохранения. После выписки продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения. По показаниям осуществляется хирургическое лечение. При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. Мочегонные средства: фуросемид. ГСП: метилпреднизолон, преднизолон внутрь. Нейропротекторная терапия: пирацетам, глицин, этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Парасимпатомиметические средства: неостигмин, ипидакрин. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.	8-30

леностопного сустава и стопы (S94).	ного сустава и стопы.		ФТ, ЛФК. При рефрактерном выраженном нейропатическом болевом синдроме: направление на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении.	
Травма нервов и спинного мозга на уровне шеи (S14). Травма нервов и спинного мозга в грудном отделе (S24). Травма нервов и поясничного отдела спинного мозга на уровне живота, нижней части спины и таза (S34)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, общего белка, определение активности АлАТ, АсАТ. Рентгенография пораженного отдела позвоночника. Консультация врача-уролога.	КТ или МРТ пораженного отдела позвоночника и спинного мозга***. Радиоизотопная ренография. Консультация: врача-нейрохирурга, врача-ортопеда-травматолога. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	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 организации здравоохранения. При сочетанной травме осуществляется экстренная госпитализация пациента в травматологическое отделение районной, областной организации здравоохранения. После выписки продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной в стационарных условиях организации здравоохранения При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. Мочегонные средства: фуросемид. ГСП: метилпреднизолон, преднизолон внутрь. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, пирацетам. Парасимпатомиметические средства: неостигмин, холина альфосцерат, ипидакрин, глицин. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. По показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: противоэпилепти-	10-40

			ческие средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; анти-депрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При нейрогенных расстройствах мочеиспускания после проведения уродинамического исследования: средства для лечения урологических заболеваний: оксибутин, троспия хлорид; средства, применяемые при доброкачественной гиперплазии предстательной железы: тамсулозин. ФТ, ЛФК. 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.	
--	--	--	---	--

* Лекарственные средства первой линии, наиболее оптимальные с учетом клинической эффективности и стоимости.

** Лекарственные средства второй линии.

*** В амбулаторных условиях – при отсутствии возможности выполнения КТ или МРТ исследования в районных организациях здравоохранения по экстренным 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)»

Перечень заболеваний и объемы оказания медицинской помощи в стационарных условиях

Наименование нозологиче- ских форм за- болеваний (шифр по МКБ-10)	Органи- зации здраво- охране- ния	Объемы оказания медицинской помощи			
		Диагностика		Лечение	
		Обязательная	Дополнительная (по медицинским показаниям)	Необходимое	Средняя длитель- ность (койко- дни)
1	2	3	4	5	6
Бактериаль- ный менингит и другие виды менингита (включая ви- русные) (G00- G03)	Район- ные. Област- ные. РНПЦ невроло- гии и нейрохи- рургии.	Общий анализ крови в дина- мике. Общий анализ мочи в дина- мике. Биохимическое исследование крови в дина- мике: опреде- ление концен- трации глюко- зы, общего белка, общего билирубина, мочевины, кре-	Рентгенография че- репа, позвоночника, околоносовых па- зух. КТ или МРТ голов- ного мозга для ис- ключения очагового поражения мозга. УЗИ органов брюш- ной полости. ЭхоКТ. Анализ сыворотки крови на бета- лактамазную актив- ность, анализ СМЖ на D-лактат, бета-	Этиотропная терапия с учетом вида возбудителя (согласно действующему Клиническому прото- колу «Диагностика и лечение пациентов с ин- фекционными и паразитарными заболеваниями (взрослое население)). С противовоспалительной, десенсибилизирую- щей, иммуномодулирующей целью: ГСП, глю- кокортикоиды: дексаметазон. Коррекция внутричерепной гипертензии: рас- творы с осмодиуретическим действием: сорман- тол, маннитол; мочегонные средства: фуросе- мид. Коррекция гиповолемии: натрия хлорид. Нейропротекторная терапия: этилметилгидрок- сипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин.	10-30

		атинина, натрия, калия, хлора, активности АлАТ, АсАТ, СРБ. Исследование показателей гемостаза в динамике: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. Обнаружение антител к вирусу иммунодефицита человека. Серологический тест на сифилис. Исследование спинномозговой жидкости: на содержание белка, глюкозы, хлоридов, клеточный состав. Бактериологическое и бактериоскопиче-	лактамазную активность. Осмотр врача-терапевта. Осмотр других врачей-специалистов.	По показаниям: При судорожном синдроме: противоэпилептические средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При: анальгетики-антипиретики: АСК, метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид. При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: тофизопам, диазепам; антипсихотические средства: трифлуоперазин, хлорпротиксен, кветиапин.	
--	--	--	---	--	--

		ское исследование крови и спинномозговой жидкости (далее - СМЖ) для установления возбудителя, определения чувствительности выделенной культуры к антибактериальным лекарственным средствам. Вирусологическое исследование крови и СМЖ с полимеразной цепной реакцией (далее - ПЦР), серологические пробы, иммунологические методы экспресс-диагностики. ЭКГ. ЭхоЭС. Рентгенография органов			
--	--	---	--	--	--

		грудной клетки. Осмотр врача-офтальмолога. Осмотр врача-инфекциониста			
Энцефалит, миелит и энцефаломиелит (G04)	Районные	Общий анализ крови в динамике. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АЛАТ, АсАТ. Исследование СМЖ на содержание белка, глюкозы, хлоридов, цитоз, клеточный состав. Бактериологическое исследование	Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. Рентгенография черепа, позвоночника, околоносовых пазух. УЗИ органов брюшной полости. ЭхоКГ. ЭЭГ. Обнаружение антител к вирусу иммунодефицита человека Серологический тест на сифилис. Анализ сыворотки крови на бета-лактамазную активность, анализ СМЖ на D-лактат, бета-лактамазную активность.	Этиотропная антибактериальная, противогрибковая, противовирусная терапия. С противовоспалительной, десенсибилизирующей, иммуномодулирующей целью: ГСП. Коррекция внутричерепной гипертензии: растворы с осмодиуретическим действием: сормантол, маннитол; мочегонные средства: фуросемид. Коррекция гиповолемии: натрия хлорид. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Парасимпатомиметические средства: пиридо-стигмин, холина альфосцерат, ипидакрин. По показаниям: при судорожном синдроме: противоэpileптические средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота; При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. При гипертермии: анальгетики-антипиретики: АСК, метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам.	12-30

		дование крови и СМЖ (бактериоскопия мазка крови, нативного ликвора и (или) осадка, посев крови и СМЖ для установления возбудителя, определение чувствительности выделенной культуры к антибактериальным ЛС.); вирусологическое исследование крови и СМЖ с использованием метода ПЦР на вирус простого герпеса, вирус Эпштейн-Бара, цитомегаловирус и энтеровирус в областной организации здравоохранения;	Консультация врача-терапевта. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	кам, ибупрофен, целекоксиб. При центральном нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид. При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: тофизопам, диазепам; антипсихотические средства: трифлуоперазин, хлорпротиксен, кветиапин. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: беттагистин. ФТ, ЛФК.	
--	--	--	---	--	--

		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).			
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: иммунологические	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения.	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	12-14

		ские методы экспресс-диагностики крови и ликвора.			
Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс, гранулема (G06)	Районные.	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 при-	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 показаниям.	Осуществление экстренной госпитализации в нейрохирургическое отделение организации здравоохранения. Проведение хирургического лечения по показаниям. Антибактериальная, противогрибковая, противовирусная терапия с учетом вида возбудителя. Коррекция внутричерепной гипертензии: растворы с осмодиуретическим действием: сорбитол, маннитол; мочегонные средства: фуросемид. Коррекция гиповолемии: натрия хлорид. По показаниям: При гипертермии: анальгетики-антипиретики: АСК, метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При центральном нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин,	12-40

		знаков застоя на глазном дне) на содержание белка, глюкозы, хлоридов, цитоза, клеточного состава. 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 ЛС. Рентгенография органов грудной клетки. КТ или МРТ головного		пароксетин. При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид. При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: тофизопам, диазепам; антипсихотические средства: трифлуоперазин, хлорпротиксен. При судорожном синдроме: противосудорожные средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота; При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, пирацетам, винпоцетин, глицин, ницерголин. При депрессии: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. ФТ, ЛФК	
--	--	--	--	---	--

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	(спинного) мозга***. Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, поля зрения, глазное дно). Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: КТ или МРТ головного мозга (позвоночника) в динамике; консультация врача-нейрохирурга.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: консультация врача-терапевта; консультации других врачей-специалистов по показаниям.	Лечение аналогично лечению, проводимому в районной организации здравоохранения. Дополнительно: по показаниям проводится хирургическое лечение.	12-14
Последствия воспалительных заболеваний центральной	Районные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи.	ЭхоЭС. ЭЭГ. Рентгенография органов грудной клет-	Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. По показаниям: При судорожном синдроме: противосудорожные	8-10

ной нервной системы (G09)		Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. ЭКГ. Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно, поля зрения).	ки. Исследование СМЖ на содержание белка, глюкозы, хлоридов, цитоз, клеточный состав. Консультация врача-терапевта. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	ские средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, пирацетам, винпоцетин, глицин; парасимпатомиметические средства: пиридо-стигмин, холина альфосцерат, ипидакрин. При депрессии: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: бетажистин. Психотерапия, психокоррекция. ФТ, ЛФК, механотерапия.	
Болезнь Гентингтона (G10)	Районные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. ЭКГ. Консультация врача-психиатра-нарколога.	Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, альбумина, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение	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 средства: амантадин; противоэпилептические средства: вальпроевая	10-12

		Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения).	активности АлАТ, АсАТ. Консультация врача-терапевта. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	кислота; клоназепам; антипсихотические средства: галоперидол, клозапин. При тяжелой хорее: антипсихотические средства: галоперидол, клозапин, сульпирид; противоэпилептические средства: вальпроевая кислота, клоназепам. По показаниям: При когнитивных нарушениях: средства для лечения деменции: глицин, донепезил; мемантин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.	
Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дополнительно: ЭЭГ; КТ или МРТ головного мозга.	Биохимическое исследование крови: определение концентрации церулоплазмина, меди. Сцинтиграфия печени. УЗИ органов брюшной полости. Молекулярно-генетическая диагностика. Консультация психолога, врача-психиатра-нарколога	Лечение аналогично лечению, проводимому в районной организации здравоохранения. дополнительно: При акинетико-ригидном синдроме: допаминергические средства: 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 показаниям.	При первичной диагностике пациента направляют в областную, республиканскую организации здравоохранения. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, пирацетам, глицин. Парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин. По показаниям: При сопутствующем треморе: бета-блокаторы: пропранолол. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: беттагистин. ФТ, ЛФК.	10-14
	Областные. РНПЦ невроло-	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной орга-	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохране-	Лечение аналогично лечению, проводимому в районной организации здравоохранения, дополнительно: допаминергические средства: амантадин. По показаниям:	10-14

	гии и нейрохи- рургии.	низации здра- воохранения, дополнитель- но: КТ или МРТ головного (спинного) мозга; ЭхоКГ; УЗИ органов брюшной по- лости; ЭНМГ; консультация: врача- отоневролога.	ния, дополнительно: ЭЭГ; молекулярно- генетическая диа- гностика; ФГДС; биохимическое ис- следование крови: определение кон- центрации лактата ГТТ, щелочной фосфатазы; исследование СМЖ на белок, цитоз, глюкозу, хлориды; исследование виб- рационной чувстви- тельности; консультация врача- психиатра- нарколога.	При эпизодической атаксии: ингибиторы карбо- ангидразы: ацетазоламид; противоэпилептические средства: карбамазепин. При гиперкинетическом синдроме: бета-адреноблокаторы: пропранолол; противоэпилептические средства: вальпроевая кислота, клоназепам, При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК.	
Спинальная мышечная атрофия и родственные синдромы (G12)	Район- ные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: опреде- ление концен- трации глюко-	Консультация вра- ча-терапевта. Консультации дру- гих врачей- специалистов по по- казаниям.	При первичной диагностике пациент направля- ется в областную, республиканскую организа- цию здравоохранения. Нейропротекторная терапия: этилметилгидрок- сипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин. Парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин. Метаболики: мельдоний, нандролон.	12-14

		зы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ, КФК. ЭКГ. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения).		Прочие средства, влияющие на пищеварительную систему и метаболические процессы: тиоктовая кислота. ФТ, ЛФК. В рамках паллиативной помощи: При выраженном нарушении глотания, снижении массы тела на 10% или индексе массы тела менее 18 кг/м² показана установка назогастрального зонда или проведение чрескожной эндоскопической гастростомии для осуществления зондового энтерального питания через назогастральный зонд или зонд введенный в стому стандартными изокалорическими питательными смесями.	
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: ЭНМГ (стимуляционная и игольчатая); спирометрия; анализ СМЖ на белок, ци-	Гистологическое исследование мышц. Консультация врача-терапевта. Консультации других врачей-специалистов по показаниям. УЗИ мышц (регистрация фасцикуляций). Полисомнография.	Лечение аналогично лечению, проводимому в районной организации здравоохранения.	10-12

		тоз, глюкозу, хлориды; МРТ головного (спинного) мозга.			
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. Определение индекса массы тела. Спирометрия. Консультация	Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения). Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	При первичной диагностике пациент направляется в областную, республиканскую организацию здравоохранения. Антиоксидантная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Нейропротекторная терапия: глицин, холина альфосцерат, ипидакрин. Метаболики: мельдоний, нандролон, инозин. Прочие средства влияющие на пищеварительную систему и метаболические процессы: тиоктовая кислота. ЛФК, массаж По показаниям: При умеренном и выраженном псевдобульбарном синдроме: антидепрессанты: флуоксетин, амитриптилин, пароксетин; противоэпилептические средства: карбамазепин. При гиперсаливации: антидепрессанты: амитриптилин. При вязкой мокроте: отхаркивающие средства: ацетилцистеин; ингаляции с муколитиками. При болезненных мышечных спазмах (кramпи) и фасцикуляциях: противоэпилептические сред-	12-14

		врача-терапевта.		ства: карбамазепин. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен. При депрессии и повышенной утомляемости: антидепрессанты: флуоксетин, amitриптилин, пароксетин. ЛФК, ФТ. В рамках паллиативной помощи: при выраженном нарушении глотания, снижении массы тела на 10% или индексе массы тела менее 18 кг/м²: показана установка назогастрального зонда или проведение чрескожной эндоскопической гастростомии для осуществления зондового энтерального питания 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, целекоксиб. При выраженном болевом синдроме и неэффективности анальгетиков и НПВС - опиоиды: трамадол, морфин. При нарушении сна снотворные и седативные средства: мидазолам; При тревоге: анксиолитические средства: тофизопам, диазепам; противосудорожные средства: фенobarбитал, клоназепам. При бульбарном синдроме антидепрессанты: флуоксетин, amitриптилин, пароксетин; проти-	
--	--	------------------	--	--	--

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: определение лактатдегидрогеназы, лактата; серологическое исследование крови на Лайм-боррелиоз, вирус простого герпеса (далее – ВПГ), электролитный баланс (далее – ЭБ), цитомегаловирус (далее – ЦМВ), ВИЧ; исследование гормонов щитовидной железы; анализ СМЖ	Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения). Биопсия мышцы (нервов). Консультация психолога. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	возпилептические средства: карбамазепин. Лечение аналогично лечению, проводимому в районной организации здравоохранения.	10-12
--	---	---	--	--	-------

	на белок, цитоз, глюкозу, 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.			
Болезнь Паркинсона (G20). Вторичный паркинсонизм (G21). Другие дегенеративные болезни базальных ганглиев (панто-тенаткиназная 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-х точках, вегетативные тесты. Биохимическое исследование крови: определение общего кальция, магния. Консультация врача-терапевта. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	На ранней (несложненной) стадии заболевания у лиц, не достигших 55-летнего возраста, не получавших ранее лечение, начинают с монотерапии: допаминергические средства: амантадин, прамипексол, пирибедил. На ранней (неосложненной) стадии заболевания у лиц старше 65 лет, не получавших ранее лечение, начинают с монотерапии: допаминергические средства: амантадин, прамипексол, пирибедил; препараты леводопы в малых дозах: леводопа/ карбидопа, леводопа/ бенсеразид (по показаниям – капсулы с модифицированным высвобождением, диспергируемые таблетки). При треморе: бета-адреноблокаторы: пропранолол; противоэпилептические средства: вальпроевая кислота. При поздней (осложненной) стадии заболевания: препараты леводопы с коррекцией дозы (4-6 кратный прием): леводопа/ карбидопа, леводопа/ бенсеразид (по показаниям – капсулы с модифицированным высвобождением, диспергируемые таблетки); добавление к препаратам леводопы допаминергических средств: амантадин, прамипексол, пирибедил; смена стандартной формы дозирования леводо-	10-12

				пы 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 средства: амантадин, прамипексол (по показаниям – пролонгированного действия), пирибедил; противоязвенные средства и средства, применяемые при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: пантопразол; противозепилептические средства: вальпроевая кислота. По показаниям: При психотических нарушениях: антипсихотические средства: 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. Лечение аналогично лечению, проводимому в районной организации здравоохранения, дополнительно: при тяжелом акинетическом кризе: Перевод на ИВЛ по показаниям. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, подача кислорода через назальный	10-12
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения,	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения дополнительно:		

		дополнительно: биохимическое исследование крови: определение концентрации церулоплазмина и меди; МРТ головного мозга; вегетативный профиль: АД, пульс через 3 часа в 3-х точках, вегетативные тесты.	ЭЭГ; молекулярно-генетическая диагностика; УЗДГ церебральных сосудов; консультация врача-психиатра-нарколога, психолога; вегетативные вызванные потенциалы.	зонд со скоростью 2-4 л/ мин. Поднятие головного конца кровати на 30°. Установка назогастрального зонда, мочевого катетера. 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, низкомолекулярных гепаринов (далее - НМГ), тем пациентам, кому противопоказаны антикоагулянты – АСК. Купирование акинетического синдрома: амантадин внутривенно (раствор для инфузий). Коррекция гиповолемии: натрия хлорид. При болевом синдроме и гипертермии НПВС: метамизол натрия, парацетамол, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При подозрении на инфекцию дыхательных или мочевыводящих путей - антибактериальные средства. Если криз является результатом «лекарственных каникул»: продолжить прием лекарственных средств на основе леводопы. При наличии показаний: врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении.	
Гепатолентикулярная дегенерация	Районные.	Общий анализ крови, подсчет количества	Консультация врача-психиатра-нарколога, психолога	При первичной диагностике пациент направляется в областную, республиканскую организации здравоохранения.	12-16

(E83.0)	тромбоцитов крови. Общий анализ мочи. Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АЛТ, АсАТ. ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно,	га. Консультация врача-гастроэнтеролога.	Продолжают назначение базисных препаратов: пенициллина или цинка сульфата по схеме, рекомендованной на стационарном этапе лечения в областной, республиканской организации здравоохранения, 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 церулоплазмина и меди в крови. Витамины и эссенциальные фосфолипиды: тиамин, пиридоксин, эссенциальные фосфолипиды. По показаниям: При экстрапирамидном синдроме: допаминергические средства: 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).	
---------	--	---	---	--

	острота зрения, поля зрения, кольцо Кайзера-Флейшера). Консультация врача-терапевта.				
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: биохимическое исследование крови: определение концентрации церулоплазмина 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 показаниям.	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения, дополнительно: осуществляют первичную диагностику заболевания; проводят: подбор дозы пенициллина или сульфата цинка под контролем 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 церулоплазмина и меди в крови.	10-12
Дистония	Район-	Общий анализ	Рентгенография	При первичной диагностике пациент направля-	10-12

(G24)	ные.	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.	шейного отдела позвоночника.	ется в областную, республиканскую организации здравоохранения. При тоническом гиперкинезе: противопаркинсонические средства: антихолинергические средства центрального действия: тригексифенидил; миорелаксанты центрального действия: баклофен. При клоническом гиперкинезе: противоэpileптические средства: вальпроевая кислота, карбамазепин, клоназепам. При L-DOPA чувствительной форме: допаминергические средства: леводopa/карбидopa, леводopa/бенсеразид (капсулы с модифицированным высвобождением); противоэpileптические средства: вальпроевая кислота, карбамазепин. При генерализованной дистонии: антипсихотические средства: клозапин, галоперидол, сульпирид, рисперидон; бета-адреноблокаторы: пропранолол. ФТ, ЛФК, психотерапия.	
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем и кратность обследования аналогичны объему обследования в районной организации здравоохранения.	Биохимическое исследование крови: определение концентрации церулоплазмина, меди. КТ или МРТ головного (спинного) мозга. УЗИ органов брюшной полости.	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 эф-	10-12

			Молекулярно-генетическая диагностика. Консультация психолога.	фекта от медикаментозного лечения в РНПЦ неврологии и нейрохирургии: миорелаксанты периферического действия: ботулотоксин А. При наличии показаний: врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении.	
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 организацию здравоохранения. Миорелаксанты центрального действия: баклофен. Противоэпилептические средства: карбамазепин, клоназепам.	7-10
	Областные. РНПЦ невроло-	Объем обследования аналогичен объему обследования в	ЭНМГ и игольчатая ЭНМГ. ЭЭГ. УЗИ прецеребраль-	Дополнительно: на областном уровне назначают миорелаксанты периферического действия: ботулотоксин А. При наличии показаний (при отсутствии эффек-	7-10

	гии и нейрохи- рургии.	районной орга- низации здра- воохранения.	ных сосудов, транскраниальная доплерография (далее - ТКДГ), маг- нитно-резонансная (далее МР)- ангиография, при наличии нейровас- кулярного конфлик- та для определения показаний к микро- васкулярной деком- прессии – ангиогра- фия.	та от введения ботулотоксина А): врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирур- гии для решения вопроса о хирургическом лече- нии - микрососудистой декомпрессии.	
Другие экс- трапирамид- ные и двига- тельные нарушения (эссенциаль- ный тремор) (G25)	Район- ные.	Общий анализ крови, подсчет количества тромбоцитов крови. Общий анализ мочи. Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. Биохимическое исследование крови: опреде-	Консультация вра- ча-психиатра- нарколога, психоло- га. Консультация вра- ча- гастроэнтеролога.	Бета-адреноблокаторы: пропранолол. Противоэпилептические средства: топирамат. Нейропротекторная терапия: этилметилгидрок- сипиридина сукцинат, глицин. ФТ. Психотерапия.	5-10

		ление 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.			
Областные.	РНПЦ неврологии и	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения,	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения, дополнительно: при инвалидизирующем треморе: противоэpileптические средства: топирамат.	5-10

	нейрохи- рургии.	воохранения, дополнитель- но: биохимическое исследование крови: опреде- ление концен- трации церуло- плазмина и ме- ди; определение экскреции ме- ди в суточной моче; МРТ головного мозга.	дополнительно: ЭЭГ; молекулярно- генетическая диа- гностика; консультации дру- гих врачей- специалистов по по- казаниям.	При наличии показаний: врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для реше- ния вопроса о хирургическом лечении.	
Синдром «ри- гидного чело- века» (G25.8)	Район- ные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: опреде- ление концен- трации глюко- зы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, опреде-	Рентгенография шейного отдела по- звоночника	При первичной диагностике пациент направля- ется в областную, республиканскую организа- ции здравоохранения. Продолжают назначение средств по схеме, ре- комендованной в стационарных условиях в об- ластной, республиканской организации здраво- охранения: анксиолитические средства: диазепам, тофизо- пам; противоэпилептические средства: клоназепам; миорелаксанты центрального действия: бакло- фен, толперизон. При отсутствии эффекта: ГСП.	10-14

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	ление активности АлАТ, АсАТ. Консультация врача-терапевта. Объем и кратность обследования аналогичны объему обследования в районной организации здравоохранения.	Биохимическое исследование крови: определение концентрации церулоплазмина, меди. КТ или МРТ головного (спинного) мозга. УЗИ органов брюшной полости. Молекулярно-генетическая диагностика. Консультация психолога.	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения, дополнительно: при отсутствии эффекта: плазмаферез.	10-12
Болезнь Альцгеймера (G30)	Районные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего	Биохимическое исследование крови: определение гормонов щитовидной железы, С-реактивный белок. Серологические исследования на ВИЧ, сифилис, 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 лекарственных средств по схеме, рекомендованной в областной органи-	14-16

		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-		защиты здравоохранения: По показаниям: При когнитивных нарушениях и деменции: глицин, донепезил, мемантин, ипидакрин, галантамин, холина альфосцерат, винпоцетин, ницерголин. При психотических нарушениях: антипсихотические средства: кветиапин, клозапин. При депрессии: антидепрессанты: флуоксетин, амитриптилин, пароксетин. При судорожном синдроме: противосудорожные средства: карбамазепин. ЛФК.	
--	--	---	--	---	--

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	нарколога. 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, С-реактивного белка; 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]	Районные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, опреде-	УЗИ органов брюшной полости. Консультация врача-терапевта. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	При первичной диагностике: пациент направляется в областную, республиканскую организацию здравоохранения при отсутствии возможности выполнения МРТ с контрастированием головного (спинного) мозга в районной организации здравоохранения. ГСП. При обострении РС, отсутствии эффекта от кортикостероидов на районном уровне пациента направляют в областную организацию здравоохранения для проведения терапии второй линии - плазмафереза, а также для решения вопроса о проведении иммуномодифицирующей терапии. При рецидивно-ремиттирующем течении РС при	10-14

(G36.0). Диффузный склероз (G37.0)		ление активности АлАТ, АсАТ. ЭКГ. Рентгенография органов грудной клетки. МРТ головного (спинного) мозга с контрастированием***. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения). Анализ СМЖ: белок, цитоз, глюкоза, хлориды. Анализ крови на Лайм-боррелиоз, клещевой энцефалит.		умеренной частоте обострений согласно заключению врачебного консилиума областной или республиканской организации здравоохранения, назначают в межрецидивном периоде иммуномодулирующую терапию: цитокины и иммуномодуляторы: интерферон бета-1α*, интерферон бета-1b*; иммунодепрессанты: финголимод**; с продолжением лечения в амбулаторных условиях. При отсутствии эффекта в части купирования обострений РС пациенту показаны лекарственные средства второй линии: иммунодепрессанты: азатиоприн**; противоопухолевые средства и цитотоксические антибиотики: циклофосфамид**; митоксантрон**; иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный внутривенно в больших дозах** (далее - иммуноглобулин человека нормальный). 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-1α*, интерферон бета-1b*; цитотоксические антибиотики: митоксантрон**; противоопухолевые средства: циклофосфамид**. При вторично прогрессирующем течении РС без обострений: цитотоксические антибиотики: митоксантрон*;	
--	--	--	--	--	--

				противоопухолевые средства: циклофосфамид**. Витамины: витамин D в профилактической дозе. При оптиконевромиелите для профилактики обострений: иммунодепрессанты: азатиоприн* в сочетании с ГСП, противоопухолевые средства: циклофосфамид**, цитотоксические антибиотики: митоксантрон**; иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный**. При недостаточной эффективности цитостатиков дополнительно назначают прерывистый плазмаферез. Продолжают назначение лекарственных средств для симптоматического лечения по схеме, рекомендованной в областной, республиканской организации здравоохранения. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид; парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин. По показаниям: При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: бетажистин. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен; толперизон. При выраженной спастичности пациента	
--	--	--	--	--	--

				направляют на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении. При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: тофизопам, диазепам. При депрессии: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При синдроме хронической усталости: допаминергические средства: амантадин. При нейропатическом болевом синдроме: противозипилептические средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин. При нейрогенных расстройствах мочеиспускания: недержание мочи: спазмолитические средства: оксибутин, тропия хлорид; альфа-адреноблокатор: тамсулозин. При треморе: бета-блокаторы: пропранолол; противозипилептические средства: топирамат, габапентин. При когнитивных нарушениях: глицин, мемантин. Психотерапия, ФТ, ЛФК, механотерапия.	
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения,	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно:	При первичной диагностике пациент направляется в областную, республиканскую организацию здравоохранения, дополнительно: При обострении РС: Повторный курс ГСП. Плазмаферез**.	10-14

		дополнительно: МРТ головного (спинного) мозга с контрастным усилением; вызванные потенциалы мозга.	анализ СМЖ на белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды; вирусологическое исследование крови и ликвора (герпес, цитомегаловирусы); исследование крови на Лайм-боррелиоз; иммунологическое исследование крови; уродинамическое исследование; консультации других врачей-специалистов по показаниям.	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-1α*, интерферон бета-1b*; иммунодепрессанты: финголимод**; с продолжением лечения в амбулаторных условиях. При отсутствии эффекта в части купирования обострений РС пациенту показаны лекарственные средства второй линии: иммунодепрессанты: азатиоприн**; противоопухолевые средства: циклофосфамид**; цитотоксические антибиотики: митоксантрон**; иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный**. При высокой частоте обострений по рекомендациям врачебного консилиума областной или республиканской организации здравоохранения назначают: цитотоксические антибиотики: митоксантрон*. 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-1α*, интерферон бета-1b*; цитотоксические антибиотики: митоксантрон**; противоопухолевые средства: циклофосфамид**. При выраженной спастичности врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении.	
Острый поперечный миелит при демиелинизирующей болезни центральной нервной системы (G37.3). Подострый некротизирующий миелит (G37.4)	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. Исследование СМЖ на белок,	Консультация врача-уролога. Консультация врача-хирурга.	При первичной диагностике пациент направляется в областную организацию здравоохранения. При установленном диагнозе на районном уровне продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной на стационарном этапе лечения в областной организации здравоохранения, Коррекция гиповолемии: натрия хлорид. ГСП. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин, пирацетам, винпоцетин, пиридостигмин, холина альфосцерат, ипидакрин. По показаниям: При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При нейрогенных расстройствах мочеиспускания: недержание мочи: спазмолитические средства:	30-60

		цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды. Рентгенография позвоночника. Рентгенография органов грудной клетки. Консультация врача-терапевта.		оксибутин, тропсия хлорид; альфа-адреноблокаторы: тамсулозин. При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: тофизопам, диазепам. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При болевом синдроме и гипертермии НПВС: метамизол натрия, парацетамол, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При центральном нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК, психотерапия.	
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 ликвора (герпес, цитомегаловирусы); вызванные потенции-	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения, дополнительно: плазмаферез. При отсутствии эффекта: иммуноглобулин человека нормальный. ФТ, ЛФК.	12-16	

			алы мозга.		
Эпилепсия (G40)	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. Серологическое исследование крови на сифилис. ЭЭГ. ЭКГ. ЭхоЭС. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения,	Исследование СМЖ на белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды. Рентгенография органов грудной клетки. КТ или МРТ головного мозга с ангиопрограммой***. ЭхоКГ. Консультация врача-психиатра-нарколога.	Противоэпилептическую терапию начинают в виде монотерапии с учетом типа приступов. Критерий эффективности лечения – уменьшение приступов на 50% и более. При парциальных приступах (простых, сложных, вторично-генерализованных): противоэпилептические средства: карбамазепин*, ламотриджин*, вальпроевая кислота**, леветирацетам**. При отсутствии необходимого эффекта к монотерапии дополнительно добавляют противоэпилептические средства: карбамазепин, вальпроевая кислота, габапентин, ламотриджин. При первично-генерализованных тонико-клонических приступах: противоэпилептические средства: вальпроевая кислота*, ламотриджин*, карбамазепин**, леветирацетам**. При отсутствии необходимого эффекта к монотерапии дополнительно добавляют противоэпилептические средства: топирамат. При типичных абсансах: противоэпилептические средства: вальпроевая кислота*, ламотриджин**. При отсутствии необходимого эффекта на монотерапии: сочетание противоэпилептических средств - вальпроевой кислоты и ламотриджина.	Длительность лечения зависит от клинической ситуации.

		поля зрения).		При атипичных абсансах, атонических приступах: противоэпилептические средства: вальпроевая кислота*, клоназепам**, фенobarбитал**, ламотриджин**, топирамат**, леветирацетам**. При миоклонических приступах: противоэпилептические средства: вальпроевая кислота*, топирамат**; мочегонные средства: ацетазоламид, леветирацетам**. При отсутствии необходимого эффекта на монотерапии: сочетание противоэпилептических средств - вальпроевой кислоты и топирамата. При неклассифицируемых приступах: противоэпилептические средства: вальпроевая кислота*, ламотриджин**. При неэффективности монотерапии лекарственными средствами первой линии (*) показано назначение средств второй линии (**). При неэффективности максимальной терапевтической дозы лекарственного средства в режиме монотерапии вместо него необходимо назначить другое средство - препарат первой (*) или второй линии (**), имеющий иной механизм действия. Назначение нового противоэпилептического средства следует начинать постепенно, достигая уровень клинически эффективной дозы (через 2-4 недели). Затем проводят постепенную отмену предыдущего противоэпилептического средства. При неэффективности монотерапии вторым	
--	--	---------------	--	---	--

				противоэпилептическим средством при сохранении приступов назначают комбинацию двух противоэпилептических средств. Предпочтительны следующие комбинации лекарственных средств: при сложных парциальных приступах: карбамазепин и вальпроевая кислота; при парциальных приступах (простых, сложных, вторично-генерализованных): карбамазепин и габапентин; при генерализованных приступах: ламотриджин и вальпроевая кислота; при абсансах: вальпроевая кислота и клоназепам; вальпроевая кислота и топирамат; топирамат и ламотриджин; при рефрактерной форме эпилепсии: топирамат и ламотриджин. При плохой переносимости первого назначенного лекарственного средства в режиме монотерапии вторая монотерапия обязательна. При хорошей переносимости и неэффективности первого адекватно назначенного в режиме монотерапии противоэпилептического средства возможен переход на комбинированную терапию двумя средствами. Длительное лечение двумя противоэпилептическими средствами осуществляют исключительно при невозможности адекватной монотерапии. Лечение тремя противоэпилептическими средствами целесообразно только при неэффективности терапии двумя адекватными средствами. При развитии характерологических и психоти-	
--	--	--	--	--	--

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: МРТ или КТ головного мозга с ангиограммой.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: суточное ЭЭГ мониторирование; видео ЭЭГ мониторирование; мониторинг концентрации антиконвульсантов в крови; консультация: психолога, врача-нейрохирурга, врача-психиатра-нарколога.	ческих нарушений: наблюдение пациента в психиатрическом диспансере. При отсутствии эпилептических приступов в течение 2-5 лет проводят постепенную отмену противоэпилептического средства: на 1/8-1/4 от суточной дозы в течение 1-2 месяцев, под контролем ЭЭГ. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин. Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения. При рефрактерной форме эпилепсии с частыми приступами, ведущими к выраженной стойкой утрате трудоспособности: врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении.	8-10
--	--	--	--	---	------

Эпилептический статус судорожных припадков (G41.0)	Районные. Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, магния, определение активности АлАТ, АсАТ. Экстренное определение концентрации антиконвульсантов в крови. Комплекс серологических реакций на сифилис. Определение газового состава крови. ЭЭГ. ЭКГ.	Исследование СМЖ на белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды. Осмолярность крови. Токсикологические исследования мочи. Рентгенография черепа. Рентгенография органов грудной клетки.	Мероприятия по предупреждению аспирации, травмы головы и туловища. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, подача кислорода через назальный зонд со скоростью 2-4 л/мин. Установка назогастрального зонда, мочевого катетера. Коррекция гиповолемии: натрия хлорид, электролиты (натрия ацетат/ натрия хлорид/калия хлорид) (ацесоль); электролиты (натрия хлорид/ калия хлорид/ кальция хлорид) (Рингер); раствор глюкозы 40%; пациентам с алкогольной зависимостью, истощенным пациентам, беременным – раствор глюкозы 40% с тиаминном. Лечение раннего периода судорожного эпилептического статуса (в первые 5-20 минут): противоэпилептические средства: диазепам* в/в; снотворные средства: мидазолам* в/м. Вторая фаза лечения судорожного эпилептического статуса (20-40 минут судорожной активности): противоэпилептические средства: вальпроевая кислота** в/в. Рефрактерный эпилептический статус (40 и более минут судорожной активности) - третья фаза терапии: повторно вальпроевая кислота** в/в. При отсутствии эффекта от проводимого лечения перевод на искусственную вентиляцию легких (далее – ИВЛ): препараты для общей анестезии: тиопентал***, пропофол ***в/в; снотворные средства: мидазолам*** в/в не менее	5-12
---	--	--	---	---	-------------

		ЭхоЭС. КТ или МРТ головного моз- га (при седа- ции). Мониторинг АД. Консультация врача- офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения).	24 ч. Во время введения тиопентала или пропо- фола продолжают терапию противоэпилептиче- скими средствами: фенитоин, фенобарбитал, вальпроевая кислота энтерально (через зонд). Суперрефрактерный судорожный эпилептиче- ский статус: препараты для общей анестезии: тиопентал***, пропофол***, кетамин*** в/в; снотворные средства: мидазолам*** в/в. В качестве противоэпилептических средств: два средства 2-й и 3-й линии в высоких дозах. ГСП. Нейропротекторная терапия: магния сульфат в/в. Абсансный эпилептический статус (G41.1): противоэпилептические средства: диазепам в/в однократно, вальпроевая кислота в/в при отсут- ствии эффекта с последующим введением пре- парата через 3 часа, затем каждые 6-часов. Сложный парциальный эпилептический статус (G41.2): противоэпилептические средства: диазепам в/в*, вальпроевая кислота в/в*, энтерально противо- эпилептические средства. Рефрактерный сложный парциальный эпилепти- ческий статус, обусловленный аутоиммунным энцефалитом: ГСП. Плазмаферез. Иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный в/в.	
--	--	---	--	--

				Витамины: тиамин. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Противоотечная терапия: плазмозамещающие и перфузионные растворы: растворы с осмодиуретическим действием: маннитол, сормантол; мочегонные средства: фуросемид; По показаниям: При артериальной гипертензии (повышение АД значительно выше целевых показателей): средства центрального действия: клонидин; периферические антиадренергические лекарственные средства: урапидил. При подозрении на инфекцию дыхательных или мочевыводящих путей - антибактериальные лекарственные средства.	
Мигрень (G43)	Районные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия,	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 средств); агонисты серотониновых 5-HT₁ рецепторов: суматриптан, золмитриптан. При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид. При мигренозном статусе: ГСП: преднизолон, дексаметазон; Для купирования приступа мигрени:	7-10

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	хлора, определение активности АлаТ, АсАТ. ЭхоЭС. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, поля зрения, острота зрения). 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 на белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды. УЗДГ церебральных сосудов; консультации других врачей-специалистов по показаниям.	анальгетики-антипиретики: АСК, парацетамол, метамизол натрия; НПВС: диклофенак, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен (в том числе комбинации указанных лекарственных средств); опиоиды: трамадол; противомигренозные средства: суматриптан. Психостимуляторы и ноотропы: кофеина бензоат. Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения.	7-10
Преходящие транзиторные	Районные.	Общий анализ крови с опре-	УЗДГ прецеребральных сосудов.	При развитии ТИА пациента экстренно госпитализируют в специализированное (инсультное)	10-18 в зависимости-

церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы (G45)	делением 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 церебральных сосудов. ЭхоЭС. Профиль АД.	ТКДГ. Холтеровское мониторирование ЭКГ. Суточное мониторирование АД. ЭхоКГ. Агрегатометрия тромбоцитов. Консультация врача-кардиолога. Консультация других врачей-специалистов по показаниям.	неврологическое отделение или на инсультную койку неврологического отделения районной (городской) организации здравоохранения. Контроль АД. Коррекцию АД проводят при САД >220 мм рт. ст., 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 лекарственные средства: периферические антиадренергические средства: 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 ≥ 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 плазмозаменяющими препаратами: декстран, гидроксипрокси-этилкрахмал (за исключением сопутствующего инфаркта миокарда, аритмии).	сти от степени тяжести ТИА
--	--	---	--	----------------------------

		Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно). Консультация врача-терапевта. ЭхоКГ при криптогенном и кардиоэмболическом генезе заболевания, а также у пациентов моложе 45 при любой этиологии ТИА.		При ТИА некардиоэмболического генеза и кардиоэмболического генеза с противопоказаниями к антикоагулянтам показан постоянный прием антиагрегантных лекарственных средств: АСК. У пациентов с ранее перенесенными ТИА и инфарктами мозга 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 показания к двойной антиагрегантной терапии: АСК в сочетании с клопидогрелом 90 дней, а далее продолжение сроков двойной антиагрегантной терапии по согласованию с кардиологом, с последующим переходом на монотерапию антиагрегантным лекарственным средством. 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: антитромботические средства: 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 фракция выброса левого желудочка <40%) и высоком риске кровотечений, в том числе при снижении клиренса креатинина до 30-50 мл/мин: антитромботические средства: антикоагулянты непрямого действия: дабигатран (дабигатрана этексилат), ривароксабан. Нейропротекторная терапия: магния сульфат. По показаниям: При гиперлипидемии: гиполипидемические средства: аторвастатин, розувастатин. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: бетажистин. ФТ, ЛФК	
	Областные РНПЦ	Объем обследования аналогичен объему	Объем обследования аналогичен объему обследования в	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организацию здравоохранения,	10-18 в зависимости от

неврологии и нейрохирургии	обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: суточное мониторирование ЭКГ и АД; КТ или МРТ головного мозга; КТ (МРТ) с ангиопрограммой; дуплексное сканирование прецеребральных артерий; при стенозе прецеребральной артерии мозга более 50%: консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгеноэндоваскулярного хирурга.	районной организации здравоохранения, дополнительно: обследование для исключения АФС, системных поражений соединительной ткани, васкулита, патологии сердца (патология клапанного аппарата, открытое овальное окно и другие); рентгеноконтрастная дигитальная субтракционная ангиография церебральных сосудов.	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 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 > 70% при неинвазивной визуализации или > 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 (> 70%) при выраженном риске хирургического вмешательства или при наличии радиационного стеноза или рестеноза после КЭА, при окклюзии противоположной сонной артерии показана каротидная ангиопластика и стентиро-	степени тяжести ТИА.
-----------------------------------	---	---	---	-----------------------------

				вание.	
Другие тран- зиторные це- ребральные ишемические атаки и свя- занные с ними синдромы (гипертензив- ный цере- бральный криз) (G45.8)	Район- ные. Област- ные. РНПЦ невроло- гии и нейрохи- рургии.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: опреде- ление концен- трации глюко- зы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, опреде- ление активнос- ти АлАТ, АсАТ, ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ. Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. ЭКГ. ЭхоЭС. Профиль АД.	Исследование СМЖ на белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды. ЭхоКГ. УЗДГ прецере- бральных сосудов. ТКДГ. ЭЭГ. КТ или МРТ голов- ного мозга. КТ или МРТ с ан- гиопрограммой. Рентгенография ор- ганов грудной клет- ки. При стенозе преце- ребральной артерии более 50% – кон- сультация врача- ангиохирурга или врача- рентгеноэндоваску- лярного хирурга. Консультация вра- ча-кардиолога. Консультация дру- гих врачей- специалистов по по- казаниям.	При развитии других транзиторных ишемиче- ских атак пациента экстренно госпитализируют в специализированное (инсультное) неврологи- ческое отделение для пациентов с инсультом (на инсультную койку) неврологического отделения районной (городской) организацию здравоохра- нения. Контроль АД. Коррекцию АД проводят при САД >220 мм рт. ст., ДАД >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: лозар- тан, валсартан; при некупируемом подъеме АД легко титруемые лекарственные средства: периферические ан- тиадренергические средства: урапидил. Предпочтительны легко титруемые лекарствен- ные средства: периферические антиадренергиче- ские средства: урапидил; Пациентам с ТИА на фоне выраженного стено- зирующего атеросклероза БЦА ($\geq 70\%$) показан целевой уровень АД в пределах 140-150/90 мм рт. ст. Пациентам с сахарным диабетом показан целе- вой уровень АД <140/85 мм рт. ст.; пациентам с хроническими заболеваниями почек показан це-	10-18 в зависимости от степени тяжести ТИА.

		Консультация врача-офтальмолога (острота зрения, глазное дно). Консультация врача-терапевта.		левой уровень АД <140/90 мм рт. ст., в возрасте 75 лет и старше показан целевой уровень АД в пределах 140-150/90-мм рт. ст. При артериальной гипотензии (САД <110 мм рт. ст.): объемзаместительная терапия плазмозаменяющими препаратами: декстран, гидроксипрохлорид крахмала (за исключением сопутствующего инфаркта миокарда, аритмии). Постоянный прием антиагрегантных лекарственных средств: АСК. У пациентов с ранее перенесенными ТИА и инфарктами мозга на фоне приема АСК, при непереносимости АСК, а также при лабораторной резистентности к АСК: клопидогрел. Нейропротекторная терапия: магния сульфат. По показаниям: При гиперлипидемии: гиполипидемические средства: аторвастатин, розувастатин. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: бетасергин. ФТ, ЛФК	
Поражение тройничного нерва (G50)	Районные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего	Анализ СМЖ на белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды. ЭхоЭС. Рентгенография височно-челюстных суставов. КТ или МРТ головного мозга***. Консультации дру-	ГСП: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. При нейропатическом болевом синдроме: противоспазматические средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин; миорелаксанты центрального действия: баклофен; При некупирующемся выраженном болевом пароксизме врачебный консилиум для назначения опиоидов: трамадола.	10-12

		билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. Рентгенография придаточных пазух носа. Консультация врача-оториноларинголога. Консультация врача-стоматолога. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения).	гих врачей-специалистов по показаниям.	ФТ. При отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии: пациент направляется на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении.	
Областные. РНПЦ неврологии и нейрохи-	Объем и кратность обследования аналогичны объему и кратности обследования в районной орга-	Вирусологическое исследование крови и СМЖ. Исследование крови на Лайм-боррелиоз, СКВ, сифилис, ВИЧ ЭЭГ.	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения, дополнительно: Врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о проведении хирургического лечения: микроваскулярной	10-12	

	рургии.	низации здра- воохранения.	КТ (МРТ) с ангио- программой. Ортопантомогра- фия. Консультации дру- гих врачей- специалистов по по- казаниям.	декомпрессии или ризотомии тройничного нерва по показаниям.	
Поражение лицевого не- рва (G51)	Районные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование исследования крови: опреде- ление концен- трации глюко- зы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, опреде- ление активно- сти АлАТ, АсАТ. Консультация: врача- оториноларин- голога, врача- офтальмолога	Исследование крови на Лайм-боррелиоз, СКВ, сифилис, ту- беркулез, ВИЧ. КТ (МРТ) головного мозга*** для ис- ключения новообра- зований (холестеа- томы, невриномы лицевого нерва, гломусной опухоли, менингиомы, сар- комы, шванномы, злокачественного новообразования слюнных желез и другого).	ГСП: метилпреднизолон, преднизолон паренте- рально или внутрь с корректорами. Противовирусные средства прямого действия при вирусной этиологии заболевания: ацикло- вир, валацикловир. Мочегонные средства: фуросемид. Периферические вазодилататоры: пентоксифил- лин, ницерголин. Нейропротекторная терапия (при отсутствии угрозы контрактуры мимических мышц) через 4 недели от начала заболевания: глицин, неостиг- мин, холина альфосцерат, ипидакрин. По показаниям: При угрозе развития контрактуры мимических мышц: противоэпилептические средства: карбамазепин; миорелаксанты центрального действия: бакло- фен, толперизон. ФТ, ЛФК. При отсутствии эффекта: пациент направляется в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для уточ- нения диагноза и коррекции лечения.	10-12

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	(глазное дно, острота зрения, поля зрения). 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,	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 позвоноч-	ГСП: 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 и 2 типов, вирусе Varicella zoster, вирусе Эпштейна-Барр и цитомегаловирусе: ацикловир. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Нейропротекторная терапия: этилметилгидрок-	10-14

		натрия, калия, хлора, определение активности креатинфосфокиназы, АЛАТ, АсАТ. Рентгенография шейного отдела позвоночника, костей плечевого пояса. Исследование спинномозговой жидкости: на содержание белка, глюкозы, хлоридов, клеточный состав.	ника***, плечевого сплетения. КТ органов грудной клетки***. ЭНМГ. Консультация других врачей-специалистов по показаниям.	сипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Парасимпатомиметические средства неостигмин, ипидакрин. По показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: НПВС пролонгированного действия или с медленным высвобождением: диклофенак, индометацин, кетопрофен, кеторолак, целекоксиб; противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, 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.	
--	--	--	--	--	--

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: исследование крови на системные васкулиты, ВИЧ; УЗДГ прецеребральных артерий; 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 показаниям.	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.	10-12
Поражение пояснично-крестцового сплетения	Районные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи.	Вирусологическое исследование крови и СМЖ с ПЦР, серологические про-	ГСП: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Антибиотикотерапия при нейроборрелиозе: цефтриаксон;	10-14

(G54.1)	Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности креатинфосфокиназы, АлАТ, АсАТ. Рентгенография костей таза, тазобедренных суставов, пояснично-крестцового отдела позвоночника. Исследование спинномозговой жидкости: на содержание белка, глюкозы, хлоридов, клеточный состав.	бы, 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 показаниям.	противовирусная терапия при вирусах Herpes simplex 1 и 2 типов, вирусе Varicella zoster, вирусе Эпштейна-Барр и цитомегаловирусе: ацикловир. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Парасимпатомиметические средства: неостигмин, ипидакрин. По показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства пролонгированного действия или с медленным высвобождением: диклофенак, индометацин, кетопрофен, кеторолак, кетопрофен, целекоксиб; противоэпилептические средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин; При выраженном некупирующемся нейропатическом болевом синдроме врачебный консилиум для назначения опиоидов: трамадола. Парасимпатомиметические средства: неостигмин, ипидакрин. ФТ, ЛФК, механотерапия. При травматическом генезе заболевания пациент направляется на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о нейрохирургическом лечении. При отсутствии эффекта от проводимой терапии при нетравматическом генезе заболевания пациент направляется на врачебную консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для уточне-
---------	---	---	---

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения.	ния 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, определение активности АлАТ, АсАТ., КФК, СРБ, ревмо-	ЭНМГ. Консультация врача-терапевта.	ГСП: метилпреднизолон для системного применения*, с последующим переходом на метилпреднизолон, преднизолон внутрь. Мочегонные средства: фуросемид. Парасимпатомиметические средства: неостигмин, ипидакрин. По показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: НПВС пролонгированного действия или противоревматические средства с медленным высвобождением: диклофенак, индометацин, кетопрофен, кеторолак, целекоксиб; противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При выраженном некупирующемся нейропатическом болевом синдроме врачебный консилиум для назначения опиоидов: трамадола.	12-14

		фактор, Исследование СМЖ на белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды.		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.	
Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: ЭНМГ; рентгенография органов грудной клетки, плечевого пояса. УЗИ прецеребральных сосудов; МРТ шейного отдела позвоночника; консультация врача-терапевта.	Исследование крови на Лайм-боррелиоз, СКВ, сифилис, ВИЧ. Вирусологическое исследование крови и ликвора. КТ или МРТ органов грудной клетки. УЗИ нервных стволов и мягких тканей конечностей. Соматосенсорные вызванные потенциалы. Консультация врача-фтизиатра, врача-нейрохирурга.	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения.	10-12	

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, определение активности 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 показаниям.	ГСП: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Парасимпатомиметические средства неостигмин, ипидакрин. По показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные средства: 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,	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно:	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения, дополнительно: при туннельных синдромах (синдром карпального канала, кубитального канала) при выраженном рефрактерном нейропатическом син-	10-14

		дополнительно: ЭНМГ; УЗИ нервных стволов и мягких тканей конечностей.	исследование СМЖ на белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, 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 позвоночника; консультации других врачей-специалистов по показаниям.	дроме и выраженном двигательном дефиците - врачебный консилиум в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении.	
Наследственная и идиопатическая невропатия (G60)	Районные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюко-	ЭНМГ. УЗИ щитовидной железы. УЗИ органов брюшной полости. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зре-	Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин.	10-12

		зы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности КФК, АлАТ, АсАТ. Исследование СМЖ на белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды.	ния), консультация врача-эндокринолога.	ФТ, ЛФК, механотерапия.	
	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;	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения.	10-12

			молекулярно-генетическое консультирование; консультации других врачей-специалистов по показаниям.		
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, определение активности КФК, АЛТ, АсАТ, СРБ. Исследование СМЖ на клеточный состав, общий белок, глюкозу, элек-	УЗИ органов брюшной полости. ЭНМГ. Рентгенография органов грудной клетки. Консультации врачей-специалистов по показаниям.	При подозрении на острую воспалительную полиневропатию – экстренная госпитализация в областную организацию здравоохранения для проведения патогенетической терапии. На районном уровне продолжают назначение лекарственных средств по схеме, рекомендованной на стационарном этапе лечения в областной, республиканской организации здравоохранения. Мониторирование АД, ЭКГ, ЧСС для своевременной коррекции синдрома периферической вегетативной недостаточности. Перевод на ИВЛ по показаниям (при ЖЕЛ менее 15 мл/кг массы тела). Поднятие головного конца кровати на 30°. Установка назогастрального зонда, мочевого катетера по показаниям. Контроль АД. Для снижения АД предпочтительны легко титруемые лекарственные средства: периферические антиадренергические препараты: урапидил в/в; ингибиторы АПФ: каптоприл, эналаприл (в том числе для внутривенного введения). При тахикардии: бета-адреноблокаторы: про-	12-14

		тролиты. ЭКГ. Консультация: врача- офтальмолога (глазное дно). Консультация врача- терапевта.		пранолол, метопролол, бисопролол, карведилол, атенолол, небиволол. При артериальной гипотензии (систолическое АД ниже 110 мм рт. ст.): объемзаместительная терапия: плазмозамещающие препараты: гидроксипропилкрахмал, декстран (за исключением сопутствующего инфаркта миокарда, аритмии). При отсутствии эффекта: кардиотонические средства: 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 средства: холина альфосцерат, ипидакрин. По показаниям: при гипертермии: анальгетики-антипиретики: АСК, метамизол натрия, парацетамол; при нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При подозрении на инфекцию дыхательных или мочевыводящих путей - антибактериальные средства. ФТ, ЛФК.	
Областные.	Объем обследования аналогичен объему	Объем обследования аналогичен объему	Объем обследования аналогичен объему	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения,	12-14

	РНПЦ невроло- гии и нейрохи- рургии.	обследования в районной орга- низации здра- воохранения, дополнитель- но: контроль су- точного диуре- за; исследование крови на Лайм- боррелиоз, СКВ, сифилис, ВИЧ; иммунологиче- ское исследо- вание крови; ЭНМГ; МРТ головного и (или) спин- ного мозга.	районной организа- ции здравоохра- нения, дополнительно: биохимическое ис- следование крови: определение СРБ, ревмофактора; вирусологическое исследование крови и СМЖ; исследование вы- званных соматосен- сорных потенциа- лов, вибрационной чувствительности; Консультация вра- ча-отоневролога.	дополнительно: плазмаферез; иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный. Коррекция гиповолемии: натрия хлорид.	
Хроническая воспалитель- ная демиели- низирующая полиневропа- тия (G61.8)	Район- ные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: опреде- ление концен- трации глюко- зы, общего	Рентгенография ор- ганов грудной клет- ки. УЗИ органов брюш- ной полости, щито- видной железы. Консультация вра- ча-терапевта. Консультации дру- гих врачей-	При первичной диагностике осуществляется госпитализация пациента в областную, респуб- ликанскую организацию здравоохранения. Продолжают назначение поддерживающей те- рапии и других лекарственных средств по схеме, рекомендованной на стационарном этапе лече- ния в областной, республиканской организации здравоохранения. При нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические средства: карбамазепин,	14-16

		белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности КФК, АлАТ, АсАТ., СРБ. Исследование СМЖ на клеточный состав, общий белок, глюкозу, электролиты. ЭКГ. Консультация врача-терапевта. Контроль суточного диуреза. Исследование крови на Лайм-боррелиоз, СКВ, сифилис, ВИЧ.	специалистов по показаниям.	габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК, механотерапия.	
Областные. РНПЦ	Объем обследования аналогичен объему обследования в	Определение антинуклеарных антител. Исследование крови	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения, дополнительно:	12-14	

неврологии и нейрохирургии.	районной организации здравоохранения, дополнительно: ЭНМГ; МРТ спинного мозга.	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.	сенсомоторная форма: ГСП: 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 нейропатии: если терапия первой линии оказывается эффективной, то ее продолжают до момента достижения максимального эффекта. Затем дозу средства снижают до максимально низкой эффективной. При отсутствии эффекта при приеме в качестве поддерживающей терапии внутривенного иммуноглобулина человека нормального или ГСП или плазмафереза дополнительно назначают иммуносупрессоры: иммунодепрессанты: азатиоприн, циклоспорин; алкилирующие агенты: циклофосфамид, антиметаболиты: метотрексат. Мультифокальная моторная нейропатия: иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный. Внутривенное введение в течение 5 суток, если имеется положительная динамика, то переходят на поддерживающую терапию им-
------------------------------------	---	---	---

				муноглобулином. Не показаны ГСП 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 1 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 циклофосфида ввиду высокой токсичности при данной схеме лечения.	
Другие полинейропатии (G62)	Районные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины,	ЭНМГ. УЗИ щитовидной железы, органов брюшной полости, органов малого таза. Рентгенография органов грудной клетки. ФГДС. Консультация врача-терапевта. Консультации других врачей-	Метаболики: мельдоний, витамин В1 и его комбинации с витаминами В6 и В12. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Парасимпатомиметические средства: неостигмин, ипидакрин. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. По показаниям: При хроническом нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антиде-	10-16

		натрия, калия, хлора, определение активности КФК, АлАТ, АсАТ. Исследование СМЖ на белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды.	специалистов по показаниям.	прессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При диабетической и алкогольной полинейропатии: тиоктовая кислота. ФТ, ЛФК, механотерапия.	
	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: гистологическое исследование нерва; определение концентрации иммуноглобулинов классов А, М, G, определение количества субпопуляций Т- и В-лимфоцитов, определение факторов неспецифической резистентности: показатели фа-	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения.	10-16

			гоцитоза, системы комплемента; исследование крови на Лайм-боррелиоз, СКВ (антинуклеарные антитела), сифилис, ВИЧ; УЗИ нервных стволов и мягких тканей конечностей.		
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, активности АЛАТ, АсАТ, КФК; исследование показателей	Гормоны щитовидной железы. УЗИ щитовидной железы. УЗИ органов брюшной полости. МРТ (КТ) головного мозга***. Консультация врача-терапевта. Консультация врача-эндокринолога. ФГДС. Консультация врача-эндокринолога (в случае развития стероидного сахарного диабета). Консультация врача-офтальмолога (при подозрении на	Парасимпатомиметические средства: пиридостигмин, неостигмин. При отсутствии эффекта от приема парасимпатомиметических средств назначают ГСП (метилпреднизолон, преднизолон внутрь) с отменой парасимпатомиметических средств или приемом в минимальной дозе. ФТ, ЛФК. При декомпенсации состояния: увеличивают дозу пиридостигмина. При наличии глазодвигательных, бульбарных, дыхательных нарушений, выраженной слабости в конечностях: ГСП: метилпреднизолон, преднизолон. Миастенический криз (кризовое состояние с дыхательными нарушениями): неостигмин подкожно, при отсутствии эффекта: перевод на ИВЛ. При развитии холинергического и смешанного криза: Перевод на ИВЛ по показаниям.	Длительность лечения зависит от клинической ситуации.

		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 первичной диагностике, дополнительно: КТ органов средостения (при подозрении на рецидив тимомы). При длительном приеме	катаракту, обусловленную кортикостероидами).	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 средств (пиридостигмин, неостигмин). Назначение пульс-терапии ГСП: 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.	
--	--	---	---	---	--

	Областные.	кортикостероидов: профиль глюкозы, контроль АД. При длительном приеме иммунодепрессантов: общий анализ крови. (лейкоциты, тромбоциты); биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ. Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: ЭНМГ.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: МРТ (КТ) головного мозга.	По показаниям: антибактериальная терапия. Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения, дополнительно: при декомпенсации состояния - появление выраженных бульбарных и (или) дыхательных нарушений: плазмаферез; иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный. При миастеническом кризе: плазмаферез; иммуноглобулины: иммуноглобулин человека нормальный.	Длительность лечения зависит от клинической ситуации
--	------------	--	---	--	---

	РНПЦ невроло- гии и нейрохи- рургии	Объем и крат- ность обследо- вания анало- гичны объему и кратности обследования в областной ор- ганизации здравоохране- ния.	Объем обследо- вания аналогичен объ- ему обследования в областной органи- зации здравоохра- нения.	Аналогично лечению, проводимому пациенту в районной, областной организации здравоохра- нения, дополнительно: при отсутствии ремиссии на монотерапии кор- тикостероидами, а также пациентам с сахарным диабетом, системным остеопорозом и выражен- ными бульбарными и/или дыхательными нару- шениями, не отвечающими на терапию кортико- стероидами, назначают иммунодепрессанты: азатиоприн* с постепенным уменьшением дозы преднизолона или метилпреднизолона внутрь. При отсутствии эффекта от приема азатиоприна с ГСП в течение 8-12 месяцев: антиметаболиты: метотрексат** или иммунодепрессанты: цикло- спорин**. Пациентам с тимомой и без тимомы до 45 лет в стадии полной компенсации и ремиссии прово- дится консилиум для решения вопроса о прове- дении тимэктомии.	
Первичные поражения мышц (G71, G72)	Район- ные. Област- ные. РНПЦ невроло- гии и нейрохи- рургии.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: опреде- ление концен- трации глюко- зы, общего	Игольчатая ЭМГ. Биопсия мышечного локута. МРТ головного моз- га. Молекулярно- генетическое кон- сультирование. Консультация: вра- ча-терапевта, врача-	Метаболики: мельдоний, нандролон, инозин. Парасимпатомиметические средства: неостиг- мин, ипидакрин. Нейропротекторная терапия: этилметилгидрок- сипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. При миопатии Дюшена: ГСП: метилпреднизо- лон, преднизолон внутрь с корректорами. ФТ, ЛФК.	10-12

		белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, миоглобина, АлАТ, АсАТ., КФК, ЛДГ ЭКГ.	кардиолога, врача-эндокринолога. УЗИ щитовидной железы. При подозрении на воспалительные миопатии: консультация врача-ревматолога.		
Субарахноидальное кровоизлияние (I60)	Районные	Оценка уровня сознания по шкале ком Глазго (далее - ШКГ), шкале Ханта и Хесса. Скрининг на наличие нарушений глотания. Общий анализ крови с определением числа тромбоцитов, гематокрита. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концен-	Определение газового состава крови (напряжение кислорода, углекислого газа, рН). ЭЭГ. Рентгенография черепа (при подозрении на ЧМТ). Дигитальная субтракционная ангиография. Повторно КТ-ангиография или дигитальная субтракционная ангиография через 3 недели-3 месяца начала заболевания при подозрении на аневризму сосудов головного	Госпитализация и лечение пациента в палате реанимации и интенсивной терапии специализированного неврологического (инсультного) отделения или в отделение анестезиологии и реанимации организации здравоохранения. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, подача кислорода через назальный зонд со скоростью 2-4 л/мин. Перевод на ИВЛ по показаниям. Поднятие головного конца кровати на 30°. Установка назогастрального зонда, мочевого катетера по показаниям. Мониторинг АД. При уровне систолического АД 150-220 мм рт. ст. показано его быстрое и безопасное снижение до 140 мм рт. ст. в течение 1 часа. Если систолическое АД > 220 мм рт. ст., показано интенсивное снижение АД с применением непрерывной внутривенной инфузии периферического антиадренергического препарата (урапидил по схеме) и мониторинга АД.	14-30 в зависимости от тяжести состояния

		трации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит, Д-димеры. ЭКГ. Рентгенография органов грудной клетки. ЭхоЭС (при отсутствии КТ (МРТ)). КТ или МРТ головного мозга***. КТ или МРТ с ангиограм-	мозга. УЗИ почек. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	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 – в/в введение нимодипина в течение 5-7 суток с последующим приемом внутрь. При диастолическом АД >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: гидроксиптилкрахмал, декстран (за исключением сопутствующего инфаркта миокарда, аритмии). При отсутствии эффекта: кардиотонические средства: 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 ЦВД и диуреза. Коррекция гиповолемии: натрия хлорид;	
--	--	--	---	--	--

		мой. ТКДГ. При отсутствии признаков дислокации мозга и при подозрении на САК выполнение люмбальной пункции и исследование СМЖ на белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, калий, натрий, хлориды, эритроциты свежие, выщелоченные. Консультация врача-нейрохирурга. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно), врача-терапевта.	растворы, влияющие на водно-электролитный баланс: электролиты (натрия ацетат / натрия хлорид / калия хлорид) (ацесоль); электролиты (натрия хлорид / калия хлорид / кальция хлорид) (Рингер). Аналгезия и седация при проведении всех манипуляций. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. По показаниям: При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: тофизопам, диазепам; антипсихотические средства: 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 средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При коагулопатии (ПТИ <60%, АЧТВ >35 секунд): СЗП в/в капельно (до нормализации показателей коагулограммы). 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 в/в: сормантол, маннитол, с последующим введением в/в мочегонных средств: фуросемид. Введение указанных средств повторяют каждые 4-5 часов 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. При наличии клинико-нейровизуализационных признаков острой окклюзионной гидроцефалии (при прорыве крови в желудочки мозга): хирургическая операция: установка наружного вентрикулярного дренажа с датчиком внутричерепного давления (далее - 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 НМГ через 1-4 суток после кровоизлияния; после окклюзии аневризмы - не ранее, чем через 12 ч после операции и безотлагательно - после койлинга.	
--	--	--	--	---	--

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем и кратность обследования аналогичны объему и кратности обследования в областной организации здравоохранения, дополнительно: при отсутствии признаков дислокации мозга: исследование СМЖ на белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды, эритроциты свежие, выщелоченные; КТ или МРТ головного мозга; КТ или МРТ - с	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.	Антибактериальные средства при подозрении на инфекцию дыхательных или мочевыводящих путей. 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 (по согласованию с врачом-нейрохирургом). 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. Перед операцией проводится врачебный консилиум в составе врача-невролога, врача-нейрохирурга, врача-рентгеноэндоваскулярного хирурга и врача-анестезиолога для определения оптимальной тактики лечения. В случаях, когда клипирование и койлинг одинаково эффективны, предпочтительнее клипирование. Клипирование также более предпочтительно у	14-30 в зависимости от тяжести состояния.
--	--	---	---	---	--

		ангиопрограммой; рентгенконтрастная дигитальная субтракционная ангиография; ТКДГ.		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. Эндоваскулярное вмешательство предпочтительнее у пациентов старше 70 лет, при отсутствии внутричерепной гематомы, при аневризмах вертебро-базилярного бассейна, узкой шейке аневризмы, при однокамерной аневризме.	
Внутримозговое кровоизлияние (I61)	Районные.	Оценка уровня сознания по ШКГ, шкале Хант и Хесса. Скрининг на наличие нарушений глотания. Интенсивное мониторирование уровня сознания, АД, ЭКГ., температуры тела. Мониторинг глюкозы крови, электролитов и лейкоцитов. Общий анализ крови с под-	КТ или МРТ головного мозга, КТ или МРТ с контрастным усилением при подозрении на сосудистую мальформацию и опухоль головного мозга. Дигитальная субтракционная ангиография. ЭЭГ при наличии эпилептических и когнитивном снижении. Рентгенография органов грудной клетки. Консультации других врачей	Госпитализация и лечение пациента в палате реанимации и интенсивной терапии специализированного неврологического (инсультного) отделения или в отделении анестезиологии и реанимации организации здравоохранения. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, подача кислорода через назальный зонд со скоростью 2-4 л/мин. Перевод на ИВЛ по показаниям. Поднятие головного конца кровати на 30°. Установка назогастрального зонда, мочевого катетера по показаниям. Мониторинг АД. Пациентам с САД 150–220 мм рт. ст. и без противопоказаний к интенсивному лечению АД показано быстрое снижение САД до 140 мм рт. ст. Пациентам с САД > 180 мм при наличии признаков церебрального вазоспазма или повышения ВЧД АД снижают до 160/90 мм рт. ст. в течение 1-1,5 часов с последующим поддержанием	14-30 в зависимости от тяжести состояния.

		счетом количества тромбоцитов, ретикулоцитов крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, альбумина, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ. Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит, Д-димеры. Мониторинг АД. ЭКГ. Рентгенография черепа при	специалистов по показаниям.	на достигнутом уровне. Если систолическое АД > 220 мм рт. ст., и (или) диастолическое АД > 140 мм рт. ст. (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 профилактики ангиоспазма: блокаторы кальциевых каналов: нимодипин внутрь (при нарушении глотания – через назогастральный зонд). При невозможности приема нимодипина внутрь – в/в 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 препараты: гидроксиэтилкрахмал, декстрана (за исключением сопутствующего инфаркта миокарда, аритмии). При отсутствии эффекта: кардиотонические средства: допамин. В зависимости от гемодинамического эффекта (уровня АД, ЧСС) корректируют скорость в/в 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	
--	--	--	------------------------------------	--	--

		подозрении на ЧМТ. ЭхоЭС (при отсутствии КТ (МРТ)). 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 на белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды, эритроциты свежие, выщелоченные.	сахарного диабета в анамнезе. Поддержание нормоволемии под контролем ЦВД 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 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. В случае тромбоза глубоких вен: гепарин или НМГ через 1-4 суток после кровоизлияния; тем пациентам, кому противопоказаны антикоагулянты: АСК. 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 в/в: сорбитол, маннитол, с последующим введением в/в мочегонных средств: фуросемид. Введение указанных средств 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. При гипоальбуминемии: препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты: альбумина в/в. При гипертонических кровоизлияниях по типу геморрагического пропитывания: витамин К и другие гемостатики: этамзилат. При коагулопатии (ПТИ <60%, АЧТВ >35 секунд): СЗП в/в капельно (до нормализации показателей коагулограммы). Пациентам с 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. 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 НОАК был не более 2 часов назад. Пациентам с ВМГ, которое развилось на фоне приема НМГ, гепарина: протамина сульфат в/в под контролем МНО. По показаниям: При психомоторном возбуждении:	
--	--	--	--	---	--

				анксиолитические средства: тофизопам, диазепам; антипсихотические средства: трифлуоперазин, хлорпротиксен. При болевом синдроме и гипертермии: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб, трамадол. При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид. При судорожном синдроме: противоэpileптические средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: беттагистин. При экстрапирамидном синдроме: допаминергические средства: амантадин. Ранняя реабилитация пациентов, находящихся в стабильном состоянии. ФТ, ЛФК.	
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Аналогично объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно:	Аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения.	Аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения, дополнительно: по показаниям - хирургическое лечение.	14-30 в зависимости от тяжести состояния.

		КТ или МРТ головного моз- га.			
Инфаркт моз- га (I63)	Районные	Экстренное обследование пациента с установкой диагноза в течение 45 мин с момента доставки. Оценка неврологического дефицита по шкале инсульта Национальных институтов здравоохранения, (NIHSS). Оценка функции глотания. Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего	Определение показателей липидного обмена: ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, КА при стенозирующем церебральном 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	Госпитализация и лечение пациента в палате реанимации и интенсивной терапии специализированного неврологического (инсультного) отделения. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, подача кислорода через назальный зонд со скоростью 2-4 л/мин. Перевод на ИВЛ по показаниям. Поднятие головного конца кровати на 30°. Установка назогастрального зонда, мочевого катетера по 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 инсульта при систолическом АД >220 мм рт. ст., диастолическом АД >120 мм рт. ст. При наличии сопутствующей сердечной недостаточности, расслаивающей аневризмы аорты, острого инфаркта миокарда, острой почечной недостаточности, при необходимости проведения тромболизиса или внутривенного введения гепарина коррекция АД необходима при меньших цифрах АД. АД снижают не более чем на 15% от исходного	14-30 в зависи- мости от тяжести состояния.

	билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности 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	при подозрении на диссекцию, заску-лит, стеноз, окклю-зию интракраниаль-ных артерий. ЭхоКГ. УЗИ прецеребраль-ных сосудов, ТКДГ. ЭхоЭС. ЭЭГ при наличии эпилептических и синкопальных со-стояний. Суточное монито-рирование АД и ритма сердца и ЭКГ, тропониновые тесты при подозрении на инфаркт миокарда. Консультация вра-ча-кардиолога. При стенозе преце-ребральной артерии мозга более 50%: консультация врача-ангиохирурга или врача рентгеноэндо-васкулярного хи-рурга.	уровня в течение 24 час. Предпочтительны: легко титруемые лекарствен-ные средства: периферические антиадренергические препара-ты: урапидил в/в; ингибиторы АПФ: каптоприл, эналаприл (в том числе для внутривенного введения), лизиноприл, рамиприл; антагонисты рецепторов ангиотензина II: лозар-тан, валсартан. При диастолическом АД >140 мм рт. ст. (по ре-зультатам двукратного измерения с интервалом 5 мин.): назначение периферических антиадре-нергических препаратов: урапидил. В последующем поддержание на достигнутом уровне АД, предотвращение его подъемов. Пациентам при атеротромботическом инфаркте периферические антиадренергические препара-ты: урапидил в/в; Ингибиторы АПФ: каптоприл, эналаприл (в том числе для внутривенного введения), лизиноприл, рамиприл; Антагонисты рецепторов ангиотензина II: лозар-тан, валсартан. При диастолическом АД > 140 мм рт. ст. (по ре-зультатам двукратного измерения с интервалом 5 мин.): назначение периферических антиадре-нергических препаратов: урапидил. В последующем поддержание на достигнутом уровне АД, предотвращение его подъемов. Пациентам при атеротромботическом инфаркте мозга, развившимся на фоне выраженного сте-	
--	--	---	--	--

		(глазное дно), врача- терапевта.		нозирующего атеросклероза БЦА ($\geq 70\%$) показан целевой уровень АД в пределах 140/90-150 мм рт. ст., при лакунарном инфаркте мозга - $< 130/80$ 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., в возрасте ≥ 75 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 препараты: гидроксипрохлорид крахмала, декстраны (за исключением сопутствующего инфаркта миокарда, аритмии). При отсутствии эффекта: кардиотонические средства: допамин. При коагулопатии (ПТИ $< 60\%$, АЧТВ > 35 секунд): СЗП в/в 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 в/в: сорбитол, маннитол, с последующим введением в/в мочегонных средств: фуросемид. Введение указанных средств повторяют каждые 4-5	
--	--	--	--	---	--

				часа 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. При обширном инфаркте мозжечка – консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении. Антибактериальные средства при подозрении на инфекцию дыхательных или мочевыводящих путей. При наличии нейровизуализации в стационарных условиях: антитромботические средства: альтеплаза. Системный тромболизис с использованием альтеплазы пациентам в первые 3 часа инфаркта мозга необходимо начать в течение 60 минут от момента поступления пациента в организацию здравоохранения. Условия проведения тромболизиса: отсутствие у пациента геморрагических изменений при КТ головного мозга, стабильное АД не выше 180/105 мм рт. ст. Тромболизис может проводиться только в отделениях анестезиологии и реанимации или палатах реанимации и интенсивной терапии в организациях здравоохранения, способных обеспечить соблюдение всех показаний и противопоказаний к данному методу лечения. Тромболизису подлежат пациенты, удовлетворяющие следующим критериям: возраст 18-80	
--	--	--	--	---	--

лет, клинический диагноз инфаркта мозга с определяемым неврологическим дефицитом должен быть установлен врачом-неврологом после КТ головного мозга; время начала симптомов менее 4,5 часов до начала лечения. В/в введение альтеплазы не рекомендуется в случаях, когда невозможно точное определение начала заболевания.

Тромболизис не показан:

при наличии внутричерепного кровоизлияния на бесконтрастной КТ головного мозга или выявлении зоны пониженной плотности, занимающей более 1/3 территории полушария головного мозга (признаки обширного инфаркта мозга); клинически определяются только минимальные или быстро преходящие симптомы инфаркта мозга; клинически имеется высокая степень подозрения на субарахноидальное кровоизлияние, 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 инфаркта мозга; 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 пред-

шествующих 7 дней; при наличии в анамнезе внутримозгового кровоизлияния, артериовенозной мальформации или артериальной аневризмы; наличии судорог при развитии инфаркта мозга; недавний инфаркт миокарда (предшествующие 3 месяца); при повышении АД при повторных измерениях систолического АД > 180 мм рт. ст. или диастолического АД > 105 мм рт. ст.

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.

Если пациент до инсульта принимал непрямые (пероральные) антикоагулянты и МНО не превышает 1,7, назначение рекомбинантного тканевого активатора плазминогена возможно. Если МНО превышает 1,7 при проксимальной окклюзии крупных артерий каротидных бассейнов – показана эндоваскулярная реканализация.

Внутривенный системный тромболизис с использованием альтеплазы не проводится пациентам, поступившим на стационарное лечение в период от 3 до 4,5 часов от начала инфаркта мозга, при наличии следующих факторов: возраст > 80 лет; прием антикоагулянты независимо от уровня МНО; выраженность неврологического дефицита > 25 баллов по шкале NIHSS; обширный очаг ишемического повреждения, занимающий более $1/3$ территории средней мозговой артерии; сахарный диабет.

Эндоваскулярная реканализация: тромбэктомия с помощью устройств для механической тромб-экстракции (с помощью стентов-ретриверов или аспирации) показана при проксимальной окклюзии крупных артерий каротидных бассейнов и отсутствии эффекта от системного тромболизиса в течение 4,5 часов или до 6 часов от момента появления первых симптомов заболевания; если имеются противопоказания к системному тромболизису.

Решение о проведении механической тромбэктомии принимается консилиумом с участием врача-невролога сосудистого отделения, врача-рентгеноэндоваскулярного хирурга и врача-анестезиолога-реаниматолога.

Пациенты, подвергшиеся внутривенному введению альтеплазы, не должны получать:

антиагреганты: АСК, клопидогрел;

прямые антикоагулянты,

непрямые антикоагулянты - варфарин, или другие антитромботические и антиагрегантные лекарственные средства в течение первых 24 ч после процедуры.

Некардиоэмболический инфаркт мозга или кардиоэмболический инфаркт мозга с противопоказаниями к непрямым антикоагулянтам:

антиагреганты: АСК.

Инфаркт мозга, развившийся на фоне постоянного приема АСК, мультифокального атеросклероза, сахарного диабета, повторный некардиоэмболический инфаркт мозга, непереносимость АСК и лабораторная резистентность к

АСК: клопидогрел.

Острый коронарный синдром, выполненное чрескожное коронарное вмешательство, а также операция эндоваскулярного стентирования экстракраниальных артерий – абсолютные показания к двойной антиагрегантной терапии: АСК в сочетании с клопидогрелом 90 дней, а далее продолжение сроков двойной антиагрегантной терапии по согласованию с кардиологом, с последующим переходом на монотерапию антиагрегантным лекарственным средством.

Прямые антикоагулянты (гепарин или НМГ: фраксипарин, надропарин, эноксапарин) могут быть назначены после КТ или МРТ при:

потенциально высоким 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 инфаркта мозга, известных состояниях гиперкоагуляции, тромбозе вен и синусов, а также при окклюзии основной артерии до или после интраартериального тромболизиса.

Антикоагулянты не вводят при коме 3 степени, обширном инфаркте мозга (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.

Гепарин назначают п/к в околопупочную клет-

				чатку под контролем АЧТВ в течение 5-7 сут с постепенным снижением дозы и последующим переводом на непрямые антикоагулянты или антиагреганты. В остром периоде инфаркта мозга интенсивная парентеральная антикоагулянтная терапия гепарином или НМГ (надропарин, дальтепарин, эноксапарин) не показана пациентам с ИГМ на фоне атеросклероза церебральных артерий. Низкие дозы гепарина, НМГ назначают с целью профилактики тромбоза глубоких вен у обездвиженных пациентов, при варикозной болезни нижних конечностей, при ТЭЛА в анамнезе. В случае прогрессирующего клинического течения инфаркта мозга 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. Антикоагулянты непрямого действия назначают за 3-4 дня до отмены гепаринов при кардиоэмболическом инфаркте мозга 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, инфаркт мозга в сочетании с острым трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки с подъемом сегмента ST, без признаков формиро-	
--	--	--	--	---	--

вания тромба левого желудочка, при наличии передне-верхушечной акинезии или дискинезии), при диссекции артерии, сопровождающейся инфарктом мозга, аневризме основной артерии, известных состояниях гиперкоагуляции:

Антитромботические средства: 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, 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, инфаркт мозга 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 <40%) и высоком риске кровотечений, в том числе при снижении клиренса креатинина до 30-50 мл/мин: антитромботические средства: B01AE прямой ингибитор тромбина - дабигатрана этексилат, прямой ингибитор фактора Ха - ривароксабан.

Пациентам с кардиоэмболическим инфарктом мозга 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 по согласованию с кардиологом, с последующим переходом на монотерапию антитромботическим лекарственным средством. При повышении уровня гемоглобина, эритроцитозе: плазмозамещающие препараты: декстран; натрия хлорид - до снижения гематокрита на 10-15% или достижения уровня гематокрита 33-35%. Нейропротекторная терапия: глицин, магния сульфат; Парасимпатомиметические средства: ипидакрин, холина альфосцерат. По показаниям: При гиперлипидемии: гиполипидемические средства: аторвастатин, розувастатин. При судорожном синдроме: противоэpileптические лекарственные средства: диазепам, фенитоин, вальпроевая кислота, карбамазепин. При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: диазепам, тофизопам; антипсихотические средства: хлорпротиксен, трифтазин. При рвоте: противорвотные средства: метоклопрамид, домперидон. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: бетажистин. При спастическом синдроме: миорелаксанты	
--	--	--	--	--	--

	Областные.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: КТ или МРТ головного мозга; УЗДГ прецеребральных артерий; ТКДГ; при стенозе прецеребральной артерии более 50% – консультация врача-ангиохирурга	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения. Дообследование в случаях неясного этиологического фактора: антифосфолипидный синдром, коллагеноз, васкулиты, кардиальная патология клапанного аппарата, открытое овальное окно и другие. Консультация врача-нейрохирурга.	центрального действия: баклофен, толперизон. При экстрапирамидном синдроме: допаминергические средства: амантадин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. Проведение ранней реабилитации пациентов, находящихся в стабильном состоянии. ЛФК, ФТ, логопед. Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения, дополнительно: У пациентов с инфарктом мозга с быстро обратимым неврологическим дефицитом («малым инфарктом мозга») в течение первых 2 недель после инсульта 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 противопоказаний реваскуляризацию необходимо выполнить в течение 2 недель после ТИА. Каротидная ангиопластика и стентирование показаны как альтернатива КЭА при ипсилатеральном стенозе экстракраниального отдела	14-30 в зависимости от тяжести состояния.
--	------------	---	--	---	--

		или врача-рентгеноэндоваскулярного хирурга.		сонной артерии > 70% при неинвазивной визуализации или > 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 (> 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.	
Церебральный атеросклероз (атеросклеротическая энцефалопатия) (I67.2)	Районные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, СРБ,	Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. КТ или МРТ головного мозга***. УЗДГ прецеребральных артерий, ТКДГ. Агрегатометрия тромбоцитов. Холтеровское мониторирование АД, ЭКГ.	Постоянный прием антиагрегантных лекарственных средств: АСК. При высоком риске кардиальной эмболии (ФП, тромб левого предсердия, тромб левого желудочка, искусственные клапаны сердца, ревматическое поражение клапанов), известных состояниях гиперкоагуляции: антитромботические средства: 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 цере-	8-12

		АлАТ, АсАТ, показатели липидного обмена: ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, КА. ЭКГ. Контроль АД. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения), врача-терапевта.	При стенозе прецеребральной артерии более 50% – консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгеноэндоваскулярного хирурга. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	бразильной атеросклеротической микроангиопатии и амилоидной микроангиопатии. У пациентов с ранее перенесенными повторными некардиоэмболическими ТИА, инфарктами мозга на фоне приема АСК, при непереносимости АСК, а также при лабораторной резистентности к АСК: клопидогрел. Коррекция АД с достижением целевых уровней. При выраженном стенозирующем атеросклерозе 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., в возрасте ≥ 75 лет показан целевой уровень АД в пределах 140/90-150/90 мм рт. ст. Целесообразна комбинированная антигипертензивная терапия. Парасимпатомиметические средства (при отсутствии ФП): ипидакрин, холина альфосцерат. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, магния сульфат, глицин; пирацетам, винпоцетин. При гиперлипидемии: гиполипидемические средства: аторвастатин, розувастатин. По показаниям: При судорожном синдроме: противосудорожные лекарственные средства: диазепам, фенитоин, вальпроевая кислота, карбамазепин. При психомоторном возбуждении: анксиолити-	
--	--	---	--	--	--

				ческие средства: диазепам, тофизолам; антипсихотические средства: хлорпротиксен, трифтазин, кветиапин. При рвоте: противорвотные средства: метоклопрамид, домперидон. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: бетагистин. При гипоперфузии головного мозга: периферические вазодилататоры: пентоксифиллин. При экстрапирамидном синдроме: допаминергические средства: амантадин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ЛФК, ФТ, логопед.	
	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: определение СРБ; исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген,	КТ (МРТ) с ангиограммой. Рентгенконтрастная дигитальная субтракционная ангиография. Консультация врача-отоневролога. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения, дополнительно: при симптомном (перенесенная ТИА или лакунарный инфаркт мозга 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 противопоказаний реваскуляризацию	8-12

		гематокрит, Д-димеры; УЗДГ прецеребральных артерий, ТКДГ; КТ или МРТ головного мозга; При стенозе прецеребральной артерии более 50% – консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгеноэндоваскулярного хирурга.		необходимо выполнить в течение 2 недель после ТИА. Каротидная ангиопластика и стентирование показаны как альтернатива КЭА при ипсилатеральном стенозе экстракраниального отдела сонной артерии > 70% при неинвазивной визуализации или > 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 (> 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.	
Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия (I67.3). Гипертензивная энцефалопатия (I67.4)	Районные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего	Холтеровское мониторирование ЭКГ, АД. Агрегатометрия тромбоцитов. Консультации других врачей-специалистов по показаниям.	Госпитализация и лечение пациента в палате реанимации и интенсивной терапии специализированного неврологического (инсультного) отделения организации здравоохранения. 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 по показаниям.	10-12

		белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ., показателей липидного обмена: ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ. ЭКГ. КТ или МРТ. Профиль АД. УЗДГ прецеребральных артерий, ТКДГ. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения, поля зрения), консультация врача-терапевта.	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. Пациентам с перенесенным лакунарным инфарктом мозга показан целевой уровень АД $\leq 130/80$ мм рт. ст.; при выраженном стенозирующем атеросклерозе 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 $<140/90$, в возрасте ≥ 75 лет показан целевой уровень АД в пределах 140/90-150/90 мм рт. ст. 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. Постоянный прием антиагрегантных лекарственных средств: АСК. При высоком риске кардиальной эмболии (ФП, тромб левого предсердия, тромб левого желудочка, искусственные клапаны сердца, ревматическое поражение клапанов): антитромботические средства: 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, инфарктами мозга на фоне приема АСК, при непереносимости АСК, а также при лабораторной резистентности к АСК: клопидогрел. При гиперлипидемии: гиполипидемические средства: аторвастатин, розувастатин. Парасимпатомиметические средства: ипидакрин, холина альфосцерат. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, магния сульфат, глицин, пирацетам. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ницерголин. По показаниям: При судорожном синдроме: противосудорожные лекарственные средства: диазепам, фенитоин, вальпроевая кислота, карбамазепин. При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: диазепам, тофизопам; антипсихотические средства: хлорпротиксен, трифтазин, кветиапин. При рвоте: противорвотные средства: метокло-	
--	--	--	--	---	--

	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 прецере-	ЭЭГ. Когнитивные вызванные потенциалы.	прамид, домперидон. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: беттагистин. При экстрапирамидном синдроме: допаминергические средства: амантадин. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ЛФК, ФТ, логопед. Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения.	10-12
--	---	--	---	---	-------

		бральных артерий, ТКДГ; КТ или МРТ головного мозга; При стенозе прецеребральной артерии мозга более 50% – консультация врача-ангиохирурга или врача-рентгеноэндоваскулярного хирурга.			
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: определение концентрации глюкозы, общего белка, альбумина, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, СРБ.	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: кортикостероиды для системного применения: триамцинолона суспензия для инъекций или метилпреднизолона суспензия для инъекций с раствором прокаина или лидокаина в субакромиальное пространство, в сухожилия, локально в курковые зоны или триггерные точ-	6-12

			КТ или МРТ шейного отдела позвоночника*** по показаниям. УЗДГ прецеребральных артерий, ТКДГ. Консультация врача-терапевта, врача-ортопеда-травматолога, врача-нейрохирурга.	ки. ФТ, ЛФК. При неэффективности консервативного лечения в течение 2 месяцев: консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении.	
	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 на белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды; УЗДГ прецеребральных артерий; МРТ или КТ шейного отдела позвоночника.	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения.	10-12
	РНПЦ невроло-	Объем и кратность обследо-	Объем обследования аналогичен объ-	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной, областной организации	10-12

	гии и нейрохи- рургии.	вания анало- гичны объему и кратности обследования в районной орга- низации здра- воохранения.	ему обследования в областной органи- зации здравоохра- нения.	здравоохранения.	
Поражение межпозвонко- вого диска шейного отде- ла с радику- лопатией (M50.1)	Район- ные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгеногра- фия шейного отдела позво- ночника. ЭКГ.	Биохимическое ис- следование крови: определение кон- центрации глюкозы, общего белка, аль- бумина, общего би- лирубина, мочеви- ны, креатинина, натрия, калия, хло- ра, СРБ Функциональная рентгенография шейного отдела по- звоночника; УЗДГ прецере- бральных артерий. ТКДГ КТ или МРТ шейно- го отдела позвоноч- ника***.	При болевом синдроме: НПВС: диклофенак, ке- топрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При отсутствии эффекта: ГСП: метилпреднизо- лон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Парасимпатомиметические средства при отсут- ствии болевого синдрома: неостигмин, ипида- крин. Выполнение лечебных блокад: глюкокортикои- ды (суспензия метилпреднизолона пролонгиро- ванного действия с раствором прокаина) пара- вертебрально. По показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: про- тивосудорожные средства: карбамазепин, га- бапентин, прегабалин; антидепрессанты: амит- риптилин, флуоксетин, пароксетин. При нейродистрофическом синдроме (плечело- паточной периартропатии) выполнение лечеб- ных блокад: кортикостероиды для системного применения: триамцинолона суспензия для инъ- екций или метилпреднизолона суспензия для	10-12

				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.	
	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 на белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды по показаниям; ЭНМГ; УЗИ мягких тканей области шеи; МРТ или КТ шейного отдела позвоночника; консультации врача-ортопеда-травматолога.	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения.	10-12

Поражение шейного диска неуточненная (дискогенная радикулоишемия, радикуломиелоишемия) (M50.9)	Районные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография шейного отдела позвоночника. ЭКГ. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, общего кальция, СРБ КТ (МРТ) шейного отдела позвоночника*** в экстренном порядке. Консультация врача-	Функциональная рентгенография шейного отдела позвоночника. Консультации врача-ортопеда-травматолога.	Экстренная консультация врача-нейрохирурга 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: ГСП: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Парасимпатомиметические средства при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. При нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК.	12-14
--	-----------	--	---	---	-------

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	нейрохирурга в экстренном порядке. 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 на белок, цитоз, клеточный состав, глюкоза, хлориды; ЭНМГ; консультация врача-терапевта; консультация врача-ортопеда-травматолога.	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.	Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, креатинина, натрия, калия, хлора, СРБ.	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

		Рентгенография органов грудной клетки. ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости. ФГДС.	КТ или МРТ грудного отдела позвоночника по показаниям***. Консультация врача-терапевта. Консультация врача-ортопеда-травматолога. Консультации врачей-специалистов по показаниям.		
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 пояс-	При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. ФТ, ЛФК.	5-10

			ничного отдела позвоночника*** Консультации врачей-специалистов по показаниям.		
Другое уточненное поражение межпозвонкового диска (дискогенная люмбагоишиалгия) (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, 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	При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. При хроническом ноцицептивном болевом синдроме: антидепрессанты: флуоксетин, амитриптилин, пароксетин. ФТ, ЛФК. При неэффективности консервативного лечения в течение 2 месяцев: консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.	10-12

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем и кратность обследования аналогичны объему и кратности обследования в районной организации здравоохранения.	по показаниям. Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: исследование СМЖ на белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды; консультация врача-нейрохирурга; консультации врачей-специалистов по показаниям.	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения.	10-12
Поражение межпозвонковых дисков поясничного и других отделов с радикулопатией (М51.1)	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	При болевом синдроме: НПВС: диклофенак, ибупрофен, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. При отсутствии эффекта: ГСП: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. Парасимпатомиметические средства при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. Выполнение лечебных блокад: глюкокортикоиды (суспензия метилпреднизолона пролонгированного действия с раствором прокаина паравертебрально).	10-12

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника.	рентгенография поясничного отдела позвоночника. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника. Консультации врачей-специалистов по показаниям.	По показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: противоспазматические средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК. При неэффективности консервативного лечения в течение 2 месяцев: консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.	10-12
Поражение поясничного межпозвонкового диска не уточненное (дискогенная радикулопатия)	Районные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография поясничного отдела по-	Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, билирубина, определение активности	Консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении в неотложном порядке. При болевом синдроме: НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. Нейропротекторная терапия: этилметилгидрок-	10-12

мия, радикуломиелоишемия) (M51.9)	Областные РНПЦ неврологии и нейрохирургии	звоночника. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника***. Консультация врача-нейрохирурга в экстренном порядке.	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.	сипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. Парасимпатомиметические средства при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. При нейропатическом болевом синдроме: противоэпилептические средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК.	10-12
		Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: МРТ или КТ поясничного отдела позвоночника;	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: исследование СМЖ на белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды; ЭНМГ; консультация —	Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения.	

		консультация врача- нейрохирурга в экстренном по- рядке.	врача-фтизиатра, врача-онколога, врача-травматолога- ортопеда.		
Поражения межпозвонко- вых дисков поясничного и других отде- лов с миело- патией (M51.0)	Районные	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: опреде- ление концен- трации глюко- зы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, опреде- ление активно- сти АлАТ, АсАТ, СРБ. Рентгеногра- фия пояснич- ного отдела по- звоночника. Консультация врача- нейрохирурга.	ЭНМГ. КТ или МРТ пояс- ничного отдела по- звоночника***. Консультация вра- ча-ортопеда- травматолога. Консультации вра- чей-специалистов по показаниям.	Консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении. Парасимпатомиметические средства: неостиг- мин, ипидакрин, холина альфосцерат. Периферические вазодилататоры: пентоксифил- лин, ксантинола никотинат, ницерголин. Нейропротекторная терапия: этилметилгидрок- сипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин, пирацетам. По показаниям: При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. При нейрогенных расстройствах мочеиспусका- ния: средства для лечения урологических заболева- ний: оксibuтин, троспия хлорид; средства, при- меняемые при доброкачественной гиперплазии предстательной железы: тамсулозин. При болевом синдроме: НПВС: диклофенак, ке- топрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При нейропатическом болевом синдроме: про- тивозипилептические лекарственные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антиде- прессанты: флуоксетин, амитриптилин, пароксе- тин.	12-16

	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: МРТ или КТ поясничного отдела позвоночника.	Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно: уродинамическое исследование; Консультации врачей-специалистов по показаниям.	ФТ, ЛФК, механотерапия. Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения, дополнительно: консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.	10-12
Сотрясение головного мозга (S06.0)	Районные.	Контроль АД, ЧСС. Общий анализ крови. Рентгенография черепа. ЭхоЭС. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения).	Исследование СМЖ на цвет, прозрачность, белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды. ЭЭГ. Рентгенография шейного отдела позвоночника. КТ или МРТ головного мозга***. Консультации врачей-специалистов по показаниям.	Мочегонные средства: фуросемид. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин. По показаниям: При психомоторном возбуждении: анксиолитические средства: тофизопам, диазепам; антипсихотические средства: трифтазин, хлорпротиксен. При судорожном синдроме: противосудорожные средства: фенитоин, карбамазепин, вальпровая кислота. При болевом синдроме и гипертермии: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол. При рвоте: прокинетики: домперидон, метокло-	5-10

				прамид. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: бетастистин. ФТ, ЛФК.	
Очаговая травма головного мозга (ушиб головного мозга) (S06.3)	Районные. Областные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, альбумина, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. Исследование	Рентгенография шейного отдела позвоночника. Консультация врача-психиатра-нарколога. ЭЭГ.	При болевом синдроме и гипертермии: НПВС: метамизол натрия, парацетамол. Мочегонные средства: 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 в/в: сормантол, маннитол, с последующим введением в/в мочегонных средств: фуросемид. Введение указанных средств 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 показаниям: При когнитивных нарушениях: нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин, пираретам; парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин. При депрессии: антидепрессанты: амитрипти-	10-20

		СМЖ на цвет, прозрачность, белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды. Рентгенография черепа. КТ или МРТ головного мозга***. Контроль АД, ЧСС. ЭКГ. ЭхоЭС. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения), врача-нейрохирурга.		лин, флуоксетин, пароксетин. При психомоторном возбуждении: антипсихотические средства: трифлуоперазин, галоперидол, хлорпротиксен, клозапин, сульпирид, кветиапин; анксиолитические средства: тофизопам, диазепам. При судорожном синдроме: противоэпилептические средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: бетажистин. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. ФТ, ЛФК.	
Эпидуральное кровоизлияние (S06.4). Травматическое субдуральное кровоизлия-	Районные. Областные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение концен-	Рентгенография шейного отдела позвоночника. ЭЭГ. Консультация врача-психиатра-нарколога.	Перевод в нейрохирургическое, хирургическое отделение организации здравоохранения. Консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении. Люмбальная пункция 1 раз в 5 дней по 5 мл до санации ликвора. При болевом синдроме и гипертермии: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, параце-	10-20

ние (S06.5)	трации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. Исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген, гематокрит. Исследование СМЖ на цвет, прозрачность, белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды, эритроциты при отсутствии противопоказаний. ЭхоЭС. КТ или МРТ головного мозга***. ЭКГ.		тамол. Мочегонные средства: 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 в/в: сормантол, маннитол, с последующим введением в/в мочегонных средств: фуросемид. Введение указанных средств повторяют каждые 4-5 часа 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. Нейропротекторная терапия: пирацетам, глицин. Парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин. При депрессии: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При психомоторном возбуждении: антипсихотические средства: трифлуоперазин, трифтазин, хлорпротиксен, сульпирид, кветиапин; анксиолитические средства: тофизопам, диазепам. При судорожном синдроме: противоэpileптические средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При рвоте: прокинетики: домперидон, метокло-	
-------------	--	--	--	--

		Контроль АД, ЧСС. Рентгенография черепа. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения), врача-нейрохирурга.		пиримид. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: беттагистин. ФТ, ЛФК.	
Травматическое субарахноидальное кровоизлияние (S06.6)	Районные. Областные.	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	Рентгенография шейного отдела позвоночника. ЭЭГ. КТ или МРТ головного мозга***. Консультация врача-психиатра-нарколога.	Перевод в нейрохирургическое, хирургическое отделение организации здравоохранения. Люмбальная пункция 1 раз в 3 дня по 5 мл до санации ликвора. Мочегонные средства: фуросемид. 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) аналгезии, уровне натрия плазмы менее 150 ммоль/л (контроль электролитов не реже 2 раз в сутки): растворы с осмодиуретическим действием в/в: сормантол, маннитол, с последующим введением в/в мочегонных средств: фуросемид. Введение указанных средств повторяют каждые 4-5 ч с учетом клинических проявлений и уровня осмолярности плазмы (не более 295 ммоль/кг). Введение осмотических диуретиков противопо-	16-20

		СМЖ на цвет, прозрачность, белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды. Рентгенография черепа. ЭхоЭС. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, острота зрения). Консультация: врача-нейрохирурга.		казано при почечной недостаточности, отеке легких и декомпенсированной сердечной недостаточности. Нейропротекторная терапия: глицин; пирацетам. Парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин. При болевом синдроме: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол. При гипертермии: анальгетики-антипиретики: метамизол натрия, парацетамол; НПВС: диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, ибупрофен, целекоксиб. При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При психомоторном возбуждении: антипсихотические средства: трифлуоперазин, трифтазин, хлорпротиксен, сульпирид, кветиапин; анксиолитические средства: тофизопам, диазепам. При судорожном синдроме: противосудорожные средства: фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота. При рвоте: прокинетики: домперидон, метоклопрамид. При вестибулярном синдроме: средства для устранения головокружения: беттагистин. ФТ, ЛФК.	
Травма нервов и спинного мозга на уровне шеи (S14).	Районные.	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое	ЭНМГ. МРТ или КТ спинного мозга***. Рентгенография органов грудной клет-	Консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении. Растворы с осмодиуретическим действием: сормантол, маннитол, с последующим введением в/в мочегонных средств: фуросемид.	18-30

Травма нервов и спинного мозга в грудном отделе (S24). Травма нервов и поясничного отдела спинного мозга на уровне живота, нижней части спины и таза (S34)	Областные. РНПЦ неврологии и нейрохирургии.	исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. Исследование СМЖ на белок, цитоз, клеточный состав, глюкозу, хлориды. Рентгенография позвоночника в соответствии с уровнем травмы. Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения,	ки. УЗДГ прецеребральных артерий. Консультация: врача-нейрохирурга, врача-ортопеда-травматолога, врача-уролога. Объем обследования аналогичен объему обследования в районной организации здравоохранения, дополнительно:	Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин. Парасимпатомиметические средства: холина альфосцерат, ипидакрин, неостигмин. ГСП. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. При спастическом синдроме: миорелаксанты центрального действия: баклофен, толперизон. ФТ, ЛФК. Лечение аналогично лечению, проводимому пациенту в районной организации здравоохранения, дополнительно: при нейрогенных расстройствах мочеиспускания после проведения уродинамического исследования: средства для лечения урологических забо-	18-30
--	--	--	--	--	--------------

		дополнительно: МРТ (КТ) спинного мозга, миелография; УЗИ нервных стволов и мягких тканей конечностей.	уродинамическое исследование.	леваний: оксibuтин, тропия хлорид; средства, применяемые при доброкачественной гиперплазии предстательной железы: тамсулозин. Врачебный консилиум для решения вопроса о хирургическом лечении.	
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).	Районные.	Общий анализ крови. Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, определение активности АлАТ, АсАТ. Рентгенография костей соответственно уровню поражения.	Консультация врача-нейрохирурга.	По показаниям осуществляется хирургическое лечение. При болевом синдроме: НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. Растворы с осмодиуретическим действием: сормантол, маннитол, с последующим введением в/в мочегонных средств: фуросемид. Нейропротекторная терапия: этилметилгидроксипиридина сукцинат, метилэтилпиридинола гидрохлорид, глицин. ГСП. Парасимпатомиметические средства: неостигмин, ипидакрин. Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин, ксантинола никотинат, ницерголин. При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК. При рефрактерном выраженном нейропатиче-	10-20

Травма нервов на уровне голени (S84).				ском болевом синдроме: направление на консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении.	
Травма нервов на уровне голеностопного сустава и стопы (S94)	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

* Лекарственные средства первой линии, наиболее оптимальные с учетом клинической эффективности и стоимости.

** Лекарственные средства второй линии.

*** При отсутствии возможности выполнения КТ или МРТ исследования в районных организациях здравоохранения по экстренным 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.