



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

«03» 10.10.2024г.

№ 689-02

г. Тирасполь

Об утверждении Клинических рекомендаций
по оказанию медицинской помощи
«Вегетативное состояние»

В соответствии с Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 19 августа 2024 года № 378 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 24-35), Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 мая 2021 года № 363 «Об утверждении Порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи» (регистрационный № 10285 от 3 июня 2021 года) (САЗ 21-22) с изменениями, внесенными Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 15 октября 2021 года № 759 (регистрационный № 10571 от 4 ноября 2021 года) (САЗ 21-44), в целях повышения качества оказания медицинской помощи,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи «Вегетативное состояние» согласно Приложению к настоящему Приказу.
2. Руководителям подведомственных медицинских организаций принять настоящий Приказ к руководству и довести до сведения медицинского персонала Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи «Вегетативное состояние», утвержденные настоящим Приказом.
3. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Министр

К.В. Албул

Н.И. Кошелева,
0(533) 9 44 88

Клинические рекомендации
«Вегетативное состояние»

Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10): R 40.2; R 40.3.

Год утверждения (частота пересмотра): 2024 (пересмотр каждые 5 лет)

Возрастная категория: взрослые и дети

Оглавление

Список сокращений.....	3
Термины и определения	4
1. Краткая информация	5
1.1 Определение.....	5
1.2 Этиология и патогенез	7
1.3 Эпидемиология.....	8
1.4 Кодирование по МКБ 10.....	8
1.5 Классификация.	8
1.6 Клиническая картина.	9
2. Диагностика.	9
2.1. Жалобы и анамнез.....	9
2.2 Физикальное обследование	10
2.3 Инструментальная диагностика.....	11
2.4 Иная диагностика	12
3. Лечение.....	12
3.1. Консервативное лечение.....	12
3.2. Хирургическое лечение	21
3.3. Иное лечение.....	21
4. Реабилитация	21
5. Организация медицинской помощи.....	25
6. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания.....	27
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	28
Список литературы	29
Приложение А. Состав рабочей группы	30
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	31
Приложение В. Информация для пациента	32
Приложение Г. Шкалы оценки, опросники и так далее, приведенные в тексте клинических рекомендаций.....	33

Список сокращений

- ВС – вегетативное состояние
СМС - состояние минимального сознания
НС – нарушение сознания
ПНС - продленное нарушение сознания
КТ – компьютерная томография
МРТ – магнитно-резонансная томография
ЭЭГ - электроэнцефалограмма
ИВЛ – искусственная вентиляция легких
НВЛ – неинвазивная вентиляция легких
ЧДД – частота дыхательных движений
ЧСС – частота сердечных сокращений
АД – артериальное давление
ВЧД – внутричерепное давление
МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра
ШКГ – Шкала комы Глазго

Термины и определения

Сознание (лат. consciousness) – это многокомпонентное понятие, которое отражает способность к восприятию и осознанию собственной личности и окружающей действительности. На сегодняшний день нет ни одного инструментального метода оценки сознания. Предложено множество шкал для стандартизаций исследования уровня сознания, самой известной из которых является шкала комы Глазго. Сознание можно разделить на 2 составляющие: уровень сознания (бодрствование) и содержание сознания (сумма когнитивных и эмоционально-психических функций). За каждый из компонентов сознания отвечают различные структуры мозга.

Бодрствование (лат. arousal) поддерживается несколькими популяциями стволовых нейронов, которые имеют прямую проекцию на таламические и кортикальные структуры. Серьезное повреждение ствола и/или обоих полушарий мозга может вызвать снижение уровня бодрствования.

Осознанность (лат. awareness), как считается, обеспечивается интегративной деятельностью коры и ее подкорковых связей. Именно нарушение осознанности (содержания сознания) лежит в основе ВС. Для характеристики сознания необходимо оценить несколько клинических признаков.

Смерть мозга - в большинстве стран опубликованы рекомендации по диагностике смерти мозга, которую приравнивают к смерти личности. Ключевой в концепции смерти мозга является необратимая утрата всех признаков функционирования головного мозга (запредельная кома, отсутствие всех стволовых рефлексов и дыхания). Согласно прогностическим исследованиям, **12 часов – критический период** для обратимости глубокой комы и возможности хорошего восстановления неврологических функций. Все дополнительные исследования (электроэнцефалограмма – ЭЭГ, церебральная ангиография, вызванные потенциалы, функциональная нейровизуализация и т. д.) для диагностики смерти мозга являются факультативными (их применение принципиально при сомнении в соответствии клиническим критериям).

Кома - характеризуется отсутствием сознания (бодрствования и осознанности), это состояние беспробудности и нереагирования, при котором пациент лежит с закрытыми глазами, его нельзя разбудить, он не осознает ни окружающий мир, ни себя самого. Стимуляция не провоцирует спонтанную активность и открывание глаз, что отличает кому от ВС.

Рабочая группа – двое или более людей одинаковых или различных профессий, работающих совместно и согласованно в целях создания клинических рекомендаций, и несущих общую ответственность за результаты данной работы.

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

Уровень убедительности рекомендаций – отражает не только степень уверенности в достоверности эффекта вмешательства, но и степень уверенности в том, что следование рекомендациям принесет больше пользы, чем вреда в конкретной ситуации.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Вегетативное состояние (ВС) - представляет собой отсутствие реактивности и осознания, связанное с грубым нарушением функции больших полушарий головного мозга, при котором функция промежуточного мозга и ствола мозга достаточно сохранна для того, чтобы обеспечивать вегетативные и двигательные рефлексы, а также чередование фаз сна-бодрствования. Могут быть сохранены сложные рефлексы, включая движения глаз, зевание, произвольные движения в ответ на болевые раздражители, но осознание себя или окружающего утрачено.

При ВС у пациентов возможно бодрствование, но они не осознают самих себя и окружающий мир.

Характерные симптомы ВС, впервые описаны Б. Дженнеттом и Ф. Пламом:

- отсутствие какого-либо клинически значимого адаптивного ответа на окружающую действительность;
 - отсутствие каких бы то ни было признаков деятельности разума относительно восприятия или передачи информации;
 - продолжительные периоды бодрствования;
 - относительная акинезия (возможны вынужденные позы и примитивное стереотипное отдергивание);
 - пациент не разговаривает, но способен издавать отдельные звуки (вокализовать);
 - нет способности сигнализировать движениями глазных яблок, хотя иногда возможно медленное и неустойчивое слежение за движущимся предметом;
 - первичная ЭЭГ может выглядеть изолинией, но спустя несколько месяцев может регистрироваться значительная активность.
 - после значительного периода коматозного состояния больные начинают открывать глаза вначале на боль, а затем на менее значимые стимулы;

- возможно моргание в ответ на угрозу, но внимание при этом отсутствует;
- могут быть круговые движения глаз или фрагменты слежения за движущимся объектом;
- возможно формирование (появление) вынужденного положения;
 - после периода отсрочки отмечается дистоническое сгибательное отдергивание конечностей, никогда не имеющие форму оживленного ответа;
 - могут присутствовать безусловный (непроизвольный) хватательный рефлекс, фрагменты координированных действий, таких как царапание или даже движения руками в направлении болевого раздражителя, постуральные движения в конечностях, провоцируемые поворотами шеи, жевание и скрежет зубами;
 - пища или жидкость, помещенная в рот, может быть проглочена;
 - в ответ на боль могут быть вздохи и стоны, но не речевая продукция;
 - нет никаких значительных ответов на обращенную речь.

Выделяют стадии обратимого (персистирующего) и необратимого (перманентного) ВС. По заключению Мультидисциплинарной комиссии по исследованию ВС и согласно данным крупного многоцентрового исследования, посвященного изучению характеристик ВС, диагноз **персистирующего** ВС может быть установлен при наличии соответствующей картины через месяц после травматического или нетравматического повреждения головного мозга, дегенеративных или метаболических нарушений. ВС называется **перманентным** через 12 месяцев после травматических или через 3 месяца после нетравматических повреждений головного мозга. Существенным является установление факта продолжительного (дни, недели) отсутствия какого-либо сознательного восприятия или осознанных действий перед постановкой диагноза.

Состояние минимального сознания (СМС)

Международная группа экспертов, рекомендует характеризовать пациентов, которые не находятся в ВС, но длительно не способны к полному контакту, как имеющих минимальный уровень сознания (лат. *minimally conscious state*). Эти больные должны демонстрировать ограниченные и непостоянные, но явные и воспроизводимые признаки ориентировки в самих себе или в окружающем их пространстве (частичная осознанность). Обязательно наличие хотя бы одного из следующих критериев: выполнение простых команд, жестовый или вербальный ответ «да/нет» (невзирая на правильность), осознанная речь, осмысленное поведение (включая движения или эмоциональные реакции в ответ на внешние раздражители). Необходимо убедиться в максимальном уровне бодрствования (адекватная стимуляция) и исключить афазию, агнозию, апраксию и сенсомоторный

дефицит, как причину недостаточной коммуникации. Дальнейшее улучшение у таких пациентов значительно более вероятно, чем при ВС, но также со временем уменьшается.

Смерть неокортекса (апаллический синдром).

Апаллическим синдромом некоторые авторы обозначают персистирующее ВС при отсутствии активности на ЭЭГ.

1.2 Этиология и патогенез

Основная причина вегетативного состояния - это нарушение проводимости (дезинтеграция) между корой головного мозга и большими полушариями. Это может быть результатом различных факторов и является осложнением травмы, отравления либо других патологий. Чаще всего состояние является приобретенным, поэтому не зависит от возраста и пола пациентов. Всего выделяют 3 основные группы этиологических факторов, которые могут спровоцировать развитие вегетативного состояния.

1. К первой группе относятся механические повреждения головного мозга. Черепно-мозговые травмы либо ушибы, вследствие которых развивается кома, в 50% случаев являются причиной вегетативного состояния.

2. Вторая группа - органические. Нервная проводимость может быть нарушена из-за объемных новообразований либо гематом, а также воспалительных процессов в головном мозге. Среди последних (менингитов, энцефалитов) выделяют инфекционные и незаразные.

3. Последняя категория включает метаболические нарушения. К ним относятся различные интоксикации и гипоксии - состояния, при которых нарушается нормальное кровоснабжение и питание нервных тканей. Ишемическая болезнь сердца, отравления ядами и лекарственными препаратами, нарушения обмена веществ (уремия, печеночная недостаточность, осложненная печеночной комой, сахарный диабет) - все эти заболевания могут влиять на процессы нервной проводимости в головном мозге.

Острая травма и нетравматические повреждения мозга.

Частые причины ВС – черепно-мозговая травма и гипоксически-ишемическая энцефалопатия, значительно реже выявляется ВС как исход инсульта. Обычно поражение мозга исходно проявляется комой, которая длится от нескольких дней до нескольких недель. После коматозного периода появляется спонтанное открывание глаз и редкие произвольные движения глазных яблок, моргание, активные движения в конечностях, циклы – сон – бодрствование. В течение острого периода витальные и неврологические функции стабилизируются, но исключительно за счет ствола и нижних отделов

промежуточного мозга. Многие больные способны дышать самостоятельно, не требуют респираторной поддержки, постепенно восстанавливается глотание. Редко ВС развивается без первоначальной комы. Несмотря на многочисленные исследования, не существует надежных критериев, по которым можно было бы предвидеть переход комы в ВС. При нетравматическом генезе комы отсутствие открывания глаз, патологические окулоцефалические рефлексы (отрицательный феномен «глаз куклы»), отсутствие двигательных ответов, неспособность выполнять команды в течение 2 недель также предвещает исход в форме ВС.

Дегенеративные и токсико-дисметаболические поражения мозга.

Многие дегенеративные и токсико-дисметаболические расстройства у взрослых и детей прогрессируют до стадии персистирующего ВС. На ранних стадиях подобных заболеваний отмечается снижение интеллекта и памяти, нарушения речи, моторных навыков и социального поведения, в то же время пациенты сохраняют некоторую степень ориентации в собственном теле и окружающем. На поздних стадиях ориентация и осознание исчезают, указывая на начало формирования ВС. В таком состоянии больные могут находиться годами. У подобных пациентов также возможны короткие периоды обратимого ВС, вызванные приемом медикаментов, инфекциями, судорожной активностью, пониженным потреблением жидкости и питательных веществ.

1.3 Эпидемиология

Распространенность и частота длительных нарушений сознания неизвестны, но общепринято мнение, что они составляют важную медико-социальную проблему. ВС встречается редко, что не позволяет специалистам накопить достаточную информацию по проблеме и значительный опыт ведения данного контингента пациентов.

1.4 Кодирование по МКБ-10.

R 40.2 - кома неуточненная.

R 40.3 - стойкое вегетативное состояние.

1.5 Классификация.

По этиологии:

Травматическое вегетативное состояние (последствие изолированной или сочетанной ЧМТ).

Нетравматическое вегетативное состояние (в скобках указывается генез поражения головного мозга - последствие гипоксии, церебро-субарахноидального кровоизлияния, нейроинфекции и т.д.)

По продолжительности:

Транзиторное вегетативное состояние - продолжительность **до 1 месяца.**

Устойчивое вегетативное состояние – продолжительность **более 1 месяца.**

Хроническое вегетативное состояние – более 12 мес. после травматического ВС и 3 мес. после нетравматического.

1.6 Клиническая картина.

У пациентов в вегетативном состоянии сохранены все жизненно важные функции. У них присутствует чередование периодов сна и бодрствования, во время последних глаза остаются открытыми. Также сохранена способность к жеванию и глотанию, совершению неосознанных движений в ответ на болевые либо температурные раздражители. Также больные могут воспроизводить отдельные звуки, но они не являются сигналом о присутствии реакции на окружающую среду.

Характерная клиническая картина вегетативного состояния включает следующие симптомы:

- отсутствие контакта с окружающей средой, осознанного ответа на раздражители;
- могут наблюдаться движения глазных яблок, но их необходимо отличать от осознанного зрительного контакта;
- сохранение безусловных рефлексов: жевания, глотания, хватания, сокращения мышц в ответ на болевые раздражители;
- характерно недержание мочи и кала.

Длительность вегетативного состояния может составлять от нескольких дней или недель до десятков лет - это зависит от характера повреждения коры головного мозга. Если оно продолжается более 1 месяца, можно говорить о персистирующем ВС, более 3 месяцев - о нетравматическом и более 1 года - о травматическом генезе. В последних двух случаях вегетативное состояние считается перманентным.

2. Диагностика.

2.1. Жалобы и анамнез

В силу нарушения сознания сбор жалоб и анамнеза у пациентов с ВС невозможен. Однако информация о причинах ВС, в частности о генезе синдрома (травматическом или

нетравматическом) и о предшествующем течении заболевания, является ключевой для определения прогноза. Кроме того, иногда важную информацию о поведении пациента можно получить от родственников пациента или медицинского персонала, осуществляющего уход за ним.

2.2 Физикальное обследование

Неврологический осмотр пациента с длительным нарушением сознания.

Оценка возможности фиксации взгляда

Для оценки фиксации взгляда эффективен *тест с зеркалом*—на расстоянии 20–25 см к лицу пациента подносится большое зеркало, в течение 3–4 мин врач наблюдает реакцию пациента—фиксирует ли пациент взгляд на свое отражение в зеркале. При движении зеркала по вертикали и горизонтали оценивается слежение взглядом за отражением. Тест считается положительным, если пациент отчетливо фиксирует взгляд на свое отражение, при отсутствии реакции на отражение тест считается отрицательным. Используя этот прием в своей практике, мы пришли к выводу, что достаточно часто пациенты впервые начинают устойчиво фиксировать взгляд не на предметы, а именно на свое отражение в зеркале. Положительный результат теста является хорошим прогностическим признаком восстановления сознания.

Также для оценки слежения взгляда необходимо расположить яркий предмет приблизительно на расстоянии 15-20 см от глаз пациента и медленно перемещая его в стороны попросить пациента следить за предметами.

Обязательно оценивается возможность фиксации взора на родственниках пациента, поворот головы и глаз в сторону звукового сигнала.

Мигательный рефлекс, свидетельствующий о сохранности корково-стволовых взаимосвязей - зажмуривание век в ответ на резкое приближение к глазам руки врача или какого-либо предмета.

Возможность выполнения простых заданий оценивается по реакциям больного на просьбу показать язык, открыть рот, закрыть глаза, сжать пальцы руки (врач при этом старается держать кисть пациента с тыльной, а не с внутренней стороны, чтобы избежать возникновение хватательного рефлекс).

Проводится оценка реакции больного на нанесение болевого раздражителя. У пациента в ВС в ответ на болевой импульс возникает стереотипное повышение тонуса (в виде нецеленаправленных движений, позы децеребрационной или декортикационной ригидности) без локализации болевого раздражителя.

Очаговая неврологическая симптоматика оценивается неврологом по общепринятым правилам оценки спонтанной и вызванной рефлекторной активности.

2.3 Инструментальная диагностика

Магнитно-резонансная и компьютерная томография головного мозга

Всем пациентам выполняется КТ головного мозга, по возможности МРТ головного мозга. Помимо описания общей картины изменения мозгового вещества обязательна оценка степени расширения желудочковой системы мозга. При наличии признаков нарастающей гидроцефалии обязательна консультация нейрохирурга. Больным с последствием кровоизлияния в желудочковую систему головного мозга травматической или нетравматической этиологии первые 2 месяца. КТ головного мозга целесообразно выполнять не реже 2 раз в месяц, последующие 3 месяца — 1 раз в месяц. При отчетливом нарастании ширины боковых желудочков, особенно третьего желудочка, рекомендована консультация нейрохирурга и офтальмолога.

Для объективизации динамики атрофических процессов используется церебровентрикулярный индекс (ЦВИ). Необходимые для этого измерения проводятся на аксиальных срезах КТ или МРТ. Расчет этого индекса производится по формуле: расстояние между передними рогами желудочков на уровне головок хвостатых ядер и поверхностью коры лобных долей (рис. 1).

Конечная формула выглядит следующим образом:

$$\text{ЦВИ} = [A / (A + B + C)] \times 100$$

A – расстояние между передними рогами желудочков

B, C – расстояние между головками хвостатых ядер и обеими гемисферами

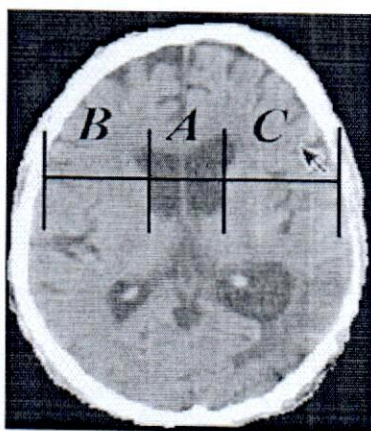


Рис. 1. Основные размеры, необходимые для расчета церебровентрикулярного индекса

Регистрация ЭЭГ по стандартной программе с использованием фото-стимуляции, оценке реакции на болевой раздражитель.

Регистрация скальповой электроэнцефалограммы осуществляется на 8-канальном электроэнцефалографе. Электроды располагаются по международной схеме «10-20». Фотостимуляция осуществляется с частотой от 0 до 50 Гц и от 50 до 0 Гц.

У пациентов в ВС, как правило, регистрируются три разновидности паттернов спонтанной биоэлектрической активности: паттерн низкоамплитудной ЭЭГ, паттерн генерализованной медленноволновой активности и паттерн дезорганизованной полиморфной активности.

2.4 Иная диагностика

Консультации специалистов:

- а) окулиста;
- б) нейрохирурга;
- в) физиотерапевта;
- г) невролога;
- д) отоларинголога.

Психологическая диагностика основана на феноменологическом анализе поведения пациента, в т.ч. его реакций на окружающих, а также в психотерапевтическом контакте. К ним относятся как телесные и двигательные ответы, так и вегетативные реакции, мимика, жесты, реакции. На основании данной оценки строится дальнейшая психологическая работа с целью расширения возможностей контакта пациента с собой и с внешним миром.

При наличии признаков нарастающей гидроцефалии обязательна консультация нейрохирурга.

3. Лечение

3.1. Консервативное лечение

Основными проявлениями патологической организации функций головного мозга у пациентов с нарушением сознания являются признаки вегетативной нестабильности с преобладанием симпатотонии: тахикардии, повышения артериального давления, гиперемии и гипергидроза кожных покровов, повышения тонуса. В зависимости от выраженности вегетативной нестабильности требуются различные варианты создания лечебной доминанты.

При умеренной от (ЧСС 100-120) тахикардии, периодическом не выраженном гипердрозе возможно использование β -блокаторов (Конкор 2,5-5 мг) в сочетании с Дифенином (1-3 таблетки в сутки), при периодическом повышении мышечного тонуса эффективен Клоназепам (1-2 мг в сутки).

У части пациентов признаки вегетативной нестабильности проявляются ежедневно в виде длительного (более 1 часа) сочетания следующих симптомов: повышения мышечного тонуса, гипергидроза, тахикардии и т.д. Все эти симптомы свидетельствуют о формировании диэнцефально-катаболического синдрома. Рекомендуется комбинация β -

блокатора (Конкор 5 мг) и микроструйного медленного введения Клофелина (0,5 мкг/кг/ч), или Дексдора (0,5-1 мкг/кг/ч).

При неэффективности данной схемы лечебная доминанта достигается сочетанным использованием опиоидного анальгетика (Фентанил) 1-2 мкг кг ч и α_2 - адреноагониста (Клофелин, Дексдор).

Использование препаратов биологического ряда на фоне сформированной лечебной доминанты.

В течение первых недель - месяцев после повреждения мозга следует отдавать предпочтение препаратам биологического ряда – естественным субстратам, прекурсорам, метаболитам, модифицированным тканям и органам. Эти препараты являются удачными находками, тропными к саногенетическим процессам, запускаемым в ответ на повреждение мозга. Организм человека располагает многоуровневыми системами контроля за этими препаратами, что существенно снижает потенциальную возможность неблагоприятных эффектов.

Цитиколин (Цераксон) – предшественник ключевых ультраструктурных компонентов клеточной мембраны (преимущественно фосфолипидов).

Холина альфосцерат (Глиатилин, Церебро). Холин участвует в биосинтезе ацетилхолина – одного из основных медиаторов нервного возбуждения; глицерофосфат является предшественником фосфолипидов (фосфатдихолина) мембраны нейронов.

Цераксон или Церебро (Глиатилин) 3-5 грамм в сутки в разведении на 250 мл в (введение течение 3-4 часов). Курс 14 суток.

Актовегин – депротеинизированный гемодериват крови телят. Используется в дозе 1 г /сут у пациентов с трофическими нарушениями кожи, слизистых. Продолжительность курса может достигать несколько месяцев при выраженных трофических нарушениях.

Церебролизин – комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи.

В экспериментальных работах показано, что церебролизин способствует дифференцировке и росту стволовых клеток. На наш взгляд, этот препарат займет свою нишу в протоколах проведения терапии стволовыми клетками у неврологических больных.

Рекомендовано: 10-ти дневный курс терапии Церебролизином в дозе 50-60 мл/сут внутривенно.

Кортексин

Средство содержит комплекс низкомолекулярных водорастворимых полипептидных фракций, проникающих через ГЭБ непосредственно к нервным клеткам. Оказывает ноотропное, нейропротекторное, антиоксидантное и тканеспецифическое действие. Улучшает высшие функции головного мозга, процессы обучения и памяти,

концентрацию внимания, устойчивость при различных стрессовых воздействиях. Активирует метаболизм нейронов центральной и периферической нервной системы, репаративные процессы, способствует улучшению функций коры головного мозга и общего тонуса нервной системы.

Кортексин вводится внутривенно, микроструйно в дозе 1 мг/кг. Терапия Кортексином проводится в течение 2-3 месяца.

Препараты, моделирующие активность нейромедиаторных систем применяются на этапе восстановительного лечения после стабилизации вегетативных показателей

Агонисты дофаминовых рецепторов

Амантадин (ПК-Мерц) – увеличивает пресинаптическое образование дофамина, подавляет обратный захват дофамина, увеличивает плотность постсинаптических рецепторов дофамина, увеличивает доступность дофамина в стриатуме. Неконкурентный антагонист NMDA-рецепторов. Роль антагонизма по отношению к NMDA-рецепторам в поддержании бодрствования до конца не ясна. Возможно, таким образом предотвращается нейротоксический эффект глутамата, а также происходит увеличение содержания ацетилхолина в стриатуме.

Рекомендуем следующую схему назначения ПК-Мерц – по 500 мг внутривенно 7–14 дней, затем по 1 таблетке 2 раза в сутки 2–3 месяца.

Бромкриптин – препарат является полусинтетическим производным алкалоида спорыньи эргокрипина, относится к стимуляторам дофаминовых рецепторов в ЦНС. Постсинаптический агонист D2- рецепторов, стимуляция которых, как считается, способствует переходу из ВС в состояние «малого сознания».

На наш взгляд, показанием к назначению Бромкриптина у пациентов в ВС является повышение уровня пролактина, а также гипертермия неинфекционного или смешанного генеза. Рекомендуемая доза Бромкриптина: 2,5 мг дважды в день.

Предшественники дофамина

Показаниями к назначению препаратов леводопы у пациентов в ВС мы считаем следующие ситуации: ДАП различной степени, постгипоксическое поражение мозга с преобладанием экстрапирамидной симптоматики. Возможно использование как комбинации карбидопы (ингибитора декарбоксилазы ароматических аминокислот) и леводопы (метаболического предшественника дофамина) – *накома*, так и комбинации леводопы и бенсеразида – *мадопара*.

Ингибиторы ацетилхолинэстеразы

Ривастигмин - начальная доза Ривастигмина составляет 1,5 мг 2 раза в сутки. Средняя доза Ривастигмина составляет 6 мг/сут, если препарат применяется в виде капсул. При превышении данной суточной дозы часто наблюдаются побочные эффекты в виде рвоты, диспепсии. Начальная доза для формы в виде пластыря составляет 4,6 мг в сутки, терапевтическая доза – 9,5 мг в сутки.

Рекомендуемая начальная доза Галантамина составляет 8 мг в сут., поддерживающая доза составляет 16 мг в сутки.

Отмена препаратов этой группы должна проводиться постепенно. Не рекомендуется одновременное назначение препаратов других фармакологических групп, активизирующих холинергическую систему.

Ипидакрин (Нейромидин) – обратимый ингибитор холинэстеразы, оказывает непосредственное стимулирующее влияние на проведение импульса в нервно-мышечном синапсе и в ЦНС вследствие блокады калиевых каналов возбудимой мембраны. Мы проводим терапию этим препаратом пациентам с признаками полинейропатии критических состояний. При поражениях периферической нервной системы препарат назначают внутрь по 10-20 мг (0,01–0,02 г) 1–3 раза в день, возможно увеличение разовой дозы до 20-40 мг (0,02–0,04 г) внутрь (1–2 таблетки) 5–6 раз в день.

Антидепрессанты

Наиболее эффективны антидепрессанты у пациентов в состоянии «малого сознания». На фоне назначения ингибиторов обратного захвата серотонина расширяется палитра положительных эмоциональных реакций, увеличивается период активного бодрствования.

Эсциталопрам (Ципралекс) – является антидепрессантом, селективным ингибитором обратного захвата серотонина (СИОЗС). Ингибирование обратного захвата серотонина приводит к повышению концентрации этого нейромедиатора в синаптической щели, усиливает и пролонгирует его действие на постсинаптические рецепторные участки. Суточная доза составляет 10–20 мг.

Дулоксетин (Симбалта) является антидепрессантом, ингибитором обратного захвата серотонина и норэпинефрина, и слабо подавляет захват дофамина, не обладая значимым сродством к гистаминергическим, дофаминергическим, холинергическим и адренергическим рецепторам. Механизм действия дулоксетина при лечении депрессии заключается в подавлении обратного захвата серотонина и норэпинефрина, в результате чего повышается серотонинергическая и норадренергическая нейротрансмиссия в ЦНС. Дулоксетин обладает центральным механизмом подавления болевого синдрома, что, в первую очередь, проявляется повышением порога болевой чувствительности при болевом

синдроме нейропатической этиологии. Начальная доза составляет 30 мг, через неделю дозу препарата увеличивают до 60 мг в сутки.

Препараты, модулирующие активность NMDA-рецепторов

Мемантин, являясь неконкурентным антагонистом N-метил-D-аспарат (NMDA)-рецепторов, оказывает модулирующее действие на глутаматергическую систему. Регулирует ионный транспорт, блокирует кальциевые каналы, нормализует мембранный потенциал, улучшает процесс передачи нервного импульса, улучшает когнитивные процессы, память и способность к обучению, повышает повседневную активность, оказывает центральный миорелаксирующий эффект. Акатинол-мемантин назначается по схеме: с постепенным повышением дозы от 5 до 20 мг в сутки в течение 3 недель.

Психостимуляторы

Пирацетам является производным ГАМК и принадлежит к классу рацетамов. Механизм действия препарата окончательно неясен, препарат увеличивает энергетический потенциал организма за счет ускорения цикла образования АТФ, повышения активности аденилатциклазы и ингибирования нуклеотидфосфатазы.

Инстенон - комбинированный препарат (сочетание Этамивана и Гексобендина). *Этамиван* за счет активации ретикулярной формации мозга нормализует функциональное состояние нейронных комплексов коры и подкорково-стволовых структур, *гексобендин* повышает утилизацию глюкозы и кислорода за счет активации анаэробного гликолиза и пентозных циклов (реализуются только в условиях ишемии и гипоксии, когда нарушается цикл аэробного окислительного фосфорилирования).

У пациентов с тяжелыми вариантами поражения головного мозга, в большинстве случаев, применение этих препаратов сопровождается акцентированием адренергических реакций, а также увеличением симптомов раздражения диэнцефальных отделов мозга по данным ЭЭГ.

Активная нейромедиаторная терапия должна проводиться на фоне отсутствия выраженных признаков симпатотонии. Важными критериями перехода больного в саногенетический статус является купирование воспалительных процессов (бактериальных и асептических), нормализация синтеза альбумина, заживление трофических изменений кожи. Все это не может происходить на фоне устойчивой симпатотонии.

Если методика «больших переключений» функциональной активности ЦНС не эффективна, то акцент следует сделать на интенсивном уходе и мерах, облегчающих такой уход (в основном снятие спастичности).

Лечение спастичности у пациентов в ВС и состоянии малого сознания

Периферические феномены, например спастичность, целесообразно лечить «периферическими воздействиями» – инъекциями ботулинического токсина, введение Баклофена (Лиозарал) в субарахноидальное пространство спинного мозга, ЛФК, физиотерапия.

При появлении признаков спастичности рекомендованы ранние инъекции ботулинического токсина (начиная с 1 месяца после возникновения острого эпизода-травмы, гипоксии, кровоизлияния и т.д.). Наиболее эффективно использование ботулинотерапии у пациентов в ВС и состоянии малого сознания при формировании спастической кривошеи, тризма и бруксизма, спастичности в руках (коррекция позы децеребрационной или декортикационной ригидности). Ранее применение ботулинотерапии позволяет избежать формирование контрактур, облегчает уход за пациентом, уменьшает выраженность патологической афферентации со спастичных мышц, болевых ощущений, которые препятствуют максимальной реализации реабилитационных методик.

Таблетированные формы периферических миорелаксантов, как правило мало эффективны, однако могут быть использованы при недоступности препаратов ботулинического токсина.

Баклофен

Показания–спинальная и церебральная спастичность различной этиологии, включая острый полиомиелит. Наиболее часто используемый препарат, имеет две точки приложения – действует на спинальном и супраспинальном уровне, подавляет активность спинальных интернейронов с помощью постсинаптической гиперполяризации. Взрослым назначается изначально по 5 мг 3 раза в день с едой, запивая водой. Увеличивать дозу можно каждый 3-й день на 5 мг до максимальной дозы 100 мг в день. Оптимальная доза 30-75 мг. Снижение дозы в течение 3 недель. Детям: 1-2 лет по 10-20 мг в день, 3-10 лет по 30-60 мг в день. При нарушении функции почек по 5 мг в день.

Диазепам (Реланиум, Сибазон, Седуксен, Зантак, Флюанксол)

Показания: генерализованное повышение тонуса, в том числе в структуре ДКС. Взаимодействует со специфическими бензодиазепиновыми рецепторами, расположенными в постсинаптическом ГАМК-рецепторном комплексе в лимбической системе мозга, таламусе, гипоталамусе, восходящей активирующей ретикулярной формации ствола мозга и вставочных нейронах боковых рогов спинного мозга. Повышает чувствительность ГАМК-рецепторов к медиатору (ГАМК), что обуславливает повышение частоты открытия в цитоплазматической мембране нейронов каналов для входящих токов ионов хлора. В

результате происходит усиление тормозного влияния ГАМК и торможение межнейронной передачи в соответствующих отделах ЦНС.

Центральный миорелаксирующий эффект связан с торможением полисинаптических спинальных рефлексов. Начальная доза составляет 10-20 мг в сутки, максимальная разовая – 20 мг, максимальная суточная – 60 мг. Комбинации антиспастических средств обычно не применяются. Но при выраженной спастичности возможны комбинации с бензодиазепинами (Диазепам, Клоназепам), которые обладают самостоятельным влиянием на повышенный мышечный тонус и в европейских рекомендациях часто отнесены к группе миорелаксантов.

Клоназепам

Показания: миоклонические припадки, повышение тонуса в структуре диэнцефально-катаболического синдрома, мышечные экстензорные и флексорные спазмы. Производное бензодиазепина, оказывает также седативно-снотворное и центральное миорелаксирующее действие. Усиливает ингибирующее действие ГАМК (медиатор пре- и постсинаптического торможения во всех отделах ЦНС) на передачу нервных импульсов. Стимулирует бензодиазепиновые рецепторы, расположенные в аллостерическом центре постсинаптических ГАМК-рецепторов восходящей активирующей ретикулярной формации ствола мозга и вставочных нейронов боковых рогов спинного мозга; уменьшает возбудимость подкорковых структур головного мозга (лимбическая система, таламус, гипоталамус), тормозит полисинаптические спинальные рефлексy. Центральное миорелаксирующее действие обусловлено торможением полисинаптических спинальных афферентных тормозных путей (в меньшей степени и моносинаптических). Возможно и прямое торможение двигательных нервов и функции мышц.

Взрослые: начальная доза составляет 1,5 мг/сут разделенная на 3 приёма. Дозу необходимо постепенно увеличивать на 0,5-1 мг через каждые 3 дня. Поддерживающая доза устанавливается индивидуально для каждого больного в зависимости от терапевтического эффекта (обычно 4-8 мг/сут в 3-4 приема). Максимальная суточная доза составляет 20 мг.

Дети: начальная доза – 1 мг/сут (2 раза по 0,5 мг). Дозу можно постепенно повышать на 0,5 мг через каждые 3 дня до получения удовлетворительного терапевтического эффекта.

Поддерживающая суточная доза составляет: у грудных детей до 1 года – 0,5–1 мг, у детей от 1 года до 5 лет – 1–3 мг у детей от 5–12 лет – 3–6 мг. Максимальная суточная доза для детей составляет 0,2 мг/кг массы тела/сутки.

Тетразепам (Миоластан)

Показания: спастический синдром любой этиологии. Стимулирует бензодиазепиновые рецепторы, повышает чувствительность ГАМК-рецепторов к медиатору и усиливает тормозное влияние ГАМК в ЦНС. Уменьшает возбудимость подкорковых структур головного мозга (противосудорожное действие), тормозит полисинаптические спинальные рефлексy. Действует на спинальном и супраспинальном уровне. Взрослым: начальная доза 50 мг на ночь; постепенно дозу увеличивают на 25 мг, распределяя ее на несколько приемов. Обычная доза 50–200 мг в сутки в 3 приема; при необходимости – до 400 мг/сут. Детям: старше 4 лет – 4 мг/кг/сут в несколько приемов. Пожилым пациентам – 1/2 дозы. Отмена препарата должна происходить постепенно. Кинезогидротерапия – 50 мг за 1 ч до сеанса.

Тизанидин (Сирдалуд)

Показания: мышечные спазмы и спастичность любой этиологии. По химической формуле близок к клонидину, имеет α -2-адренергический эффект, обладает воздействием на спинальный и супраспинальный уровни. В клинических исследованиях уменьшает мышечный тонус и спазмы при спинальной спастичности без существенного улучшения функции. Эффективен при спастичности легкой и средней тяжести. Дозы: изначально 2 мг вечером, медленно наращивать дозу по 2 мг каждые 5 дней до 2 мг 3 раза в день, максимальная доза достигается медленно – составляет 32 мг в день. Возможна комбинация с баклофеном, но тогда нужны меньшие дозы.

Толперизон (Мидокалм)

Миорелаксант центрального механизма действия. Оказывает мембраностабилизирующее, местноанестезирующее действие, тормозит проведение нервных импульсов в первичных афферентных волокнах и двигательных нейронах, что приводит к блокированию спинномозговых моно- и полисинаптических рефлексов. Вероятно, опосредует блокирование выделения медиаторов путем торможения поступления Ca^{2+} в синапсы. Тормозит проведение возбуждения по ретикулоспинальному пути в стволе мозга. Независимо от влияния ЦНС усиливает периферический кровоток. В развитии этого эффекта может играть роль слабый спазмолитический и антиадренергический эффект толперизона. Показал свою эффективность при спастических гемипарезах, при парапарезах эффект клинически не доказан.

Взрослым: внутрь в дозе 150–450 мг/сут в 3 приема с учетом индивидуальной потребности и переносимости. Парентерально – 2 раза в сутки по 100 мг в/м или по 100 мг 1 раз в сутки в/в медленно.

Детям в возрасте от 1 года до 6 лет – внутрь в дозе 5 мг на 1 кг массы тела в 3 приема, 6–14 лет – 2–4 мг/кг/сут в 3 приема. Таблетку рекомендуется разделить и принимать во

время еды. Продолжительность курса лечения зависит от тяжести и характера течения заболевания. Парентерально детям не назначают.

Мемантин (Аكاتиол-мемантин, Аксура)

Показания – сосудистая деменция, смешанная деменция, нарушение моторных функций центрального генеза. Неконкурентный антагонист N-метил-D-аспартат (NMDA)-рецепторов, оказывает модулирующее действие на глутаматергическую систему, возможно со спинальным эффектом. Доказан миорелаксирующий эффект при спастичности, сравнимый с другими миорелаксантами. Препарат улучшает бодрствование, концентрацию внимания, поэтому применяется у детей с ДЦП. Дозы: последняя доза препарата принимается до двух часов дня, учитывая стимулирующий эффект. Начальная доза для взрослых 10 мг с постепенным увеличением до 20-30 мг. У детей – 0,5 мг / кг.

Гиперкинетический синдром у пациентов с длительным нарушением сознания

Гиперкинетический синдром в виде миоклоний и дистоний преимущественно наблюдается у пациентов после гипоксического поражения мозга, а также может встречаться после перенесенного менингоэнцефалита, черепно-мозговой травмы. Как правило, гиперкинезы носят диффузный характер, резистентны к различным вариантам фармакологической терапии. Однако при уменьшении выраженности гиперкинетического синдрома у пациентов в ВС и состоянии малого сознания иногда наблюдается расширение уровня контакта, что позволяет рассматривать гиперкинетический синдром как вариант устойчивой патологической системы, а следовательно благоприятный прогностический признак возможности расширения сознания.

С целью коррекции гиперкинезов могут быть использованы следующие препараты. Эффективная схема подбирается индивидуально у каждого пациента.

Клоназепам 2-6 мг в сутки.

Кеппра 1000-1500 мг в сутки.

Конвулекс рекомендуется начинать с внутривенного введения 0,5-1 мкг/кг/ч в течение 2-3 дней, затем перевод на таблетированную форму в дозе 20 мг/кг

Мидазолам в/в микроструйно в дозе от 0,1-0,3 мг/кг в сутки

Клофелин в/в микроструйно в дозе 0,5 мкг/кг/ч

Применение препаратов со стимулирующим эффектом (Цераксон, Глиатилин, Амантадин и т.д.) у пациентов с гиперкинетическим синдромом нецелесообразно, т.к. как правило увеличивает выраженность гиперкинезов.

Пароксизмальный синдром у пациентов с длительным нарушением сознания.

Пароксизмальная активность на ЭЭГ чаще регистрировалась у детей. Небольшое число наблюдений не позволяет судить о прогностической значимости пароксизмального

синдрома у больных в ВС. Отчетливой взаимосвязи между наличием припадков и дальнейшим восстановлением сознания мы не обнаружили.

Регистрируется эпилептичность на ЭЭГ без проявлений припадков

Исключаются из терапии препараты, которые могут снизить порог судорожной готовности - Амантадин, Пирацетам, Инстенон, Церебролизин. Рекомендовано применение Мексидола, Цитофлавина, Кавинтона. С профилактической целью противосудорожные препараты не используются.

Эпилептичность на ЭЭГ сопровождающаяся эпилептическими припадками.

Депакин Хроно для взрослых и пациентов пожилого возраста (масса тела от 60 кг и выше) - в среднем 20 мг вальпроевой кислоты/кг (1200–2100 мг).

3.2. Хирургическое лечение

Хирургическое лечение в данных клинических рекомендациях не предусмотрено.

3.3. Иное лечение.

Не актуально.

4. Реабилитация

На всех этапах ведения больного с нарушенным сознанием, ключевыми являются мероприятия по профилактике осложнений (инфекций, тромбоза глубоких вен и тромбоэмболий, гипертонуса и контрактур мышц, пролежней), полноценное искусственное питание с использованием соответствующих смесей.

Нарушения мышечного тонуса:

- Коррекция положения пациента в постели (необходимые помощь и техника).
- Обеспечение соответствующих опорных систем в положении сидя (акцент делается на хорошей фиксации туловища, шеи и головы с соблюдением правильных углов для бедер, коленных и голеностопных суставов).
- Регулярная пассивная гимнастика.
- Пассивная поддержка позы наклоненными столиками и стояками под углом.
- Иная ортопедическая поддержка.

Коррекция спастичности:

- Устранение факторов, ускоряющие появление повышенного мышечного тонуса (ноцицептивные раздражители).
- Поддержание правильной позы лежа и сидя (ключевое мероприятие для борьбы со спастичностью).

- Допустимы пероральные миорелаксанты, которые все же менее эффективны при повреждении головного мозга, чем спинного, также следует помнить о седативном эффекте и угнетении когнитивных функций.

- Может быть более эффективным субарахноидальное (интратекальное) введение миорелаксантов, но, учитывая серьезные побочные эффекты, этот метод следует применять только при наличии опытных специалистов.

- Ботулотоксин и шинирование суставов занимают заслуженное место в лечении резистентной спастики.

- Эффекты физических методов: холод, тепло, вибрации – кратковременны.

Мышечная гипотония:

- Возможности коррекции низкого тонуса мышц очень ограничены, требуется хорошая ЛФК, включая лечение положением в постели.

- Для защиты суставов от чрезмерного растяжения показано ограничение объема пассивных движений.

- Применения ортопедических сидячих систем для поддержки туловища во избежание деформаций.

Профилактика инфекций

Легочные инфекции:

- Полноценное раннее искусственное питание (см. ниже).

- Гигиена полости рта (включая чистку зубов 1-2 раза в день).

- Профилактика аспирации: подбор консистенции пищи с помощью загустителей, предотвращение гастро-эзофагеального рефлюкса, повышение рН желудочного сока (применение ингибиторов протонной помпы, H₂-гистаминоблокаторов), при нарушении защитных рефлексов и откашливания – ранняя трахеостомия с использованием канюли с герметизирующей манжетой, раннее выполнение перкутанной эндоскопической гастростомии для энтерального питания.

- Пероральное кормление не следует начинать, пока не восстановились глоточный и кашлевой рефлекс.

- Поза, удобная для легочного дренирования и уменьшающая вероятность аспирации, при респираторной недостаточности можно укладывать пациента на живот на 8-12 часов.

Инфекции мочевыводящих путей:

- Использование длительной катетеризации мочевого пузыря по сравнению с пеленками и подгузниками связано с высоким уровнем инфекционных осложнений, важно их правильное применение, так как есть риск мацерации и повреждения кожных покровов.

- Достаточное питание.
- Поддержание водно-электролитного баланса, избегать дегидратации.
- Своевременная диагностика мочевых камней.
- Правильное положение тела.

Тромбоз глубоких вен

Методы профилактики включают раннюю мобилизацию и компрессионные чулки (подбираются индивидуально, должны обеспечивать градиент давления 10-14 мм рт. ст.). Поскольку есть основания считать приподнимание ног на 10-15° столь же эффективным вмешательством, как и компрессионные чулки, мы широко используем данное профилактическое мероприятие. Согласно последней (2004) редакции Руководства по антитромботической и тромболитической терапии при инсульте, всем иммобилизированным больным рекомендуется назначение профилактических доз антикоагулянтов. С этой целью могут применяться низкомолекулярные гепарины (Фраксипарин 0,3-0,6 мл 2 р/сут п/к или Эноксапарин 40 мг/сут п/к) или нефракционированный гепарин (2500-5000 ЕД п/к 3-4 р/сут под контролем активированного частичного тромбопластического времени (АЧТВ) на уровне 1,25 верхней границы нормы), или гепариноиды [10].

Периартикулярное окостенение (гетеротопическая оссификация):

- Если заподозрена гетеротопическая оссификация (снижение подвижности, отек вокруг сустава с эритемой или без нее, локальное уплотнение при пальпации), необходимо рентгенологическое исследование.

Методы лечения:

- Пассивные движения.
- Хирургическое вмешательство.
- Хериооперативная радиотерапия.

Уход за кожей:

- Оптимальное питание.
- Поддержание тургора, чистоты, влажности кожи (крайне нежелательна обработка спиртосодержащими жидкостями без последующего увлажнения).
- Лечение анемии, истощения, мальнутриции.

- Контроль позы и позиций.
- Регулярная смена постельного белья.
- Оснащение соответствующими средствами профилактики (кровать, матрасы, кресла).

Коррекция вегетативных расстройств (тахикардия, гипертермия, гипертензия, постуральная гипотензия, тахипное, нарушения перистальтики, изменения кожи):

- Лечение инфекций.
- Гипертермия центрального генеза отмечается преимущественно днем, характеризуется отсутствием потения, резистентностью к антипиретикам и хорошим ответом на внешнее охлаждение.
- В остром периоде для коррекции вегетативных нарушений можно применять: α - и β -адреноблокаторы, антиконвульсанты, бензодиазепины, агонисты допамина, опиаты, тиопентал натрия.

Питание

- В начальной фазе повреждения мозга часто отмечается гиперкатаболическое состояние, при этом иногда тяжело приостановить потерю массы тела, ведущее к хроническому истощению и дистрофии; даже высококалорийная диета может не привести к немедленной прибавке в весе после длительного недоедания, что объясняется вторичными нарушениями всасывания.

- Предпочтение отдается кормлению через тонкую перкутанную гастростому, поскольку назогастральный зонд при длительном использовании повышает риск аспирации, рефлюкса, синуситов и изъязвлений слизистой оболочки.

- Важен периодический мониторинг веса пациента, оценка нутритивного статуса.

- Питание рассчитывать адекватное поступление калорий и протеинов (калорийность 35 ккал/кг/сут, белки 1,2-1,5 г/кг/сут), обязательное включение витаминов, микроэлементов, ненасыщенных жирных кислот.

- Заменить болюсное введение, повышающее риск аспирации, на постоянное (в т.ч. ночное) или комбинированное питание, особенно если пациент не получал его несколько суток.

- Уделять внимание позе больного во время кормления (подъем туловища на 45-60°).

- При нарушениях моторики могут назначаться короткие курсы метоклопрамида, домперидона, при дисбактериозе – пребиотики и препараты, восстанавливающие нормальную флору.

Искусственное питание больного в отделении интенсивной терапии при ВС. Постоянную инфузию начинают со скоростью 40 мл/ч, затем повышают до 70-80 мл/ч. Болюсное введение начинают с 50-100 мл 6-8 р/сут, затем добавляют ежедневно по 50-100 мл на введение и доводят до 250-300 мл 6-8 р/сут.

Запоры

- Опорожнение кишечника контролируется характером питания, использованием ректальных свечей и приемом пероральных слабительных 2-3 раза в неделю (предпочтительны препараты на растительной основе, лактулоза).
- Достаточное содержание клетчатки и жидкости улучшает функцию кишечника.
- При неэффективности других мероприятий могут применяться ручное удаление каловых масс, клизмы, цисаприд по крогол и др.

Диарея

- Избегать гиперосмолярной пищи.
- Включать в рацион «живые» йогурты и биокефиры для нормализации флоры.
- Периодически проверять, нет ли застоя в желудке и/или кишечнике.

5. Организация медицинской помощи

Программа государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи определяет виды и объемы медицинской помощи, предоставляемой бесплатно, условия и порядок оказания бесплатной медицинской помощи, перечень классов болезней, травм, отравлений и отдельных состояний, при которых медицинская помощь предоставляется бесплатно, перечень заболеваний, позволяющих прямое обращение пациента к профильному врачу-специалисту.

В рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи, бесплатно предоставляются:

- а) первичная медико-санитарная помощь;
- б) скорая медицинская помощь;
- в) специализированная медицинская помощь.

В целях соблюдения этапов оказания медицинской помощи и оказания медицинской

помощи в рамках реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи лечебно-профилактические учреждения распределяются по трем уровням.

1. Лечебно-профилактические учреждения первого уровня преимущественно осуществляют комплекс мероприятий, включающий первичную профилактику, раннюю, наиболее распространенную и минимально затратную диагностику, лечение заболеваний и состояний без использования сложных и ресурсоемких методов, медицинскую реабилитацию, наблюдение за течением беременности, формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

2. Лечебно-профилактические учреждения второго уровня преимущественно осуществляют комплекс мероприятий, включающий специальную диагностику и лечение заболеваний и состояний с использованием распространенных и отдельных сложных ресурсоемких, но не относящихся к высокотехнологичным видам, методик, а также медицинскую реабилитацию.

3. Лечебно-профилактические учреждения третьего уровня применяют для диагностики и лечения уникальные сложные и ресурсоемкие методы с научно доказанной эффективностью, относящиеся к высокотехнологичным видам медицинской помощи.

Трехуровневая система организации оказания медицинской помощи интегрирована в существующую систему здравоохранения с сохранением классификации по видам, условиям и форме оказания медицинской помощи, обеспечивая возможность соблюдения порядков оказания медицинской помощи, сохранение преемственности и этапности лечебных мероприятий, дальнейшую разработку схемы маршрутизации пациентов при различных заболеваниях и состояниях.

При поступлении пациента в вегетативном состоянии показано проведение неотложных реанимационных мероприятий и срочная госпитализация в отделение анестезиологии и реанимации. В отделении анестезиологии и реанимации пациентам в вегетативном состоянии по показаниям осуществляется проведение комплекса неотложных мероприятий и интенсивной терапии.

После появления реакции пробуждения и формирования вегетативного состояния пациент может быть переведен в отделение восстановительного лечения при соблюдении следующих условий:

- стабильность вегетативных показателей (отсутствие вегетативных кризов с тахикардией, гипергидрозом, повышением мышечного тонуса);
- отсутствие сочетания системного воспалительного ответа и воспалительных очагов в легких;

- отсутствие электролитных нарушений (гипер или гипонатриемии, гипокалиемии);
Наличие трахеостомы*, назогастрального зонда, гастростомы не являются факторами, препятствующими для перевода в отделение восстановительного лечения.

На этапе, когда уровень сознания пациента соответствует критериям ВС, удаление трахеостомы может производиться при следующих обстоятельствах:

1. наличие отчетливого спонтанного кашлевого рефлекса;
2. частичное восстановление акта глотания, когда возможно введение через рот более чем $\frac{1}{2}$ объема вводимой за сутки пищи;
3. при клиническом и рентгенологическом исследовании (более эффективно СКТ легких) признаков пневмонии не выявляется;
4. желательна постановка гастростомы до удаления трахеостомы, так как желудочный зонд способствует возникновению желудочно-кишечного рефлюкса и аспирации.

При выписке из стационара пациентов в выписном эпикризе отражаются рекомендации по продолжению лечения и реабилитации на реабилитационном и на амбулаторно-поликлиническом этапах.

** Не стоит "торопиться" с удалением трахеостомической канюли у пациентов в ВС.*

6.Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания.

Некоторые пациенты самопроизвольно выходят из вегетативного состояния. Вероятность выздоровления зависит от причины и степени повреждения головного мозга, а также возраста пациента с учетом следующих факторов:

- Некоторое выздоровление более вероятно, если причиной является травма головы, обратимое метаболическое нарушение (например, низкий уровень сахара) или передозировка лекарственного препарата, а не крупный инсульт или остановка сердца.
- У молодых людей мышечная функция может восстанавливаться в большей степени, чем у пожилых, но разница в степени восстановлении психической функции, поведения и речи не столь значительна.
- Если вегетативное состояние продолжается дольше нескольких месяцев, в сознание пациент, вероятнее всего, не вернется. Если пациент все-таки восстанавливается, вероятнее всего, у пациента разовьется тяжелая инвалидность.

Если вегетативное состояние не вызвано травмой головы, то по происшествии 1 месяца выздоровление маловероятно. Если вегетативное состояние возникло вследствие травмы головы, то по происшествии 12 месяцев выздоровление маловероятно. Однако состояние некоторых пациентов улучшается через несколько месяцев или лет. В редких случаях улучшение возникает позже. Через 5 лет примерно у 3 % пациентов

восстанавливается способность общения и понимания, но только некоторые могут вести самостоятельный образ жизни, и никто не способен функционировать нормально.

Большинство пациентов, остающихся в вегетативном состоянии, умирают в течение 6 месяцев после первичного поражения головного мозга. Некоторые выживают в течение примерно от 2 до 5 лет. Причиной смерти зачастую является инфекция дыхательных или мочевыводящих путей или тяжелая дисфункция (недостаточность) нескольких органов. Но смерть может наступить внезапно, а причина может быть неустановленной. Некоторые люди живут в течение нескольких лет.

Существуют свидетельства о случаях, когда к людям, проведшим годы в состоянии, похожем на вегетативное состояние или кому, возвращалась какая-то часть сознания. В этих сообщениях обычно говорится о пациентах с апаллическим синдромом после травмы головы. Вероятность выздоровления больного с апаллическим синдромом непредсказуема, но лучше, чем у пациентов в вегетативном состоянии.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерий качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Выполнен осмотр врачом-нейрохирургом и/или врачом-неврологом при поступлении	1b	A
2.	Выполнена оценка состояния по шкале Глазго	1b	A
3.	Выполнена интубация трахеи и искусственная вентиляция легких (при состоянии по шкале Глазго 9 баллов и ниже)	1b	A
4.	Выполнен нейромониторинг, мониторинг дыхания, кровообращения, оксигенации крови (при состоянии по шкале Глазго 8 баллов и ниже)	1b	A
5.	Выполнена компьютерная томография головного мозга не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	1b	A

7.	Отсутствие пролежней	3а	В
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений	3а	В
6	Рекомендуется проведение неоднократных курсов реабилитации с использованием физических факторов, в том числе кинезотерапии	1	С
7	Рекомендуется использование мультидисциплинарного подхода с участием невролога, офтальмолога, психолога, диетолога	1	С

Список литературы

1. Кондратьева Е.А., Авдюнина И.А., Кондратьев А.Н., Улитин А.К), Иванова Н.Е., Петрова М.В., Лугинна Е.В., Гречко А.В. Определение признаков сознания и прогнозирования исхода у пациентов в вегетативном состоянии Вестник РАМН. 2016;71(4):273-280.
2. Вегетативное состояние / Под ред. Е.А. Кондратьева, И.В. Яковенко. - М.: Медицина, 2014. - 361 с.
3. Фуфаева Е.В. Применение фМРТ у детей в сниженных состояниях сознания после повреждения головного мозга / *Нейрореабилитация: Сборник материалов конгресса.* - М.; 2016.
4. Giacino JT, Katz DI, Schiff ND и др. Краткое изложение рекомендаций по обновлению практических рекомендаций: Расстройства сознания: отчет Подкомитета по разработке, распространению и внедрению рекомендаций Американской академии неврологии; Американского конгресса по реабилитационной медицине; и Национального института исследований инвалидности, независимой жизни и реабилитации. Неврология 2018;91:450–460.
5. Кондратьев А.Н., Кондратьева Е.А. Возможности кортексина в интенсивной терапии пациентов в вегетативном состоянии // TERRA Medica – Кортексин , 2004. № 1, с 19-20.

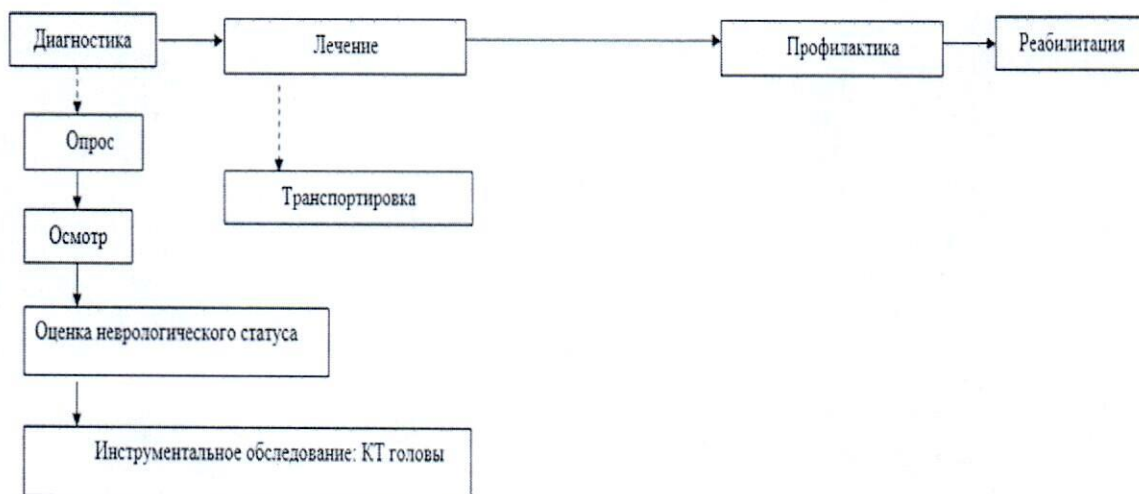
Состав рабочей группы

1. Ница В.Ф., врач-невролог высшей квалификационной категории ГУ «Григориопольская центральная районная больница».
2. Нагачевская А. И., врач высшей квалификационной категории ГУ «РГИВОВ».
3. Блонская А.А., врач – реаниматолог ГУ «РКБ».

У членов экспертной группы конфликт интересов отсутствует.

Алгоритмы действий врача

Приложение Б1. Алгоритм ведения пациента.



Информация для пациента

После выписки из стационара пациент проходит длительный реабилитационный путь, при этом далеко не все неврологические и психические симптомы у него со временем исчезают, многие остаются навсегда.

При выходе из вегетативного состояния, к сожалению, у многих пациентов происходит длительная утрата трудоспособности, велика вероятность инвалидизации. В таких случаях очень важно своевременное и всестороннее медикаментозное лечение, а также неукоснительное соблюдение реабилитационных мероприятий по указанию лечащего врача. Только в этом случае пациент может рассчитывать на минимальную потерю трудоспособности и минимальную группу инвалидности. В общем комплексе реабилитационных мероприятий важное значение уделяют лечебной физкультуре (ЛФК) и массажу.

В первую очередь пациенту и его родственникам следует помнить, что процесс реабилитации после выхода из вегетативного состояния – комплексный и длительный. Очень важно для больного создать позитивную психологическую обстановку. Для этого одному из родственников рекомендуется взять длительный отпуск, чтобы всегда быть рядом и осуществлять уход.

При внезапном возникновении прежней симптоматики или появлении новых патологий, связанных с деятельностью мозга, следует немедленно обращаться к неврологу.

Шкалы оценки, опросники и так далее, приведенные в тексте
клинических рекомендаций

Шкала ком Глазго

Glasgow Coma Scale (Teasdale G.M., Jennett B., 1974)

Признак	Баллы
1. Открывание глаз:	
спонтанное	4
на вербальную стимуляцию	3
на боль	2
нет реакции	1
2. Вербальная реакция:	
соответствующая	5
спутанная	4
бессвязные слова	3
нечленораздельные звуки	2
нет реакции	1
3. Двигательная реакция:	
выполняет словесные команды	6
локализует боль	5
реакция одергивания в ответ на боль	4
сгибание верхних конечностей в ответ на боль (поза декорткации)	3
разгибание верхних конечностей в ответ на боль	2
нет реакции	1

Интерпретация полученных результатов

- 15 баллов – сознание ясное
- 10-14 баллов – умеренное и глубокое оглушение
- 8-10 баллов – сопор
- 6-7 баллов – умеренная кома
- 4-5 баллов – терминальная кома
- 3 балла – гибель коры головного мозга

Несмотря на мировое признание и прогностическую пользу, ШКГ имеет несколько важных ограничений:

1. Шкала не подходит для начальной оценки больных с тяжелой травмой головы. Это связано с тем, что персонал СМП должен интубировать, седировать или миорелаксировать этих пациентов перед транспортировкой в стационар. В итоге невозможно оценить ШКГ почти у 50% пациентов с травмой мозга, находящиеся в коме.

2. У больных с тяжелой травмой головы часто приходится использовать седативные, наркотические средства и миорелаксанты для контроля за повышением ВЧД. Тем самым, затруднительно ежедневно точно определить балльную оценку по ШКГ для этих больных пока они в отделении интенсивной терапии.

3. Перiorбитальная опухоль, гипотензия, гипоксия и интубация могут быть связаны с искажением оценки по шкале.

Рекомендации для решения этих проблем:

1. Определить баллы по ШКГ в течение 1-2 часов после травмы.

2. Не определять до стабилизации гипотензии или гипоксии.

3. Использовать реакции со стороны глаз – 1 балл у пациентов с тяжелой перiorбитальной опухолью.

4. Четко придерживаться указаний, изложенных в оригинале ШКГ.

5. Отложить оценку по шкале на 10 – 20 минут до установления периода полураспада лекарств, которые привели к седации или параличу.

6. Записать баллы ШКГ (15), если нет предшествующего определения и седативные и миоплегические средства не могут быть снижены.

Корреляция исходов с оценкой по шкале ком Глазго

Наивысшие оценки, в течение первых 24 ч после церебрального повреждения	Хорошее восстановление или незначительный психоневрологический дефицит	Вегетативное состояние или смерть
3-4	7%	87%
5-7	34%	53%
8-10	68%	27%
11-15	82%	12%

Расширенная шкала исходов Глазго

Балл	Исход
1	Смерть
2	Вегетативное состояние (сохранён режим сна и бодрствования, гемодинамика и дыхание стабильные, контакт невозможен, отсутствуют произвольные движения, зондовое питание)
3	Нейромышечная несостоятельность: пациент в сознании, однако тяжёлая неврологическая симптоматика вынуждает продолжать лечение в отделении реанимации
4	Тяжелая несостоятельность: имеется грубый неврологический дефект, из-за которого пациенту необходим посторонний уход
5	Умеренная несамостоятельность: психический статус в пределах нормы. При этом пациент не в состоянии выполнять ряд необходимых действий. Нуждается в амбулаторном наблюдении
6	Лёгкая несамостоятельность: психический статус в пределах нормы. Больной сам себя обслуживает, может ходить сам или с посторонней поддержкой. Нуждается в специальном трудоустройстве
7	Хорошее восстановление: пациент постепенно возвращается к прежней жизни. Имеются незначительные неврологические нарушения. Передвигается самостоятельно
8	Полное восстановление

Шкала оценки восстановления после комы

(Джозеф Т. Джиацино, Кэтлин Калмар)

ФИО пациента:					Диагноз:					Этиология:							
Дата начала болезни:					Дата госпитализации												
Число																	
Неделя	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Оценка слуховой функции																	
4 – уверенное выполнение задания																	
3 – повторное выполнение задания																	
2 – определение источника звука																	
1 – слуховой стартл – рефлекс																	
0 – без ответа																	
Оценка зрительной функции																	
5 – распознавание предмета																	
4 – местонахождение предмета: поиск																	
3 – визуальное отслеживание																	
2 – фиксация взгляда																	
1 – зрительный стартл- рефлекс																	
0 – без ответа																	
Оценка моторных функций																	
6 – использование функциональных предметов																	
5 – спонтанная двигательная реакция																	
4 – манипуляция предметами																	
3 – локализация болевого стимула																	
2 – сгибательный рефлекс																	
1 – патологическая поза																	
0 – нет/низкий мышечный тонус																	
Оценка оромоторных/вербальных функций																	
3 – четкая речь																	
2 – звуки/движение рта																	
1 – рефлекторное движение рта																	
0 – нет ответа																	
Оценка коммуникативных способностей																	
2 – функциональные: четкие																	
1 – нефункциональные: неадекватные																	
0 – нет ответа																	
Оценка реакции Пробуждения																	
3 – внимание																	
2 – глаза открыты без стимуляции																	
1 – глаза открыты в ответ на стимуляцию																	
0 – не просыпается																	
Итого																	

Оценка функций ствола головного мозга

Пациент	Дата								
Реакция зрачка на свет	Зрачки реагируют на свет								
	Зрачки одинаковые								
	Зрачки сужены								
	Зрачки расширены								
	Зрачки точечные								
	Аккомодация								
Корнеальный рефлекс	Отсутствует								
	Односторонний								
	Двусторонний								
Спонтанное движение глаз	Нет								
	Несодружественная девиация (с косоглазием)								
	Содружественная девиация								
	Блуждающий взгляд								
	Движение глаз в полном объеме во все стороны								
Окулоцефалический рефлекс – симптом «кукольных глаз»	Нет								
	Атипичный								
	Полный								
	Нормальный								
Постуральные рефлексы (оценка функции конечностей)	Патологический разгибательный рефлекс (децеребрационная ригидность)								
	Патологический сгибательный рефлекс (декортикационная ригидность)								

Оценка слуха

Баллы	Пункт	Метод	Ответная реакция
4	Уверенное выполнение команды	1. Оцените частоту спонтанных движений за 1 мин. *(См. Базовые наблюдения и протокол выполнения заданий)	Отчетливо различимые и точные ответы в течение 10 с в 4-х попытках
		2. Выберите одну объектную и одну не объектную команду из протокола заданий. Тип выбранного задания (глаза, конечности, рот) должен основываться на физических возможностях пациента и проводиться размеренно. Если позволяет время, можно использовать несколько типов заданий из каждой категории. Задания необходимо повторять каждые 10 с	Этот пункт зачитывается, только если все 4 попытки для 2 различных заданий успешно пройдены
		А. Задание для оценки слежения глазами за объектами. Покажите два известных бытовых предмета одновременно на расстоянии около 40 см в поле зрения пациента. Попросите пациента посмотреть на предмет (например, «Посмотрите на часы»). Затем поменяйте предметы местами, и снова попросите пациента посмотреть на тот же предмет (например, «Посмотрите на часы...»). Проведите две дополнительные проверки, используя те же предметы, и повторите вышеуказанную процедуру, но с инструкцией посмотреть на другой предмет в обоих случаях. В итоге необходимо провести 4 проверки: по две на предмет	
		Б. Задание для оценки направленной произвольной двигательной активности. Покажите два известных бытовых предмета одновременно (на расстоянии около 40 см от глаз) и попросите пациента дотронуться рукой/ногой до упомянутого предмета. Затем поменяйте местами предметы, и попросите пациента дотронуться до того же предмета. Теперь проведите две дополнительные проверки, используя те же предметы, но с просьбой дотронуться до другого предмета в обоих случаях. В итоге необходимо провести 4 проверки: по две на предмет	
		В. Задания без предметов. Выберите минимум 1 задание для глаз, конечностей или рта/голоса и проведите 4 проверки с интервалом 15 с. Для всех 4 проверок необходимо использовать одну и ту же команду. Движения, возникающие между	

		попытками (например, когда истекает время для ответа), отмечаются, но не учитываются при подсчете баллов	
3	Повторное выполнение команды	То же	3 ясно различимых ответа из 4 попыток с любым предметом или на задание без предмета
2	Определение источника звука	Встаньте за спиной пациента, используйте слуховые раздражители (шум, речь) с правой стороны в течение 5 с. Затем сделайте то же самое с левой стороны. Повторите в общей сложности 4 раза по две попытки с каждой стороны	Поворот головы и/или глаз к источнику звука в обеих попытках. Данный пункт засчитывается, если есть четкое доказательство движения головы и/или глаз. (не зависит от градуса или продолжительности движения)
1	Слуховой стартовый рефлекс	Громкий шум над головой пациента вне поля зрения. Повторите 4 раза.	Появление трепетания век или мигания немедленно после стимуляции, по крайней мере, в двух случаях
0	Нет ответа	То же самое	Нет ответа на все попытки

Протокол базового обследования и выполнения заданий

Задание	Попытка 1	Попытка 2	Попытка 3	Попытка 4
Время – за 1 мин				
1) Задание с предметами				
а) Задание на движение глаз				
Посмотрите на (предмет №1)				
Посмотрите на (предмет №2)				
б) Задание на движение конечностей				
Возьмите (предмет №1)				
Возьмите (предмет №2)				
Толкните (предмет №1)				
Толкните (предмет №2)				
2) Задания без предметов				
а) Задание на движение глаз				
Посмотрите в сторону				
Посмотрите вверх (на потолок)				
Посмотрите вниз (на пол)				
б) Задание на движение конечностей				
Дотроньтесь до моей руки				
Дотроньтесь до своего носа				
Пошевелите (предмет/часть тела)				
с) Задания на движения рта/речь				
Высуньте язык				
Откройте рот				
Закройте рот				
Скажите «а»				
Самостоятельное открытие глаз	Да:		Нет:	
Самостоятельное слежение глазами	Да:		Нет:	
Поза отдыха				
положение правой руки				
положение левой руки				
положение левой ноги				
положение правой ноги				

Оценка зрения

Баллы	Пункт	Метод	Ответная реакция
5	Распознавание предмета	Повторение задания 2 а, б	3-4 четко различимых ответа за 4 попытки.
4	Местонахождение предмета: поиск	<p>1. Выявление направления движения руки или ноги при выполнении движений</p> <p>2. Для оценки движения рук возьмите общеизвестные предметы обихода (например, расческа, зубная щетка и т.д.). Для оценки движения ног, возьмите мяч, который можно толкнуть</p> <p>3. Расположите предмет примерно в 20 см от левой или правой конечности, находящихся в покое. Предмет должен быть в поле зрения пациента. Пациенту предлагают «Дотроньтесь до ...» соответствующей рукой и ногой</p> <p>4. Задание может повторяться 1 раз за заданный интервал. Не используйте тактильных стимулов, так как они могут вызывать случайные движения конечностями</p> <p>5. Показывайте предмет дважды с левой стороны от конечности, дважды с правой в произвольном порядке 4 раза</p>	<p>Оценивайте направление, в котором конечность двигается в начале 10-й секунды. Конечность не должна вступать в контакт с предметом, только двигаться по направлению к нему;</p> <p>Движение в правильном направлении должно быть в 3 случаях из 4.</p>
3	Слежение глазами за перемещающимся предметом	<p>Держите карманное зеркальце на расстоянии 15-20 см прямо перед пациентом и попросите его сфокусироваться на зеркале</p> <p>Медленно перемещайте зеркало на 45 градусов вправо-влево по вертикали, и на 45 градусов вверх-вниз по горизонтали</p> <p>Повторите вышеуказанную процедуру по два раза в каждой плоскости</p>	<p>Глаза должны следить за зеркалом на 45 градусов без потери фиксации взора в двух случаях в каждом направлении</p> <p>Если указанные критерии не были выполнены, повторите процедуру для одного глаза (используя повязку для глаз)</p>
2	Фиксация взора	Держите ярко раскрашенный или блестящий предмет на расстоянии 15-20 см перед лицом пациента, затем быстро перемещайте вверх, вниз, вправо и влево в поле зрения 4 раза	Глаза перемещаются относительно начальной точки фиксации и фокусируются на новой цели более 2 с. Требуется как минимум 2 эпизода фиксации.
1	Зрительный стартовый рефлекс	Представьте визуальную угрозу, проводя пальцем на расстоянии 2,5-3 см от лица пациента. Осторожно, не дотрагивайтесь до ресниц и не создавайте эффект дуновения (при необходимости откройте глаза руками)	Трепетание век или мигание по крайней мере в двух попытках для любого глаза
0	Нет ответа	Смотрите выше	Нет ответа ни на одно задание выше

Оценка моторных функций

Баллы	Пункт	Метод	Ответная реакция
6	Использование предметов	<p>Выберите два общеизвестных предмета (например, расческа, чашка). Поместите один из них в руку пациента и попросите пациента: «Покажите мне, как пользоваться». Затем положите второй предмет и повторите задание</p> <p>Повторите описанную процедуру, используя те же предметы, по 2 попытки на каждый предмет</p>	<p>Выполненные движения обычно оцениваются по распознаванию пациентом назначения предметов (например, расческа кладется на голову или около, чашка подносится ко рту) в 4 случаях</p> <p>Если пациент не может удержать предмет из-за полинейропатии, это надо указать в анкете, но не учитывать при подсчете</p>
5	Спонтанная двигательная реакция	<p>Фиксируйте спонтанные двигательные реакции, которые возникают самопроизвольно во время обследования: почесывание носа, хватание за поручень кровати</p>	<p>Необходимо зафиксировать как минимум 2 эпизода, необходимо удостовериться, что это не рефлекторные реакции (хватательный рефлекс и т.д.)</p>
		<p>Если самопроизвольные спонтанные двигательные реакции не прослеживаются, покажите знакомый жест (например «волна»), попросите пациента :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) «Покажите мне, как двигается волна» (демонстрируете жест) 2) «Я еще раз покажу, как двигается волна. Не двигайтесь. Просто оставайтесь неподвижным» 3) «Покажите мне, как двигается волна» (демонстрируете жест) 4) «Я еще раз покажу, как двигается волна. Не двигайтесь. Просто оставайтесь неподвижным» 	<p>Пациент показывает жест (например, волну) в 2 и 4 случае (в отличие от 1 и 3 варианта)</p>
		<p>Для пациентов с ограниченной возможностью двигать руками и ногами (контрактуры, полинейропатия) можно использовать предметы, ассоциирующиеся с оромоторной активностью (например, ложку). Держите ложку перед ртом пациента, но не касаясь его. Предложите следующие альтернативные задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) «Покажите мне, как пользоваться ...» 2) «Я покажу вам снова ... не шевелитесь. Оставайтесь без движения» 3) «Покажите мне, как пользоваться ...» 4) «Я покажу вам снова не шевелитесь. Оставайтесь без движения» 	<p>Пациент делает движения ртом (например, открывает рот в момент поднесения ложки ко рту) во 2 и 4 случае (в отличие от 1 и 3 варианта)</p>

4	Манипуляция предметами	Поместите мяч размером с бейсбольный на тыльную сторону руки пациента. Покатайте мяч по указательному и большому пальцам, не затрагивая внутреннюю сторону ладони пальцев. Перемещая мяч, скажите пациенту: «Возьмите мяч»	В 3 из 4 попыток необходимо, чтобы пациент: 1. Перевернул кисть и растопырил пальцы, когда предмет двигается по тыльной стороне ладони И 2. Схватил предмет и удерживал минимум 5 с. Не засчитывается хватательный рефлекс или удержание мяча за счет повышенного тонуса сгибателя пальцев.
	Локализация болевого стимула	Разогните по возможности руки и ноги пациента. Нажмите на палец конечности (лучше использовать конечности одной стороны тела) в течение минимум 5 сек. (например, сожмите палец руки или ноги между указательным и большим пальцами). Прodelайте 2 раза с каждой стороны, всего 4 раза.	Нестимулируемая конечность должна определить местоположение и коснуться до стимулируемой конечности в точки стимула минимум 2 раза из 4.
2	Сгибательный рефлекс	Разогните по возможности руки и ноги пациента. Сильно нажмите на ногти каждой конечности (например, надавите гранью карандаша на кутикулу). Прodelайте 1 раз для каждой конечности	Изолированный сгибательный рефлекс как минимум с одной конечности. Конечность должна отодвинуться от точки стимуляции. Если качество реакции сомнительно, попытку можно повторить
1	Патологическая поза	Изучите реакцию на боль	Медленное тоническое сгибание или вытягивание верхней и/или нижней конечности немедленно после воздействия
0	Нет/ пониженный тонус мышц	Изучите реакцию на боль	Нет видимого движения после болевого воздействия, на фоне повышенного или пониженного тонуса мышц

Оценка оро motorных/вербальных функций

Баллы	Пункт	Метод	Ответная реакция
3	Четкая речь	<p>1. Скажите пациенту «Я хочу услышать ваш голос». Далее должна последовать попытка напрямую вызвать речь, используя приведенные ниже примеры. Как минимум один пример необходимо выбрать – из «звукового набора» и один из «визуального набора».</p> <p>2. Максимум 3 попытки на каждый вопрос из «звукового и визуального набора». Вопросы должны следовать с 15 секундным интервалом.</p> <p>Звуковой набор:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) «Как ваше имя?» б) «Как вы себя чувствуете сегодня?» в) «Где вы живете?» <p>Визуальный набор:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) «Что это за предмет?» (Держите обычный предмет справа, затем слева в поле зрения пациента по 10 с) б) «Сколько пальцев я сейчас показываю?» (Держите 1 палец справа, затем слева в поле зрения пациента по 10 с) в) «Какая это часть моего тела?» (укажите на свой нос, находясь прямо перед пациентом) 	<p>Следующие критерии оценки должны быть выполнены:</p> <p>1. Каждая вербализация должна состоять из триады «согласный-гласный-согласный звук». Например, «ма» не учитывается, а «мам» - да. Удостоверьтесь, что в названии выбранного предмета есть такая последовательность.</p> <p>2. Два различных слова должен услышать врач, причем они должны быть произнесены достаточно внятно</p> <p>3. Написанные или показанные на алфавитной доске слова учитываются.</p> <p><i>Вербализация, возникшая спонтанно или в другое время обследования, удовлетворяющая данным критериям засчитывается как 3 балла.</i></p>
2	Звуки/движение рта	Исследуйте нерелекторные движения рта, спонтанную речь или речь во время проведения заданий на речевые ответы	<p>Минимум 1 эпизод нерелекторного движения рта и/или спонтанной речи или речи в ответ на сенсорное воздействие</p> <p><i>Зевание расценивается как рефлекторное движение рта</i></p>
1	Рефлекторное движение рта	Положите шпатель между губ и/или зубов пациента	Сжатие челюстей, сосательные движения языком или жевательные движения вслед за помещением шпателя в рот
0	Нет ответа	Смотри выше	Нет ответа

Оценка коммуникативных способностей

Баллы	Пункт	Метод	Ответная реакция
2	Функциональные: четкие	Задайте 6 вопросов на ситуационную ориентацию из «протокола оценки коммуникативных способностей». Врач должен использовать зрительный или слуховой набор или оба набора, если возможно.	Четко различимый и правильный ответ на 6 вопросов «визуальной или слуховой ориентации» из «протокола оценки коммуникативных способностей»
1	Нефункциональные: нечеткие	То же	Четко различимый коммуникативный ответ (например, кивок/покачивание головой, большой палец вверх) в течении 10 с как минимум на 2 из 6 вопросов (не зависимо от правильности)
0	Нет ответа	Смотри выше	Нет различимых вербальных и невербальных ответов в любое время

Протокол оценки коммуникативной способности

Ситуационное ориентирование						
Визуальное				Слуховое		
Я дотрагиваюсь до своего уха? (не трогайте ухо)				Я хлопаю в ладоши? (не хлопайте)		
Я дотрагиваюсь до своего носа? (трогаете нос)				Я хлопаю в ладоши? (хлопайте)		
Я дотрагиваюсь до своего носа? (трогаете нос)				Я хлопаю в ладоши? (хлопайте)		
Я дотрагиваюсь до своего уха? (не трогайте ухо)				Я хлопаю в ладоши? (не хлопайте)		
Я дотрагиваюсь до своего носа? (не трогайте нос)				Я хлопаю в ладоши? (хлопайте)		
Я дотрагиваюсь до своего уха? (трогаете ухо)				Я хлопаю в ладоши? (не хлопайте)		
			Дата			
Баллы						
... из 6	... из 6	... из 6		... из 6	... из 6	... из 6
			Дата			
Баллы						
... из 6	... из 6	... из 6		... из 6	... из 6	... из 6

Оценка состояния минимального сознания

Баллы	Пункт	Метод	Ответная реакция
3	Внимание	Исследуйте последовательность поведенческих реакций на вербальные задания или жесты	Не более трех эпизодов на протяжении всего исследования, когда пациент не может ответить на вербальное задание
2	Глаза открыты без стимуляции	Исследуйте статус век на протяжении всего обследования	Глаза остаются открытыми на протяжении всего обследования без надавливания, тактильного или болевого воздействия.
1	Глаза открыты после стимуляции	То же	Надавливание, тактильное или болевое воздействие необходимо применить минимум один раз во время обследования, чтобы пациент продержал глаза открытыми (время, в течение которого глаза остаются открытыми, может варьироваться и не учитываются по баллам)
0	Не просыпается	Смотри выше	Не отмечены открытые глаза вообще

Оценка ситуационного поведения (дополнительный пункт)

Баллы	Пункт	Метод	Ответная реакция
Не оценивается	Внимание	<p>1. Речь, жесты и эмоциональная реакция оцениваются на основании комбинации отчетов от семьи и мед. персонала. Необходимо задать семье и врачам вопросы по поводу любых речевых, двигательных или эмоциональных реакций (например, улыбка, смех, нахмуренные брови), возникших спонтанно, а не в ответ на какое-либо воздействие</p> <p>2. Если указанная реакция основана на отчете, медперсонал должен попытаться напрямую вызвать подобную реакцию с помощью того, кто эту реакцию наблюдал.</p> <p>3. Если эмоциональная реакция наблюдается во время обследования, врач должен попытаться вызвать такое же поведение, используя те же вызывающие раздражители, на которые была получена реакция. Примеры подходящих вызывающих раздражителей могут включать вербальные вопросы («Как ваше имя?»), движения конечностей (волна), мимика (высунуть язык) и изображения (фото семьи).</p> <p>4. Врач должен записать:</p> <p>а) Природу вызывающего раздражителя (например, Вербальная: «Вам грустно?» Движение конечностью: покачивание головой)</p> <p>б) Специфические характеристики поведенческой реакции (гримаса со слезами, улыбка, стоны)</p> <p>с) Количество проявлений реакции на вызывающий раздражитель за 10 секунд</p> <p>д) Количество раз, когда поведенческая реакция была спонтанна</p> <p>е) Временные рамки для пункта с и d должны быть определены и приблизительно одинаковы</p>	<p>Речевые, двигательные или эмоциональные реакции возникают значительно чаще в ответ на определенный вызывающий раздражитель, чем когда раздражитель отсутствует</p> <p>Случайная реакция не включает эпизоды, появляющиеся после болевого раздражителя</p>

Итоговая таблица динамики оценки восстановления после комы

Пациент:		Диагноз:							Этиология:							
Дата начала болезни:		Дата госпитализации:														
Дата		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Неделя	Осмотр на момент госпитализации															
Баллы																
23																
22																
21																
20																
19																
18																
17																
16																
15																
14																
13																
12																
11																
10																
9																
8																
7																
6																
5																
4																
3																
2																
1																
0																

Шкала Rancho Los Amigos для оценки уровня сознания

1 уровень – ответная реакция отсутствует, требует полного ухода медицинского персонала

- Полное отсутствие реакций в ответ на зрительные, тактильные, слуховые, проприоцептивные, вестибулярные и болевые раздражители.

2 уровень – недифференцированная ответная реакция, требует полного ухода со стороны медицинского персонала

- Генерализованная рефлекторная реакция в ответ на болевые раздражители
- Повышенная / пониженная двигательная реакция в ответ на слуховые раздражители
- Ответ на внешние стимулы может сопровождаться генерализованной двигательной реакцией и/ или вокализацией

- Вышеперечисленные ответные реакции могут быть одинаковыми и не зависеть от места и силы воздействующего раздражителя

- Вышеперечисленные ответные реакции могут быть значительно отсроченными по времени

3 уровень – локальный ответ, требует полного ухода со стороны медицинского персонала

- Отдергивание конечности и/или вокализация в ответ на болевой раздражитель
- Поворот к (от) звуковому сигналу
- Моргание в ответ на яркий свет
- Следит за движущимся перед глазами предметом
- Вследствие дискомфортных ощущений, пытается вырвать дренажи или фиксаторы
- Нечетко выполняет простые команды
- Ответная реакция соответствует виду внешнего раздражителя
- Может отвечать избранным людям (членам семьи, друзьям), но никому более

4 уровень – спутанное сознание, агитация; требует ухода медицинского персонала

- Возбужденное состояние с повышенной двигательной активностью
- Повторные попытки вырвать дренажи / катетеры или встать с постели
- Возможна самопроизвольная бесцельная двигательная активность (садится, встает с постели, ходит), команды не выполняет.

- Очень короткие периоды, как правило, бесцельной двигательной активности и рассеянного внимания

- Кратковременная память отсутствует

- Возможен плач / крик в ответ на раздражитель вне зависимости от его силы и даже после окончания его действия

- Возможно агрессивное / неадекватное поведение

- Эмоциональный фон может варьировать от эйфоричности до подавленности вне зависимости от внешних событий

- Отсутствие взаимодействия между пациентом и медицинского персоналом

- Вербализация зачастую не соответствует внешним событиям

5 уровень – спутанное сознание без ажитации, поведение не соответствует ситуации; требует ухода медицинского персонала

- В сознании, без ажитации, однако может периодически вставать и бесцельно ходить

- Может приходить в возбуждение при воздействии внешних стимулов

- Не ориентирован во времени, месте и собственной личности

- Частые короткие периоды отключения внимания

- Выраженное снижение памяти на текущие события, смешение событий прошлого и настоящего

- Отсутствуют навыки самоконтроля поведения, решения поставленных задач

- Зачастую не может использовать обыденные предметы по назначению без подсказки

- Может повторять выученные ранее задания поэтапно и с подсказками

- Не способен к восприятию новой информации

- Способен выполнять простые команды поэтапно и с подсказками

- Самостоятельное выполнение без подсказок простых команд происходит редко и не зависит от типа команды

- На короткие периоды времени способен к социальной активности с использованием подсказок

- Без подсказок описание текущих событий носит характер конфабуляций

6 уровень – спутанное сознание, поведение соответствует ситуации; требует значительной помощи медицинского персонала

- Частично ориентирован во времени, пространстве и собственной личности

- Способен выполнять хорошо знакомые простые задания со значительными подсказками в течение 30 мин при условии отсутствия отвлекающих моментов
- Память на отдаленные события более детальная, чем на текущие события
- Смутно узнает часть медицинского персонала
- Способен использовать ассоциативную память с условием значительных подсказок
- Не уверен в правильности своей ответной реакции. Нет уверенности в точности действий, направленных на удовлетворение собственных потребностей
- Требуется значительной помощи в случае возникновения препятствий в ходе выполнения знакомых заданий
- Требуется контроля за выполнением ранее изученных заданий
- Может выполнять простые задания по аналогии с ранее выученными (в частности, в сфере самообслуживания)
- Требуется значительной помощи при выполнении новых заданий; не способен/ мало способен к их выполнению по аналогии
- Не имеет знаний о возможности травмирующих ситуаций, собственной безопасности
- Последовательно выполняет простые инструкции
- Словесные изречения логичны при условии нахождения в очень привычной обстановке и простой ситуации

Уровень 7 – способен к машинальному выполнению заданий; поведение соответствует ситуации; мало нуждается в посторонней помощи при выполнении ежедневных навыков самообслуживания

- Ориентирован в собственной личности и знакомом для себя пространстве, требует значительной помощи для ориентации во времени
- Способен к выполнению простых заданий в течение 30 мин с минимальной сторонней помощью, при условии отсутствия отвлекающих моментов
- Нуждается в минимальном контроле при обучении новым навыкам
- Способен к выполнению новых заданий по аналогии
- Самостоятельно инициирует и последовательно выполняет простые знакомые задания по самообслуживанию и ведению домашних дел, однако сохраняет только поверхностную память о только что выполненном

- Способен следить за аккуратностью и последовательностью выполнения простых знакомых заданий по самообслуживанию и ведению домашних дел и усложнять их с минимальной помощью извне

- Поверхностно осведомлен о своем состоянии, но не знает о тех ограничениях, которые оно накладывает на ведение рутинных бытовых дел

- Требуется минимального контроля над безопасным выполнением рутинных бытовых дел

- Не способен реалистично планировать свое будущее

- Не способен оценить последствия предпринятого действия или принятого решения

- Переоценивает свои возможности

- Не в состоянии осознать потребности и чувства других людей

- Не способен к сотрудничеству

- Не способен распознать несоответствующее социальным нормам поведение

Уровень 8 – целеустремленное поведение, соответствующее ситуации; требует незначительной помощи

- Ориентирован в месте, времени и собственной личности

- Способен самостоятельно начать и закончить простое задание в течение одного часа при условии отсутствия отвлекающих моментов

- Способен вспомнить прошедшие события и связать их с настоящим

- Использует вспомогательные ассоциативные приемы для запоминания текущих бытовых дел, составляет список текущих дел и записывает важную информацию для оценки ее в последующем с использованием сторонней помощи

- Самостоятельно инициирует и последовательно выполняет простые знакомые задания по самообслуживанию и ведению домашних дел, способен самостоятельно изменить рутинный план действий при необходимости; требует незначительной сторонней помощи

- После обучения не требует сторонней помощи в выполнении навыка

- Осведомлен об ограничении своих возможностей и способен при необходимости скорректировать выполнение задания с учетом этого; требует незначительной сторонней помощи

- При незначительных подсказках способен осознать последствия своих действий и принятых решений

- Переоценивает / недооценивает свои возможности

- Осознает потребности и чувства других людей с незначительной сторонней помощью

- Депрессивен
- Раздражителен
- Легко приходит в состояние агрессии
- Стремится спорить
- Эгоцентричен
- Способен распознать несоответствующее социальным нормам поведение и принять необходимые меры с использованием незначительной сторонней помощи

Уровень 9 – целеустремленное поведение, соответствующее ситуации; требует незначительной помощи

- Независимо выполняет и самостоятельно чередует ряд заданий в течение как минимум 2 часов без перерыва

- Использует для запоминания вспомогательные ассоциативные приемы: список текущих дел, записывает важную информацию для оценки ее в последующем

- Самостоятельно инициирует и последовательно выполняет простые знакомые задания по самообслуживанию и ведению домашних дел, способен самостоятельно изменить рутинный план действий при необходимости; требует незначительной сторонней помощи при выполнении заданий в новой для себя обстановке

- Осведомлен об ограничении своих возможностей и способен при необходимости скорректировать выполнение задания с учетом этого, однако требует помощи при принятии решений для предотвращения проблемы

- Способен осознать последствия своих действий и принятых решений, требует незначительной помощи

- Четко осознает свои возможности, однако требует незначительной помощи для корректировки задания соответственно своим возможностям

- Осознает чувства и потребности других людей и реагирует на них адекватно с использованием незначительной сторонней помощи

- Может частично сохраняться депрессия
- Легко приходит в состояние раздражительности
- Способен самостоятельно соблюдать социальные нормы поведения

Уровень 10 – целеустремленное поведение, соответствующее ситуации; в значительной степени независим от помощи

- Способен выполнять несколько заданий одновременно в любой обстановке с короткими периодами отдыха
- Способен самостоятельно создавать и использовать ассоциативные приемы для запоминания
- Самостоятельно инициирует и последовательно выполняет знакомые и не известные ранее задания по самообслуживанию и ведению домашних дел, способен самостоятельно изменить рутинный план действий при необходимости; но на их выполнение может потребоваться больше времени, чем здоровому человеку
- Предвидит ограничение своих возможностей и при необходимости корректирует выполнение задания с учетом этого; но на его выполнение может потребоваться больше времени, чем для здорового человека
- Способен независимо осознать последствия своих действий и принятых решений, но может потребоваться больше времени для выбора верного для данной ситуации решения
- Четко осознает свои возможности и способен независимо корректировать выполнение заданий относительно этого
- Осознает чувства и потребности других людей и, не задумываясь, адекватно на них реагирует
- Периодически отмечаются периоды депрессии
- Повышенная раздражительность отмечается в условиях эмоционального стресса, болезни или чрезмерной усталости
- Выполнение социальных взаимодействий последовательное и адекватное

Рекомендации по вопросам нарушения сознания в популяции взрослого населения

Рекомендация 1	
Уровень В	Клиницисты должны направлять пациентов с нарушением сознания (НС), достигших медицинского стабильного состояния в учреждения с мультидисциплинарной реабилитационной командой, прошедшей соответствующее обучение, для оптимизации процесса диагностики, определения прогноза, и последующего ведения, включая медицинский мониторинг и реабилитацию.
Рекомендация 2а. Стандартизированное и специализированное поведенческое обследование	
Уровень В	Клиницисты должны использовать стандартизированные методы нейроповеденческой оценки, которые продемонстрировали эффективность и надежность (рекомендованные, например, Американским конгрессом реабилитационной медицины (ACRM) для повышения точности диагностики.
Рекомендация 2б. Серийность обследования	
Уровень В	Для снижения ошибок диагностики пациентов с длительным нарушением сознания (НС) после травмы мозга необходимо применить серийные стандартизированные нейроповеденческие методы обследования с интервалом, определяемым индивидуально с учетом клинической картины.
Рекомендация 2в и 2г. Обследование и усиление активации	
Уровень В	Клиницисты должны попытаться усилить степень бодрствования, прежде чем проводить оценку уровня сознания, если наблюдается или подозревается ее снижение. Перед установлением окончательного диагноза клиницисты должны выявлять и лечить состояния, которые могут мешать установке точного диагноза НС.
Рекомендация 2д и 2е. Использование мультимодального обследования	
Уровень С	В случае сохранения постоянной неопределенности в отношении наличия сознательного ответа, несмотря на серийные нейроповеденческие тесты, или выявления препятствий для обоснованной клинической диагностической оценки, врачи могут использовать мультимодальные методы оценки, включающие специализированные функциональные изображения (фМРТ) или электрофизиологические исследования, для оценки доказательств наличия сознания, не идентифицированного при нейроповеденческой оценке, которая может привести к включению в круг дифференциальной диагностики альтернативных диагнозов. Если при клиническом осмотре отсутствуют поведенческие свидетельства сознания, но функциональное нейровизуализация или электрофизиологическое тестирование предполагают возможность его сохранения, может проводиться более частое нейроповеденческое обследование для выявления новых признаков сознания и последующего принятия решений о снижении интенсивности реабилитационного лечения для лиц, которые получают активное реабилитационное лечение; продолжительность, в течение которой они выполняются, определяется соглашением между лечащим врачом и доверенным лицом пациента, учитывая отсутствие достаточной доказательной базы для ее определения.
Рекомендация 3	
Уровень А	Обсуждая прогноз с лицами, обеспечивающими уход за пациентами с НС в течение первых 28 дней после травмы, * клиницисты должны избегать утверждений, что у этих пациентов универсально плохой прогноз.
Рекомендация 4	

Уровень В	Клиницисты, осуществляющие лечение пациентов с длительным НС, должны проводить серии стандартизированных поведенческих обследований для выявления тренда в траектории выздоровления, важного этапа определения дальнейшего прогноза.
Рекомендация 5	
Уровень В	Клиницисты должны оценивать состояние пациента с посттравматическим вегетативным состоянием/апатическим синдромом по шкале оценки степени нарушения трудоспособности через 2–3 месяца после травмы для правильного прогнозирования восстановления сознания в период 12 месяцев.
	Пациентам с посттравматическим вегетативным состоянием/апатическим синдромом должно проводиться МРТ через 6–8 недель после травмы для выявления поражения мозолистого тела, травмы верхних отделов дорсолатерального ствола или лучистого венца для прогнозирования перехода такого пациента в персистирующее вегетативное состояние через 12 месяцев после травмы.
	Пациентам с посттравматическим вегетативным состоянием/апатическим синдромом должно проводиться однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) через 1–2 месяца после травмы для определения прогноза восстановления сознания в течение 12 месяцев и степени нетрудоспособности/восстановления.
Уровень С	Пациентам с посттравматическим вегетативным состоянием/апатическим синдромом можно определять наличие P300 через 2–3 месяца после травмы или оценивать реактивность ЭЭГ через 2–3 месяца после травмы для определения прогноза восстановления сознания в течение 12 месяцев.
	Пациентам с посттравматическим вегетативным состоянием/апатическим синдромом можно определять активацию высших центров ассоциативной слуховой коры в ответ на произнесения имени пациента знакомым голосом с помощью МРТ с использованием изображения, зависящего от уровня кислорода крови, через 1–60 месяцев после травмы для определения прогноза восстановления сознания в течение 12 месяцев (после исследования).
Рекомендация 6	
Уровень В	Клиницисты должны оценивать состояние пациента с нетравматическим постаноксическим вегетативным состоянием/апатическим синдромом по шкале восстановления после комы для определения прогноза восстановления сознания через 24 месяца.
Уровень С	Для комплексной оценки прогноза восстановления сознания у пациента с нетравматическим постаноксическим вегетативным состоянием/апатическим синдромом могут применяться соматосенсорные вызванные потенциалы.
Рекомендация 7	
Уровень В	Учитывая частоту восстановления сознания через 3 месяца у пациентов с нетравматическим вегетативным состоянием/апатическим синдромом и через 12 месяцев у пациентов с посттравматическим вегетативным состоянием/апатическим синдромом (включая случаи состояния минимального сознания) предлагается отказаться от использования термина «персистирующее вегетативное состояние». После этих временных рамок следует применять термин «хроническое вегетативное состояние/апатический синдром», сопровождающийся указанием длительности данного состояния.
Рекомендация 8	
Уровень В	Клиницистам следует рассказывать семьям пациентов, что диагноз состояния минимального сознания в течение пяти месяцев после травмы и травматической этиологии связан с более благоприятными исходами, а вегетативное состояние/апатический синдром и НС нетравматической

	этиологии - с худшими исходами, но индивидуальные результаты различаются, и прогноз не всегда плохой.
Рекомендация 9	
Уровень А	При установлении прогноза у пациента с пролонгированным НС, который указывает на вероятность тяжелой длительной инвалидности, врачи должны посоветовать членам семьи обратиться за помощью для установлении целей оказания медицинской помощи и заполнения специфических для штата форм относительно принятия медицинских решений (например, формы для поддержания жизнедеятельности [MOLST] (если они еще не заполнены), заявления на получение пособий по инвалидности и начала формирования совместно с лицом, осуществляющим уход, плана долгосрочного ухода.
Рекомендация 10	
Уровень В	Когда пациенты входят в хроническую фазу вегетативного состояния/апатического синдрома (то есть через три месяца после нетравматического и через 12 месяцев после травматического), для семьи пациента должно быть предоставлено прогностическое консультирование, которое подчеркивает вероятность постоянной тяжелой инвалидности и необходимость долгосрочной вспомогательной помощи.
Рекомендация 11	
Уровень А	Клиницисты должны выявлять предпочтения пациента и его семьи на ранних этапах и на протяжении всего периода оказания медицинской помощи, чтобы помочь в процессе принятия решений относительно пациентов с длительным НС.
Рекомендация 12	
Уровень В	Клиницисты должны помнить и своевременно выявлять медицинские осложнения, обычно возникающие в течение первых нескольких месяцев после травмы у пациентов с НС, и, таким образом, должны использовать подход систематического обследования для улучшения профилактики, раннего выявления и лечения.
Рекомендация 13	
Уровень В	Клиницистам следует обследовать пациентов с НС на наличие признаков боли или страданий, а также лечить, когда есть разумные основания подозревать, что пациент испытывает боль, независимо от уровня сознания. Клиницисты должны сообщить семьям, что существует неопределенность в отношении степени боли и страданий, которые могут испытывать пациенты с НС.
Рекомендация 14	
Уровень В	Пациентам с травматическими вегетативным состоянием/апатическим синдромом или состоянием минимального сознания в промежуток от 4 до 16 недель после травмы, должны назначать амантадин от 100 до 200 мг два раза в день, чтобы ускорить функциональное восстановление и снизить степень инвалидности на ранних стадиях выздоровления после определения отсутствия медицинских противопоказаний или других специфических рисков его использования.
Рекомендация 15	
Уровень В	Клиницисты должны предоставить семьям пациентов информацию об ограничении существующих данных, касающихся эффективности лечения, а также о потенциальных рисках и вреде, связанных с вмешательствами, которые не имеют доказательной эффективности. При обсуждении невалидизированных методов лечения клиницисты должны предоставить основанную на фактических данных информацию о предполагаемых преимуществах и рисках конкретного метода лечения, а также об уровне неопределенности, связанной с предлагаемым вмешательством,

	имея в виду, что семьи и лица, обеспечивающие уход, часто находятся в бедственном положении и уязвимы.
	Клиницисты должны рассказать семьям пациентов, что во многих случаях невозможно определить, были ли улучшения, наблюдавшиеся на ранних этапах выздоровления, вызваны определенным вмешательством или спонтанным выздоровлением.

Примечание:

*Это единственная рекомендация в данном руководстве, относящаяся к лицам с НС, длящимся менее чем 28 дней. В то время как пациенты с острым НС не являются основной группой населения, на которое направлено данное руководство, результаты систематического обзора и обзора соответствующих фактических данных, показывающих потенциал долгосрочного выздоровления у лиц с НС, длящимся более 28 дней, также можно применять при консультировании семей пациентов с травмой, произошедшей менее 28 дней назад.

Рекомендации, касающиеся педиатрической практики

Рекомендация 16	
Уровень В	Клиницисты должны лечить негативно влияющие состояния, усиливать степень бодрствования до проведения диагностических оценок, использовать достоверные и надежные стандартизированные поведенческие обследования (особенно те, которые ориентированы на педиатрическую практику), а также проводить серийные оценки для повышения точности диагностики у детей с длительным НС.
Рекомендация 17	
Уровень В	Клиницисты должны сообщить семьям пациентов, что естественное течение заболевания и прогноз у детей с длительным НС четко не определены и что на данный момент не существует обследований, направленных на повышение точности прогноза для этой группы населения.
Рекомендация 18	
Уровень В	Клиницисты должны сообщить семьям пациентов, что не существует установленной терапии для детей с пролонгированным НС.

**Экспертиза проекта клинических рекомендаций
по специальности «Неврология»**

врачом- неврологом высшей квалификационной категории, зав.
неврологическим отделением по лечению больных с ИМК (ангионеврология)
ГУ «РГИВОВ» Бутенко Ж.А.

На экспертизу, согласно Приказа МЗ ПМР № _____ представлен проект клинических рекомендаций «Вегетативное состояние», на 55 листах, разработанный в 2024 году.

Согласно Приказа №694-ОД МЗ ПМР от 27.09.2021г, вышеуказанный проект клинических рекомендаций представлен рабочей группой в составе: председателя рабочей группы Ница В.Ф.-заместителя главного врача по лечебной части ГУ «Григориопольская ЦРБ», врача-невролога высшей категории;
членов рабочей группы: Нагаческой А.И.-врача-невролога высшей категории ГУ «РГИВОВ»; Блонской А.А.-врача-анестезиолога-реаниматолога высшей категории ГУ РКБ.

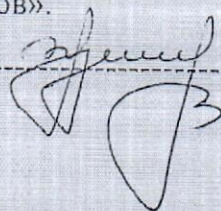
Титульная страница проекта клинических рекомендаций соответствует типовой титульной странице, согласно приложению № 4 к Приказу № 363 МЗ ПМР. Представленный на экспертизу проект клинических рекомендаций по своей типовой структуре соответствуют требованиям Приказа № 363 МЗ ПМР. В проекте клинических рекомендаций представлены современные классификации патологических нарушений сознания и критических состояний, патогенез вегетативного состояния; на современном уровне, с доказательной эффективностью отражены клиника, лечение, профилактика данных состояний, методы и виды реабилитации, прогноз и исходы при формировании вегетативного состояния.

При описании в проекте клинических рекомендаций указан уровень убедительности доказательств, целесообразности его применения с учетом унифицированной шкалы оценки убедительности доказательств.

Замечаний по представленному проекту клинических рекомендаций экспертом не выявлено.

Конфликт интересов у эксперта отсутствует, о чем заполнена «Декларация отсутствия конфликта интересов».

16 сентября 2024 года.



----- Бутенко Ж.А.

«Декларация отсутствия конфликта интересов»

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт.

Да _____ Нет

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?

Да _____ Нет

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждения при работе над клиническими рекомендациями:

нет

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата «16», 09 24 ФИО *Зиш* *Бутович* *Н.А.*