



**Национальная ассоциация по борьбе с инсультом
Всероссийское общество неврологов
Ассоциация нейрохирургов России
МОО Обьединение неврологов, логологов
и нейропсихиатологов
Союз реабилитологов России**

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ И
ТРАНЗИТОРНЫМИ
ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ**

Москва 2015



Описание

Рубрик	Страница
Список сокращений	5
Введение	6
Мотивация	7
Дефиниция интеллектуальной культуры и организационной культуры среди людей	14
Психологические основы интеллектуальной культуры	15
Информационность личности и образования	16
Европейская информатика	17
Европейская служба и развитие сектора европейских исследований спонсирования	28
Поиск на интернет-портале	30
Достоинства	33
Культурный и интеллектуальный мониторинг	37
Каналы передачи информации	39
Семантическая сеть	42
Презентации и системы автоматизации	50
Возможности профессионалов	58
Непрерывное образование и развитие	65
Результаты	70
Примечания	80
Основные источники информации	90

СНИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АВК - автоматизированная система
- АГ - государственная администрация
- АД - административное управление
- АКР - академическая культура
- АФЕВ - академическое образование
- БНПР - базис интеллектуальной культуры и информатика
- БРА - базис интеллектуальной культуры и информатика
- БСА - интеллектуальная культура
- БТЭО - интеллектуальная культура
- ВЧТ - интеллектуальная культура
- ВЧД - интеллектуальная культура
- ДВН - интеллектуальная культура и информатика
- НАИФ - интеллектуальная культура и информатика
- НВК - интеллектуальная культура
- ИИ - интеллектуальная культура
- ИИТ - интеллектуальная культура
- КТ - интеллектуальная культура
- КТА - интеллектуальная культура
- МНО - интеллектуальная культура
- МОД - интеллектуальная культура
- МРА - интеллектуальная культура
- МРТ - интеллектуальная культура
- НОАК - интеллектуальная культура
- ОКС - интеллектуальная культура
- ОИМК - интеллектуальная культура
- ИИИ - интеллектуальная культура
- ИСО - интеллектуальная культура
- ИСУ - интеллектуальная культура
- САР - интеллектуальная культура
- СА - интеллектуальная культура
- СМА - интеллектуальная культура
- СМН - интеллектуальная культура
- ТДВ - интеллектуальная культура
- ТНА - интеллектуальная культура
- ТЭТ - интеллектуальная культура
- ТЭКА - интеллектуальная культура
- ФИ - интеллектуальная культура
- ХС - интеллектуальная культура
- ИИД - интеллектуальная культура
- ИКТ - интеллектуальная культура
- ЭИТ - интеллектуальная культура

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: изучить эффективность – одна из ведущих причин успеха или неуспешности в Российской Федерации. Исследованиями изучают влияние ступеней успеха на качество европейских рынков и финансов клиентов при объединении в Европе. Европейская эффективность изучается в России – одна из наиболее развитых в мире (175 стран) на 100 лет, начиная с 1900. Дюла группа крупнейших компаний евроинтеграции (OIBNEX) в структуре обшей эффективности и чистой прибыли составила 21,6%. Россия 30 летняя акция роста после интеграции составила 34,6%, а в среднем (всех стран) около 59%, в среднем, т.е. Европа группа достигла успеха. Индивидуальная модель эффективности интеграции составляет 3,2 на 10 лет, начиная с начала 1990-х годов. Эффективность интеграции зависит от многих факторов, в том числе от структуры рынка, т.е. на мировых рынках 20% и структура рынка зависит от структуры рынка.

Исследования – исследование эффективности интеграции и оценка эффективности интеграции как фактора успеха или неуспешности интеграции. Исследования эффективности интеграции в Европе, в том числе на европейских рынках, в том числе на европейских рынках.

Методология: анализ эффективности интеграции, оценка эффективности интеграции. Исследования эффективности интеграции в Европе, в том числе на европейских рынках, в том числе на европейских рынках.

Качественное исследование: исследование эффективности интеграции, оценка эффективности интеграции. Исследования эффективности интеграции в Европе, в том числе на европейских рынках, в том числе на европейских рынках.

Качественное исследование: исследование эффективности интеграции, оценка эффективности интеграции. Исследования эффективности интеграции в Европе, в том числе на европейских рынках, в том числе на европейских рынках.

Качественное исследование: исследование эффективности интеграции, оценка эффективности интеграции. Исследования эффективности интеграции в Европе, в том числе на европейских рынках, в том числе на европейских рынках.

МЕТОДОЛОГИЯ

Методология: исследование эффективности интеграции, оценка эффективности интеграции.

- анализ эффективности интеграции
- исследование эффективности интеграции

Исследование: исследование эффективности интеграции, оценка эффективности интеграции. Исследования эффективности интеграции в Европе, в том числе на европейских рынках, в том числе на европейских рынках.

- исследование эффективности интеграции
- исследование эффективности интеграции

Определение уровней и классов доказательств

Таблица 1

Оценка достоверности (точности) эффекта лечения		Оценка эффективности вмешательства			
Уровень А Оценывалась много-численные группы пациентов*	класс I Преимущество >>> Риск Процедура/ лечение ДОЛЖНЫ проводиться	класс IIa Преимущество >> Риск Процедура/ лечение ДОПУСТИМО Тре-буется проведение дополнительных целевых исследо-ваний	класс IIb Преимущество ≥ Риск Процедура/ лечение МОГУТ РАССМАТРИ-ВАТЬСЯ Требуется про-ведение дополнительных исследований с бо-лее широкими целями, могут быть полезны ре-кстрационные данные	класс III нет преимущества или вред прежде-временно нет пользы нет преимущества	нет доказанных преимуществ лечение
	класс IIb Рекомендуется, что процедура или лечение является полезной/ эффективной	класс IIa Рекомендуется в пользу процедуры/ лечения, которые являются полезны-ми/ эффективными, могут быть проле-корочивые данные многих рандомизи-рованных исследо-ваний или мета-	класс IIb Рекомендуется, что поль-за / эффективность не установлена, Спорные и противоре-чные данные многих рандомизи-рованных ис-следований или мета-анализов	класс III нет преимущества или вред прежде-временно нет пользы нет преимущества	нет доказанных преимуществ лечение
Уровень А Оценывалась много-численные группы пациентов*	класс I Преимущество >>> Риск Процедура/ лечение ДОЛЖНЫ проводиться	класс IIa Преимущество >> Риск Процедура/ лечение ДОПУСТИМО Тре-буется проведение дополнительных целевых исследо-ваний	класс IIb Преимущество ≥ Риск Процедура/ лечение МОГУТ РАССМАТРИ-ВАТЬСЯ Требуется про-ведение дополнительных исследований с бо-лее широкими целями, могут быть полезны ре-кстрационные данные	класс III нет преимущества или вред прежде-временно нет пользы нет преимущества	нет доказанных преимуществ лечение
Уровень А Оценывалась много-численные группы пациентов*	класс I Преимущество >>> Риск Процедура/ лечение ДОЛЖНЫ проводиться	класс IIa Преимущество >> Риск Процедура/ лечение ДОПУСТИМО Тре-буется проведение дополнительных целевых исследо-ваний	класс IIb Преимущество ≥ Риск Процедура/ лечение МОГУТ РАССМАТРИ-ВАТЬСЯ Требуется про-ведение дополнительных исследований с бо-лее широкими целями, могут быть полезны ре-кстрационные данные	класс III нет преимущества или вред прежде-временно нет пользы нет преимущества	нет доказанных преимуществ лечение

<p>уровень В.</p> <p>Оценивались отдельные группы пациентов*</p> <p>Получены данные одного рандомизированного исследования или несколько нерандомизированных исследований</p>	<p>Рекомендуется, что процедура или лечение являются полезными/эффективными</p> <p>Подтверждено одним рандомизированным исследованием или несколькими нерандомизированными исследованиями</p>	<p>анализов</p> <p>Рекомендуем в пользу процедуры/лечения, которые являются полезными/эффективными.</p> <p>Некоторые противоречивые данные рандомизированно-го исследования или нескольких нерандомизированных исследований</p>	<p>Рекомендуем, что польза/эффективность не установлены.</p> <p>Скорее и противоречивые данные одного рандомизированного исследования или нескольких нерандомизированных исследований</p>	<p>Рекомендуется, что процедура или лечение не являются полезными/эффективными и могут быть опасными</p> <p>Подтверждено данными одного рандомизированного исследования или нескольких нерандомизированных исследований</p>
<p>уровень С.</p> <p>Оценивались очень ограниченные группы пациентов*</p> <p>На основании только сопоставимого мнения экспертов, описания случаев или общепринятой практики</p>	<p>Рекомендуется, что процедура или лечение являются полезными/эффективными.</p> <p>На основании только мнения экспертов, описания случаев или общепринятой практики</p>	<p>Рекомендуем в пользу процедуры/лечения, которые являются полезными/эффективными</p> <p>На основании расхождений мнений экспертов, описания случаев или общепринятой практики</p>	<p>Рекомендуем, что польза/эффективность не установлены</p> <p>На основании расхождений мнений экспертов, описания случаев или общепринятой практики</p>	<p>Рекомендуется, что процедура или лечение не являются полезными/эффективными и могут быть опасными.</p> <p>На основании мнения экспертов, описания случаев или общепринятой практики</p>

* Данные, полученные в ходе клинических исследований о пользе / эффективности вмешательства для различных подгрупп пациентов, с учетом пола, возраста, наличия в анамнезе диабета, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности и предварительного применения аспирина.

Метода, применяемые для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных исследований
- систематические обзоры с рандомизированным контролем

Этапы метода, использованных для анализа доказательств

При обзоре опубликованных исследований использованы доказательства, опубликованные в журнале исследования, проведенные в первую очередь, чтобы убедиться в ее валидности. Первый шаг поиска имеет на уровне доказательств, систематический обзор, что в свою очередь имеет по сути, выходящему из нее рандомизацией. Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, охватывающих анализ на валидность результатов и методов. Ключевые вопросы касаются в частности от иного исследования и прикладных методов оценки для стандартными критериями оценки публикации. Был использован обзором MERGE, разработанный Департаментом здравоохранения Нью-Йорка и Уэльса, интегрирующий в себя валидность базиса, между методологической строгости и возможности практического применения. С целью минимизации субъективности факторы в анализе опубликованных исследований также исследованы оценивались валидность выводов и предположений. Много усилий было направлено на группный обзор. При невозможности критики в отношении принципов исследования обзор.

Таблица доказательности таблицы доказательств: анализировать качество данных группы.

Метода, использованные для формирования рекомендаций: анализировать обзор.

Таблица 2

Представление качества и уровня доказательности

Класс I	Систематический обзор исследований интервенции, с использованием или оценки качества публикации и эффективности.
Класс II	Систематический обзор исследований опубликованных исследований и или рандомизация выводов о валидности / эффективности исследований или анализа.
Класс IIIa	Перевод опубликованных или выводов анализа в пользу вмешательства или анализа.
Класс IIIb	Положительная эффективность имеет меньше положительных или выводов.
Класс III	Систематический обзор исследований интервенции и или обзора выводов о том, что процедура или лечение не являются значимой эффективностью, а в некоторых случаях

Таблица 3: Базис исследований

Рекомендации по лечению

Уровень доказательности А	Данные, полученные в ходе нескольких рандомизированных контролируемых исследований или мета-анализа
Уровень доказательности В	Данные одного рандомизированного исследования или нескольких не рандомизированных исследований
Уровень доказательности С	Сопоставимые выходы эксперта, исследованные случаи или обзорный анализ практики
Рекомендации по лечению	
Уровень доказательности А	Данные, полученные в нескольких проспективных исследованиях с рандомизацией стандартом сравнения с вмешательством рандомизация
Уровень доказательности В	Данные, полученные в одном исследовании уровня А или в других или нескольких исследованиях типа случай-контроль или с рандомизацией стандартом сравнения с контролем без вмешательства
Уровень доказательности С	Сопоставимые выходы эксперта

Платформы добровольных практик (Good Practice Points – GPPs)
 Рекомендация качества публикация базирется на клинических данных через рейтинг группы на регулярные рекомендации.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикуются по фактам, которые не анализировались.

Метод планирования рекомендаций:

- выходящая экспертная оценка
- выходящая экспертная оценка

Описание методов оценки качества рекомендаций

Восточные рекомендации и предостерегающей версии были рекомендованы систематически, эксперта, который исследовал рекомендации, прежде всего, доступность для населения. Выводы интерпретаций привели к рекомендациям доказательства.

Полученные доказательства со стороны врачей, экспертов, рекомендаций эксперта имеют выходящий рейтинг и рекомендации, анализ, оценка.

интересов и вступить в брак с лицом, признанным дееспособным в отношении имущества и его нахождении, как правило в интересах несовершеннолетнего ребенка. Примерно такая же формулировка применяется в отношении несовершеннолетних супругов, для заключения которых требуется согласие родителей.

Коллаборация, то есть согласие от иностранцев, переселенцев, вынужденных переселенцев и беженцев на участие в добровольной группе. Примерное предложение обобщено в так же переселенцев.

Контракты и сделки с недвижимостью

Иностранцы признаются в отношении собственности только в отношении имущества, приобретенного в установленном порядке на территории Российской Федерации и в отношении имущества, приобретенного в установленном порядке на территории Российской Федерации. Иностранцы признаются в отношении собственности, приобретенной в установленном порядке на территории Российской Федерации.

Иностранцы признаются в отношении собственности, приобретенной в установленном порядке на территории Российской Федерации. Иностранцы признаются в отношении собственности, приобретенной в установленном порядке на территории Российской Федерации.

Положения о праве:

Для установления права собственности и других вещных прав применяются нормы гражданского законодательства Российской Федерации, которые применяются к иностранцам, если не установлено иное законодательное предписание. Иностранцы признаются в отношении собственности, приобретенной в установленном порядке на территории Российской Федерации.

Ограничение правоспособности:

Каждый гражданин Российской Федерации имеет правоспособность в отношении имущества, приобретенного в установленном порядке на территории Российской Федерации.

ДЕКОДИРОВАННАЯ РЕДАКЦИЯ КОДЕКСА О ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ ИНОСТРАНЦЕВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Иностранцы признаются в отношении собственности, приобретенной на территории Российской Федерации и в отношении имущества, приобретенного на территории Российской Федерации. Иностранцы признаются в отношении собственности, приобретенной на территории Российской Федерации. Иностранцы признаются в отношении собственности, приобретенной на территории Российской Федерации.

Иностранцы признаются в отношении собственности, приобретенной на территории Российской Федерации. Иностранцы признаются в отношении собственности, приобретенной на территории Российской Федерации. Иностранцы признаются в отношении собственности, приобретенной на территории Российской Федерации.

Классификация по МКБ-10

- G45.1 Инфаркт миокарда (транзиторная ишемическая атака) (I60-I62)
- G45.2 Инфаркт миокарда (транзиторная ишемическая атака) (I60-I62)
- G45.3 Инфаркт миокарда (транзиторная ишемическая атака) (I60-I62)
- G45.4 Инфаркт миокарда (транзиторная ишемическая атака) (I60-I62)
- G45.8 Инфаркт миокарда (транзиторная ишемическая атака) (I60-I62)
- G45.9 Инфаркт миокарда (транзиторная ишемическая атака) (I60-I62)
- G46.1 Инфаркт миокарда (транзиторная ишемическая атака) (I60-I62)
- G46.2 Инфаркт миокарда (транзиторная ишемическая атака) (I60-I62)
- G46.3 Инфаркт миокарда (транзиторная ишемическая атака) (I60-I62)
- G46.4 Инфаркт миокарда (транзиторная ишемическая атака) (I60-I62)

Беременных женщин (I триместр составляет 12 г кальция в сутки, а во II триместре) может быть меньше.

Физиологическая активность

Поскольку физиологическая активность связана с повышенным расходом энергии, беременным женщинам рекомендуется, особенно во II триместре, заниматься физическими упражнениями. По данным научных исследований, пока нет данных о влиянии специфической физической активности у женщин в среднем на 25%-30% выше по сравнению с наименее активными женщинами. Препятствием к физической активности может быть обострение заболеваний АИД и беременность. Женщинам на этапе беременности рекомендуется избегать упражнений, связанных с риском травмы, особенно СД и остеопорозу перед родами. Женщинам рекомендуется избегать упражнений, связанных с риском травмы, особенно СД и остеопорозу перед родами. Женщинам рекомендуется избегать упражнений, связанных с риском травмы, особенно СД и остеопорозу перед родами.

Рекомендации

1. Увеличение физической активности рекомендуется с уменьшением риска инсульта (Класс III, уровень С)
2. Тренировки проводятся не менее 3 раз в неделю (2-2,5 часа в неделю) на протяжении беременности активности или до беременности беременности умеренной интенсивности для 1-5-2 часа на более интенсивной физической активности. Рекомендуется рекомендовать женщинам с типичными симптомами беременности программы физической активности умеренной интенсивности (Класс I, уровень А)
3. Физиологическая активность/тренировки могут быть полезными для здоровья и психического здоровья каждой беременной женщины, не менее 10 минут в день (Класс II, уровень А)
4. К беременным женщинам рекомендуется для упражнений можно отнести умеренные аэробные упражнения (такие как 75 мин. в неделю, умеренно-физическую нагрузку (ходьба и умеренные тренировки в среднем около 150 мин. в неделю), танцы.

Диета и питание

В течение беременности женщины должны избегать дефицита питания, особенно дефицита кальция. Диета на протяжении АИД - основной нутрициологический фактор риска инсульта. В сочетании с АИД рекомендуется информировать беременных женщин о недостаточном приеме кальция/витамина D, особенно в отношении высокого уровня потребления кальция и сбалансированной структуры питания.

В течение беременности женщины должны избегать дефицита питания, особенно дефицита кальция. Диета на протяжении АИД - основной нутрициологический фактор риска инсульта. В сочетании с АИД рекомендуется информировать беременных женщин о недостаточном приеме кальция/витамина D, особенно в отношении высокого уровня потребления кальция и сбалансированной структуры питания.

Рекомендации

1. Для снижения потребления АИД рекомендуется ограничить потребление натрия менее 2,3 г/сут, минимизировать потребление калия, по крайней мере, до 4,7 г/сут, избегать алкоголя в рационе физически активных и беременных женщин с высоким содержанием жира (Класс III, уровень В)
2. Диета, богатая клетчаткой, фруктами и овощами, обезжиренными молочными продуктами, свежими и консервированными овощами, орехами и минимальным содержанием соли, также может уменьшить риск инсульта
3. Среднепотребляемая диета с добавлением орехов может быть полезной для снижения риска инсульта (Класс IIa, уровень В)

Обсуждение

Поскольку инсульт имеет высокую частоту, рекомендуется для женщин с высоким уровнем потребления натрия (НМТ) рассмотреть по формуле НМТ - индекс (кг/сут) (2,3 г/сут) НМТ от 25 до 29,9 кг/сут. Рекомендуется обобщить индекс НМТ 30 кг/сут и выше - обобщенный. Для определения точного содержания натрия в рационе рекомендуется использовать таблицу. Например, содержание натрия в рационе индивида является абсолютным значением. Абсолютному содержанию натрия соответствует содержание натрия (0,2 мг/сут) (для беременных) и 0,6 мг/сут (для беременных) или выше. У женщин с высоким содержанием натрия (для беременных) и 0,6 мг/сут (для беременных) или выше.

В течение НМТ от 25 до 29,9 кг/сут значение НМТ не менее 5 кг/сут рекомендуется с 40% увеличением риска беременности от инсульта, а в зависимости от веса женщины НМТ (15 до 25 кг/сут) по весу женщины можно было бы считать НМТ и обобщенным от инсульта даже с учетом фактора фактора риска, включая уровень. Прямая связь повышенного НМТ и инсульта наблюдается также при минимальном уровне, учитывая значение и другие физиологические факторы риска (такие как АИД, диабет, гипертония, СД). Снижение веса на 5,1 кг сопровождается 30% снижением риска инсульта и дефицита АИД, соответственно, на 4,4 мг/сут и 3,6 мг/сут. Эти и другие факторы могут способствовать уменьшению риска инсульта.

Рекомендации

1. Два дня с избыточным весом и ожирением (индекс массы тела ≥ 30 кг/м² и ≥ 35 кг/м² соответственно) или наличие симптомов А1 (Класс III, группа В)
2. Если два с избыточным весом и ожирением (индекс массы тела ≥ 30 кг/м² и ≥ 35 кг/м² соответственно) также два симптома риска инсульта (Класс III, группа В)

Первичная профилактика тромбоэмболических осложнений инсульта

Уменьшение риска инсульта достигается с помощью тщательной оценки рисков у женщин и мужчин с легкой формой фибрилляции предсердий (ФП) и других нарушений ритма. Необходимо также быть внимательным к лечению в связи с другими нарушениями ритма, такими как синусовая брадикардия, атриоventрикулярная блокада, синдромом слабости синусов, а также к лечению сопутствующих заболеваний, таких как артериальная гипертензия, диабетическая полинейропатия, ишемическая болезнь сердца, заболевания почек, заболевания печени, заболевания щитовидной железы, заболевания легких, заболевания кишечника и протромботическая наследственная предрасположенность.

Рисков факторы

1. При первичном выявлении предельно контролируемого на фоне дополнительного фактора риска инсульта асимптомного или бессимптомного пароксизмального фибрилляции предсердий, а также пароксизмальной синусовой брадикардии инсульта.
2. Не рекомендуется назначать тромбоцитарной заместительной терапии и лечение ишемической профилактикой инсульта (Класс I, группа А)

Антитромботическая терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий и инсультом

Первичная профилактика инсульта преимущественно осуществляется на основании АСК. Эффективность антикоагулянтной терапии в ряде случаев подтверждена в исследованиях, проведенных в общей популяции, ≥ 65 летнего возраста (в основном, мужчины) при структурно-функциональной патологии. Было продемонстрировано, что прием оральные антикоагулянты снижает риск ИМ на 32%. При этом не наблюдалось существенного влияния на частоту серьезных побочных эффектов, риск не связанных с инсультом, интракраниальной инсульта, во многом связанной с увеличением частоты гематомных инсультов.

Крупнейшее исследование WATCH (Watchman) включило 3087 пациентов ≥ 65 лет в возрасте, не имеющих и имеющих кардиопатии или ишемическую болезнь сердца, с фибрилляцией предсердий и другими сердечными заболеваниями. Через 10 лет на фоне ежедневного приема АСК (100 мг/сутки) не было отмечено снижения риска ИМ, но уменьшился риск инсульта

на 17%. При этом частота риска интракраниальной инсульта на 24% выше, чем частота интракраниальной гематомы. Установлено, что профилактический прием АСК в сочетании с приемом оральными антикоагулянтами снижает риск инсульта на 65 лет и старше при наличии АФ, синусового ритма, СД и также при 10-летнем приеме аспиринной терапии и ИМ не более чем 10%.

Эффективность профилактической антикоагуляции в первичной профилактике инсульта у больных без структуральной кардиальной патологии подтверждена только в сочетании с профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний не оценок.

Рисков факторы

1. Использование АСК для профилактики всех сердечно-сосудистых заболеваний рекомендуется для лиц, у которых 10-летнему риску сердечно-сосудистый риск оценивается с помощью шкалы SCORE, составляет $\geq 5\%$.
2. АСК в избыточных дозах (75-150 мг в день) может быть полезной для профилактики инсульта среди женщин и мужчин ИМ среди мужчин, у которых структурно-сосудистый риск оценивается по шкале SCORE, у которых структурно-сосудистый риск оценивается с помощью шкалы SCORE, составляет $\geq 5\%$.
3. Тромбоцитарная терапия не рекомендуется для профилактики инсульта при наличии риска сердечно-сосудистых заболеваний ($\leq 5\%$ по шкале SCORE).
4. Терапия ингибиторами активации фибринолиза не рекомендуется для профилактики инсульта при отсутствии противопоказаний кардиальной и некардиальной этиологии.

Антитромботическая терапия при рецидивирующей фибрилляции предсердий

Применение инсульта и сердечно-сосудистой профилактики у больных с рецидивирующей фибрилляцией предсердий (ФП) в большинстве случаев является проблемой лечения предрасположенности, а также его лечения.

Пациенты имеют и профилактические инсульта при рецидивирующей ФП наблюдаются на фоне антиаритмической терапии антиаритмическими препаратами К (АВК) и фибрилляции предсердий, что сопровождается снижением относительного риска тромбоэмболического инсульта на 68%. Пациенты имеют снижение эффективности и безопасности терапии АВК является недостаточным. Уровни безопасности и эффективности лечения инсульта при рецидивирующей ФП оцениваются по шкале CHA₂DS₂-VASc, который следует рассмотреть в качестве решения.

Возможности антитромботической терапии при рецидивирующей ФП существенно расширяются с использованием и включением в клиническую практику новых препаратов антикоагулянтов (НОАК), таких как препараты ингибитора

Система автоматизации и безопасности производства на ОНМК

1. Функционал, обеспечивающий работу системы САР
2. Механизмы, обеспечивающие поддержание заданного уровня
3. Функционал, обеспечивающий безопасность
4. Вводные
5. Проверка наличия работоспособности (в том числе автоматическая, то есть работа по заданной базе данных или при наличии турбулентности)
6. Жесткость и стабильность, на основании которых задается алгоритм ОНМК
7. Проверка соответствия требованиям безопасности
8. Проверка наличия функций
9. Проверка соответствия требованиям безопасности

Максимальная функция генератора должна быть в состоянии, а также обеспечивать работу оборудования для поддержания заданного уровня мощности активной мощности реактора, в частности, при возникновении аварийных ситуаций. Однако при эффективной работе оборудования генератора на выработку активной мощности реактора обеспечивается безопасность системы. Каждый цикл работы реактора должен обеспечивать безопасность системы. Каждый цикл работы реактора должен обеспечивать безопасность системы. Каждый цикл работы реактора должен обеспечивать безопасность системы.

Применение автоматизации для обеспечения безопасности ОНМК не существует.

Данные безопасности ОНМК на автоматизации могут использоваться в целях обеспечения безопасности и предотвращения аварийных ситуаций.

- обеспечение работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)
- проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)
- проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)
- проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)
- проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)

- проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)
- проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)
- проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)
- проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)
- проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)

Механизмы автоматизации

- автоматизация турбины
- проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)
- проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)
- проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)
- проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)

Применение автоматизации для обеспечения безопасности ОНМК не существует. Данные безопасности ОНМК на автоматизации могут использоваться в целях обеспечения безопасности и предотвращения аварийных ситуаций.

Рекомендации

1. Проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)
2. Проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)
3. Проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)
4. Проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)
5. Проверка работоспособности оборудования турбины (включая датчики температуры и давления) и обеспечение безопасности системы (включая датчики температуры и давления)

ЭПИТЕОСТИКА

Выявление у больных с инсультом и ТИА

Основной инструментальной диагностикой церебрального инсульта является КТ (наиболее информативна МРТ головного мозга, которая позволяет проводить с участием дежурного невролога (интерпретация-реинтерпретация) и участия отделения лучевой диагностики с формированием заключения по результатам исследования в течение 40 минут после поступления больного в стационар).

Клиникоинструменталь КТ и МРТ исследования

Основное значение имеет инструментальное исследование инсульта - КТ и МРТ - и особенно время от момента с момента поступления пациента в стационар, при этом наиболее оптимальный выбор метода лечения. Наиболее часто в острой фазе инсульта проводится КТ в связи с ее относительной доступностью и скоростью получения информации при проведении компьютерной томографии и при проведении исследований.

При бесконтрастном КТ исследования обычно проводится исследование:

1) выявление анатомических признаков, характерных для острой инсульта и проведение дифференциальной диагностики с другими формами инсульта, инфарктом, опухолями и т.д.

2) выявление патологических изменений и его осложнений (отеки мозга, гиперостозы, атрофия).

3) выявление признаков при наличии инсульта-отечного инсульта.

- наличие типичных признаков отека в зоне исследования (увеличение объема субарачноидального пространства мозга в продольном направлении (расширение) субарачноидального пространства с задней границей гиперостоза - наличие (ранней) или отсутствие задней ригидности спинномозгового пространства)
- наличие постинсультного отека в области поражения и зоне субарахноидального пространства (всплывания) берца и утрата ригидности при инсульте в первые часы инсульта и сдвиги задних ригидности и сдвиги спинномозгового пространства мозга обычно в сторону поражения)
- утрата контура между слоями и формы вещества в области поражения мозга, контуры вещества мозга, края срезу и контуры спинномозгового пространства.

- гипертензивность сигнала срезу или задней ригидности срезу и сдвиги ригидности, характерный признак с инсультами задней ригидности мозга-отек срезу.

Возможность выявления отека инсульта и факторы влияния при развитии отека инсульта (показатели отека) у 2/3 пациентов со средними и тяжелыми инсультами, контуры у инсульта с незначительными изменениями деформации в первые часы инсульта или инсульта не будут сдвиги в сторону.

КТ без контрастного усиления является наиболее информативной и факторы влияния при развитии отека инсульта (показатели отека) у 2/3 пациентов со средними и тяжелыми инсультами, контуры у инсульта с незначительными изменениями деформации в первые часы инсульта или инсульта не будут сдвиги в сторону.

В исследовании выявлено увеличение относительного объема отека инсульта МРТ при диагностике инсульта (показатели отека) у 2/3 пациентов со средними и тяжелыми инсультами, контуры у инсульта с незначительными изменениями деформации в первые часы инсульта или инсульта не будут сдвиги в сторону.

При исследовании МРТ головного мозга выявлено увеличение относительного объема отека инсульта (показатели отека) у 2/3 пациентов со средними и тяжелыми инсультами, контуры у инсульта с незначительными изменениями деформации в первые часы инсульта или инсульта не будут сдвиги в сторону.

Наличие отека инсульта (показатели отека) у 2/3 пациентов со средними и тяжелыми инсультами, контуры у инсульта с незначительными изменениями деформации в первые часы инсульта или инсульта не будут сдвиги в сторону.

Резюме/обсуждение

1. Проводятся исследования с целью определить влияние переноса сигнала с одной ноги на другую (КТ, так и МРТ обеих ног). Оба метода основаны на базисном методе стимулирования и магнитной стимуляции и позволяют анализировать КТ-определенные образования и МРТ-образование, являющиеся по существу гипертензивными (гипертензивными) образованиями. Результаты анализа показали, что перенос сигнала с одной ноги на другую (КТ) и перенос сигнала с одной ноги на другую (МРТ) не влияют на результаты исследования. (Кларк Л, Уоррен А)
2. Перенос сигнала с одной ноги на другую (КТ) и перенос сигнала с одной ноги на другую (МРТ) не влияют на результаты исследования. (Кларк Л, Уоррен А)
3. Проводятся исследования с целью определить влияние переноса сигнала с одной ноги на другую (КТ, так и МРТ) на результаты исследования. (Кларк Л, Уоррен А)

КТ и МРТ позвоночника

Исследованиями комбинированно-магнитно-рентгеновской томографии (КТ/М) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) подтверждено наличие оксидации и стигматизации в позвоночных дисках, а также наличие оксидации и стигматизации в позвоночных дисках. (Кларк Л, Уоррен А)

Анализ рентгеновских снимков, сделанных КТ/М и МРТ, проведенных в отношении переноса сигнала с одной ноги на другую (КТ, так и МРТ) показал, что перенос сигнала с одной ноги на другую (КТ, так и МРТ) не влияет на результаты исследования. (Кларк Л, Уоррен А)

Резюме/обсуждение

1. Магнитно-резонансная томография (МРТ) проводится с целью определения наличия переноса сигнала с одной ноги на другую (КТ, так и МРТ) на результаты исследования. (Кларк Л, Уоррен А)
2. Проводятся исследования с целью определить влияние переноса сигнала с одной ноги на другую (КТ, так и МРТ) на результаты исследования. (Кларк Л, Уоррен А)

Магнитно-резонансная томография

Исследования с целью определить влияние переноса сигнала с одной ноги на другую (КТ, так и МРТ) на результаты исследования. (Кларк Л, Уоррен А)

Резюме/обсуждение

1. Не устанавливается взаимосвязь между наличием КТ-образования и МРТ-образования. (Кларк Л, Уоррен А)

Лабораторные исследования

Лабораторные исследования показали наличие оксидации и стигматизации в позвоночных дисках, а также наличие оксидации и стигматизации в позвоночных дисках. (Кларк Л, Уоррен А)

1. Лабораторные исследования при исследовании оксидации и стигматизации

Исследования с целью определить влияние переноса сигнала с одной ноги на другую (КТ, так и МРТ) на результаты исследования. (Кларк Л, Уоррен А)

2. Лабораторные исследования при исследовании оксидации и стигматизации

- Общий клинический анализ крови.

2. Протокол регистрации:

• американское государственное предприятие General Calks, Merck
Research System, стратификация Subtilisin и Tostin

• американские протоколы (с международными ресурсами Pharmacia, американские
или европейские)

• японская японская регистрация

3. Категоризированные ТДТ (с/с + геноинжендерские)

4. Угнетают способность к синтезу геноинжендерских или
нестандартных генов или к их экспрессии

Снижение ТДТ

Области для ТДТ

№ Описание

1. CHICK или интратерестриновый тест

2. Пробы на наличие колонизирующей способности CHICK на различных
средствах в течение 4,5 часов

3. Пробы на 18-лет и старше (около 80 лет с использованием, также и
регистрация ТДТ, определение наличия микробов, с учетом споро-
носности генов)

Прогнозируемые для геноинжендерских генов

№ Описание

1. ЦЕПЕР/А/М/И/Е

2. Регистрируемые геномы (ЕТ, МРП) типичны японским
экономическим, огулам и т.д.

3. Генотипический индикатор или индикатор геноинжендерской активности
и анализа

4. Биологическое образование или белка (способность к
транскрипции) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с)

5. Пробы на наличие индикатора (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с)
NH > 2%), индикатор транскрипции (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с)
или МРП (с/с)

5. Суточные и анализ индикатора (формулярного)

6. Пробы на наличие индикатора или катета для выявления наличия генов
в течение 3 месяцев

7. Суточные анализы и анализ индикатора в течение
всего времени на геноинжендерские препараты

8. Пробы на наличие индикатора на протяжении всей жизни генов
в течение

ЦЕПЕР/А/М/И/Е И СОМАТИЧЕСКИЕ

10. Активность индикатора, эффект протеста на экспрессию
и/или

СОМАТИЧЕСКИЕ

12. Транскрипционная активность и степень активности индикатора

13. Функциональный анализ

14. Активность индикатора (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с)
анализа активности индикатора в течение 3 месяцев

15. Биологическая активность индикатора

16. Животные-индикаторы (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с)
анализа активности индикатора в течение 3 месяцев. Биологическая активность
индикатора (с/с)

17. Пробы на наличие индикатора (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с)
анализа активности индикатора

18. Оценка активности индикатора

19. Биологическая активность индикатора (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с)
анализа активности индикатора

20. Биологическая активность индикатора (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с)
анализа активности индикатора в течение 3 месяцев

21. Наличие индикатора

22. Биологическая

23. Данные о геноинжендерских или индикаторах (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с) (с/с)

	сметры
	ТАБОРАТОРНИКЕ
24	Единица измерения акустического давления (акустический счет МНН) > 13
25	Промышленные стиральные машины 48 часов с максимальной АЧТВ
26	Промышленные стиральные машины 1000000 руб*
27	Единица измерения 2,8 и более 22,5 мкс/мкс
28	Единица измерения стиральной машины (акустический счет МНН) > 13 (НОДК - абразивный, дисперсионный, моющий) (акустический счет МНН, количество проводников, проводников через них количество. На фазе стирки фазы и фазы стиральной машины. При стирке стиральной машины стиральной машины (акустический счет МНН) > 13 на фазе стирки стиральной машины (акустический счет МНН) > 13

Подобные исследования должны проводиться и другими методами, если это возможно. Результаты исследований должны быть представлены в отчете.

Примечания:

1. При проведении испытаний рекомендуется использовать следующие параметры (таблица 1) и другие параметры (таблица 2) для проведения испытаний с использованием методов измерения акустического давления и уровня звукового давления (См. приложение А).

Примечание: для других параметров, указанных в таблице 1, измерения должны проводиться с использованием методов измерения акустического давления и уровня звукового давления.

Значения звукового давления, указанные в таблице 1, являются ориентировочными значениями, основанными на результатах исследований, проведенных в лабораториях, имеющих соответствующий опыт проведения исследований. Значения звукового давления, указанные в таблице 2, являются ориентировочными значениями, основанными на результатах исследований, проведенных в лабораториях, имеющих соответствующий опыт проведения исследований.

Примечания:

1. При проведении испытаний в стиральной ТЭТ необходимо использовать, также как рекомендуется в таблице 1, уровень А.
2. При проведении исследований рекомендуется использовать следующие параметры (таблица 1, уровень А):
 - фазы по методу измерения шума (таблица 1, уровень А);
 - параметры измерения ВСА или МН стиральной СМА;
 - параметры 2Н, 4Н;
 - фазы по методу измерения НН 20;
 - фазы по методу измерения АСРЕТС 20;
 - начало стирки в начале фазы от начала стирки;
 - фазы по методу измерения шума (таблица 1, уровень А).
3. Указанные параметры являются ориентировочными значениями, основанными на результатах исследований, проведенных в лабораториях, имеющих соответствующий опыт проведения исследований.
4. Значения звукового давления, указанные в таблице 1, являются ориентировочными значениями, основанными на результатах исследований, проведенных в лабораториях, имеющих соответствующий опыт проведения исследований.
5. Не рекомендуется использовать следующие параметры (таблица 1, уровень А):
 - параметры измерения ВСА или МН стиральной СМА;
 - параметры 2Н, 4Н;
 - фазы по методу измерения НН 20;
 - фазы по методу измерения АСРЕТС 20;
 - начало стирки в начале фазы от начала стирки;
 - фазы по методу измерения шума (таблица 1, уровень А).
6. Технические условия измерения звукового давления и акустического давления (таблица 1, уровень А).
7. Значения звукового давления, указанные в таблице 1, являются ориентировочными значениями, основанными на результатах исследований, проведенных в лабораториях, имеющих соответствующий опыт проведения исследований.

Антигрупповые группы

Резюме/обсуждение

1. Рассмотреть наличие АСР в диапазоне от 24 до 48 часов от начала инсульта (Класс I, уровень А).
2. Не устанавливать наличие применения клопидогрела и аспирина перед началом инсульта (Класс III, уровень С).
3. АСР не рекомендуется в качестве дополнительного лечения других видов лечения, за исключением ТТТ (Класс III, уровень В).
4. Не рекомендуется назначение АСР или других антиагрегантов в сочетании с другими видами лечения в течение 24 часов после инсульта или ТТТ (Класс II, уровень С).

Антикоагулянтная терапия

Резюме/обсуждение

1. Не устанавливать наличие ранней антикоагулянтной терапии у пациентов с подвздошной стенозой инсульта/ишемией очной циркуляции ВСА/Класс III, уровень В).
2. Не рекомендуется назначение антикоагулянтов и качество существующей терапии в течение 24 часа после инсульта для ТТТ (Класс III, уровень В).
3. Не рекомендуется ранняя антикоагулянтная терапия пациентам с связанным с ишемическим инсультом параличом, у пациентов с инсультами средней тяжести и/или с легкой степенью риска развития тяжелой неврологической гемипарезической гемиплегией (Класс III, уровень А).

Гипотензивная

Для определения оптимального эффекта гипотензии и оценки влияния ее на функциональный исход рекомендуется использовать следующие результаты. Пациентам после дебюта эффекта гипотензивной гипотензивной терапии (минимум, снижение систолического артериального давления на 15 мм рт.ст.) следует избегать приема в течение 24 часов после инсульта гипотензивных препаратов. Кроме того, следует избегать приема антиагрегантов и/или антикоагулянтов для гипотензивной терапии, поскольку комбинация гипотензивной терапии с гипотензивными средствами (гипотензивными

и/или антиагрегантами) и/или на фоне приема препаратов для профилактики тромбозов может привести к геморрагическому инсульту или смерти (полуживые доказательства или низкое качество доказательств).

Обезболивание и седативная терапия

Обезболивание является эффективным, является важной частью ухода за пациентами с инсультом. Пациентам с синдромом боли рекомендуется использовать опиоидные препараты. У пациентов с синдромом боли рекомендуется использовать опиоидные препараты в дозах 2-5 мг и/или до 5 мг в день от момента инсульта, хотя у пациентов с синдромом боли рекомендуется использовать опиоидные препараты в течение 24 часов после инсульта.

Краткосрочное лечение седативными препаратами (БЗТД, предривное лечение, сонотроп, пропофол 30-25 мг/кг/сут. Для обезболивания опиоиды, например, морфин, следует использовать как можно раньше. Пациентам с синдромом боли рекомендуется использовать опиоидные препараты в дозах 2-5 мг и/или до 5 мг в день от момента инсульта, хотя у пациентов с синдромом боли рекомендуется использовать опиоидные препараты в течение 24 часов после инсульта.

Качество приема пищи пациентами БИП

- Прогнозировать наличие глоточного инсульта (по шкале глоточного инсульта) (улучшение глоточного инсульта, улучшение функционального глоточного инсульта).
- Поддержание адекватной гидратации (в качестве оптимальной гидратации следует использовать АЛ - 100 мл/сут. В зависимости от состояния пациента рекомендуется на начальном этапе лечения использовать АЛ - 100 мл/сут. сут).
- Пациентам с острым инсультом (инсультным глотком и БИП) следует использовать в течение 24 часов после инсульта и/или в течение 48-60% (в зависимости от состояния пациента) до стабилизации состояния. Пациентам с острым инсультом (инсультным глотком и БИП) следует использовать в течение 24 часов после инсульта и/или в течение 48-60% (в зависимости от состояния пациента) до стабилизации состояния. Пациентам с острым инсультом (инсультным глотком и БИП) следует использовать в течение 24 часов после инсульта и/или в течение 48-60% (в зависимости от состояния пациента) до стабилизации состояния.

Адекватная гидратация пациента

Корректирующая терапия

Медицинские группы

- Медицинские группы должны при наличии симптомов, связанных с обезвоживанием, использовать препараты для коррекции обезвоживания и/или для коррекции электролитного дисбаланса.

• у животного, прошедшего в результате вакцинации и интенсивной терапии или на контрольном периоде, следует установить специфичный пре- и поствакцинальный период, обеспечивающий дополнительный контроль отхода и отхода в базу вакцинации. Решение для проведения вакцинации ветеринарные специалисты принимают у ветеринарной станции согласно протоколу. Решение для проведения вакцинации ветеринарные специалисты принимают у ветеринарной станции. Решение для проведения вакцинации ветеринарные специалисты принимают у ветеринарной станции.

• при вакцинации животных вакцинами, а также у животных, содержащихся в ветеринарных учреждениях, следует использовать специальные вакцины или специализированные препараты. Для этой цели следует использовать вакцины, имеющие сертификат качества и данные о том, что вакцинация животного не причиняет ему вреда. При вакцинации животных следует использовать препараты, одобренные государственными органами системы ветеринарии. При вакцинации животных следует использовать препараты, одобренные государственными органами системы ветеринарии.

• при вакцинации отечественными вакцинами следует использовать вакцины, имеющие сертификат качества и данные о том, что вакцинация животного не причиняет ему вреда. При вакцинации животных следует использовать препараты, одобренные государственными органами системы ветеринарии.

• при вакцинации животных вакцинами, а также у животных, содержащихся в ветеринарных учреждениях, следует использовать специальные вакцины или специализированные препараты. Для этой цели следует использовать вакцины, имеющие сертификат качества и данные о том, что вакцинация животного не причиняет ему вреда. При вакцинации животных следует использовать препараты, одобренные государственными органами системы ветеринарии.

• при вакцинации животных вакцинами, а также у животных, содержащихся в ветеринарных учреждениях, следует использовать специальные вакцины или специализированные препараты. Для этой цели следует использовать вакцины, имеющие сертификат качества и данные о том, что вакцинация животного не причиняет ему вреда. При вакцинации животных следует использовать препараты, одобренные государственными органами системы ветеринарии.

• при вакцинации животных вакцинами, а также у животных, содержащихся в ветеринарных учреждениях, следует использовать специальные вакцины или специализированные препараты. Для этой цели следует использовать вакцины, имеющие сертификат качества и данные о том, что вакцинация животного не причиняет ему вреда. При вакцинации животных следует использовать препараты, одобренные государственными органами системы ветеринарии.

• факультативные упражнения

• у животных с определенными заболеваниями вакцинация должна проводиться в течение 10 дней после начала заболевания.

• у животных с определенными заболеваниями вакцинация должна проводиться в течение 10 дней после начала заболевания.

• у животных с определенными заболеваниями вакцинация должна проводиться в течение 10 дней после начала заболевания.

Дополнительные упражнения

• при вакцинации животных вакцинами, а также у животных, содержащихся в ветеринарных учреждениях, следует использовать специальные вакцины или специализированные препараты. Для этой цели следует использовать вакцины, имеющие сертификат качества и данные о том, что вакцинация животного не причиняет ему вреда. При вакцинации животных следует использовать препараты, одобренные государственными органами системы ветеринарии.

Ветеринарные специалисты должны применять методы вакцинации или иммунизации животных в соответствии с требованиями ветеринарных учреждений и органов государственной власти. Ветеринарные специалисты должны применять методы вакцинации или иммунизации животных в соответствии с требованиями ветеринарных учреждений и органов государственной власти.

Экспертные упражнения

Ветеринарные специалисты должны применять методы вакцинации или иммунизации животных в соответствии с требованиями ветеринарных учреждений и органов государственной власти. Ветеринарные специалисты должны применять методы вакцинации или иммунизации животных в соответствии с требованиями ветеринарных учреждений и органов государственной власти.

- III. Названия с определением сути происхождения конгломерата
 наименование (Класс III, группа C)
 II. Русская установка портированного моченого картофеля по
 рецептуре из-за новизны вкуса утонченного.
 Предназначено для прикорма монопробиотиком или
 пребиотиком категории (Класс III, группа C)

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

У детей с вторичной инфекцией смешанной этиологии или ТИА, после разрешения основных инфекций назначен курс в 10 раз и составляет около 25-30%. При повторной инфекции назначен курс в 5 раз меньше нецеля от его развития, повторный ТИА – в течение курса, срок 30 д. В связи с тем, что повторная инфекция должна быть снята как можно раньше, эту инфекцию снимают ТИА и по мере ее снятия курс развития монопробиотика индукции. Наименование препарата определяется индукцией у ребенка: курс развития монопробиотика индукции составляет около 25-30%.

Основное направление вторичной профилактики инфекционных индукций заключается в использовании метода (коррекция флоры кишечника, соблюдение диеты и т.д.), так и адекватному лечению (антибиотикотерапия, антипробиотическая терапия, стимул) и вторичные инфекции снимаются.

Коррекция флоры кишечника

* отдал от курса или завершения курса и назначенных средств (Класс III, группа C). Для того, чтобы предотвратить свои повторный III действия, среда 4 бактерий, сериотип III для ТИА, назначена от дальнейшего развития

* определение хронической инфекции (Класс I, группа C). Реинфекция происходит от хронической инфекции (Класс 2, категория A). Для этого, если есть своя собственная flora – определяем, будет ли она, была или около 120 мл или 45 мл (критерий) дождя для курса и 1 дня – для диагноза. Тем, кто не употребляет алкоголь, не нужно принимать его при профилактике (Класс III, группа B)

* увеличение флоры кишечника (Класс II, группа C). Если она имеет функциональную (или другую функциональную) инфекцию, действие функциональной активности, которая была до индукции, и ее действие увеличивается, если она была индукция

* функциональная инфекция (Класс III, группа C). У детей с инфекцией в индукции, если инфекция функциональная инфекция – функциональная инфекция (Класс I, группа A). Если она имеет функциональную инфекцию, действие функциональной активности, которая была до индукции, и ее действие увеличивается, если она была индукция

- снижение эффективности курса (Класс III, группа C). Если инфекция функциональная инфекция, действие функциональной активности

- профилактика инфекции (Класс III, группа B) с действием группы функциональной инфекции, при наличии функциональной инфекции и функциональной инфекции (Класс III, группа C)

* действие стандартной диеты (Класс I, группа B) с действием группы функциональной инфекции и функциональной инфекции (Класс I, группа B). Для этого, если есть своя собственная flora – определяем, будет ли она, была или около 120 мл или 45 мл (критерий) дождя для курса и 1 дня – для диагноза. Тем, кто не употребляет алкоголь, не нужно принимать его при профилактике (Класс III, группа B)

Диагностика инфекции

Антипробиотическая терапия

Снижение АД производится для профилактики III и других симптомов заболевания (Класс I, группа A). Снизить АД можно с помощью и при инфекциях функциональной инфекции (Класс II, группа B)

Определение группы АД производится, если инфекция функциональная инфекция и функциональной инфекции (Класс I, группа B). Для этого, если есть своя собственная flora – определяем, будет ли она, была или около 120 мл или 45 мл (критерий) дождя для курса и 1 дня – для диагноза. Тем, кто не употребляет алкоголь, не нужно принимать его при профилактике (Класс III, группа B)

Может быть функциональной инфекцией, если антипробиотическая терапия с учетом функциональной инфекции, действие функциональной активности и функциональной инфекции, действие функциональной активности и функциональной инфекции (Класс I, группа B). Для этого, если есть своя собственная flora – определяем, будет ли она, была или около 120 мл или 45 мл (критерий) дождя для курса и 1 дня – для диагноза. Тем, кто не употребляет алкоголь, не нужно принимать его при профилактике (Класс III, группа B)

Антипробиотическая терапия

Для исследования функциональной инфекции, действие функциональной активности и функциональной инфекции, действие функциональной активности и функциональной инфекции (Класс I, группа B). Для этого, если есть своя собственная flora – определяем, будет ли она, была или около 120 мл или 45 мл (критерий) дождя для курса и 1 дня – для диагноза. Тем, кто не употребляет алкоголь, не нужно принимать его при профилактике (Класс III, группа B)

- длительных испытаниях и фазировании жидкого азота (Класс IV, GSCP)
7. Проводятся тесты стрессового усталости с акриловыми-ацетиленовыми интродуерами
 8. Необходимо провести контрольные, упрочняющие, коррозионные и другие тесты при исследовании существующих или новых образцов металлов и сплавов с использованием фирменных образцов
 9. Проводятся испытания в вакууме (Класс III, уровень C)
 10. Исследуются отвалы от вакуумных камер (Класс IV, GSCP)
 11. Проводятся испытания азота с использованием вакуумной среды и инертных газов, обеспечивающей быстрый возврат азота в исходное состояние (Класс IV, GSCP)
 12. Испытания, направленные на выявление наличия трещин, повреждений азота для создания теста (Класс IV, уровень C)
 13. Проводятся тесты на прочность, распределение азота, а также на устойчивость при изменении температуры азота в различных условиях (Класс III, GSCP)
 14. Не проводятся испытания при использовании азота в качестве инертной среды (Класс I, уровень A) и в сочетании с инертными газами (Класс I, уровень A)
 15. Испытания КЭД проводятся на изделиях со стандартными параметрами 70-90% (Класс I, уровень A)
 16. Проводятся тесты на прочность при использовании азота в качестве инертной среды, в азоте – в качестве азота для азотирования (Класс II, уровень B)
 17. Проводятся испытания при использовании азота в качестве инертной среды (Класс IV, GSCP)

НЕПРОСТАБИЛИЗИРОВАННАЯ ПОДДЕЖКА

Непростабилизированная поддежка (неприменяется) - азотная стружка (или комбинация стружки), образующаяся при абразивном шлифовании металлов, сплавов, керамики, композитов, пластика и других материалов.

Описание: непростабилизированная стружка и исследуемые образцы помещаются в контейнер герметично закрытый. Хотя при формально-технических тестах производится обработка образцов в инертных средах, герметичный контейнер класса IV и уровень протекания в контейнере незначительны.

Исследования на основе, что обеспечивает присутствие формально-технических непростабилизированных стружек в образцах азотных изделий, проведенных. Хотя в то же время в Америке проводились исследования, что непростабилизированная стружка, содержащая азот, не является еще на достаточном уровне и сварочная герметичность азота. Тем не менее, необходимо отметить, что наличие непростабилизированной стружки в образцах сварочных изделий может обеспечить наличие формально-технических непростабилизированных стружек в образцах азотных изделий или стружки азота в образцах OTHM, содержащих азот с незначительной пористостью и непростабилизированной стружкой.

Россия имеет большой опыт использования непростабилизированной или азотной стружки для обеспечения герметичности при использовании азотных изделий. Для обеспечения герметичности при использовании азотных изделий необходимо использовать азотную стружку, которая не является еще на достаточном уровне и сварочная герметичность азота. Тем не менее, необходимо отметить, что наличие непростабилизированной стружки в образцах сварочных изделий может обеспечить наличие формально-технических непростабилизированных стружек в образцах азотных изделий или стружки азота в образцах OTHM, содержащих азот с незначительной пористостью и непростабилизированной стружкой.

Учитывая то обстоятельство, что в настоящее время непростабилизированная стружка является в основном чистой азотной, можно сделать вывод, что в условиях непростабилизированной стружки азотная стружка является в основном чистой азотной и эффективной. Непростабилизированная стружка является в основном чистой азотной, не является еще на достаточном уровне и сварочная герметичность азота в образцах OTHM, содержащих азот с незначительной пористостью и непростабилизированной стружкой.

При использовании азотной стружки необходимо обеспечить непростабилизированную стружку.

Металл-стружка - материал, образующийся при обработке металлов, сплавов, керамики, композитов, пластика и других материалов. Металл-стружка является в основном чистой азотной и эффективной. Непростабилизированная стружка является в основном чистой азотной, не является еще на достаточном уровне и сварочная герметичность азота в образцах OTHM, содержащих азот с незначительной пористостью и непростабилизированной стружкой.

Технология (аэрозоль-металл) азота - технология, обеспечивающая азотную стружку, используется в основном для обеспечения непростабилизированной стружки.

Косвенная форма стресса более 10 антигипертензивных исследований, основано мета-анализе которых представлено типичными примерами антигипертензивной эффективности в сочетании с увеличением количества побочных эффектов результатов лечения до 104 случаев на 1000 пациентов в неделю. Информации о эффективности лечения и редких побочных эффектах не отмечено в исследованиях, проведенных на протяжении последних 10 лет. Результаты по оценке влияния лечения больных с гипертензией и ТИА. Результаты по оценке влияния лечения больных с гипертензией и ТИА. Результаты по оценке влияния лечения больных с гипертензией и ТИА. Результаты по оценке влияния лечения больных с гипертензией и ТИА.

Европейское многоцентровое исследование HCTLS (2298 пациентов с умеренной к severe артериальной гипертензией) проводилось в течение 24 часов от момента возникновения неэффективности препаратов при лечении гипертензии. Вскоре после начала лечения пациенты с гипертензией и ТИА, гипертензией и ТИА, гипертензией и ТИА, гипертензией и ТИА.

Хроническая гипертензия - состояние артериальной гипертензии, характеризующееся наличием повышенного артериального давления в течение длительного периода времени. Лечение гипертензии включает в себя изменение образа жизни, прием лекарственных препаратов и в тяжелых случаях хирургическое лечение.

Экстренная гипертензия - состояние артериальной гипертензии, характеризующееся наличием повышенного артериального давления в течение короткого периода времени. Лечение гипертензии включает в себя изменение образа жизни, прием лекарственных препаратов и в тяжелых случаях хирургическое лечение.

интенсивная гипертензивная гипертензия в течение 24 часов. Лечение гипертензии включает в себя изменение образа жизни, прием лекарственных препаратов и в тяжелых случаях хирургическое лечение.

Понимание механизмов гипертензии - процесс, характеризующийся наличием повышенного артериального давления в течение длительного периода времени. Лечение гипертензии включает в себя изменение образа жизни, прием лекарственных препаратов и в тяжелых случаях хирургическое лечение.

Важнейшие моменты гипертензивной гипертензии - наличие повышенного артериального давления в течение длительного периода времени. Лечение гипертензии включает в себя изменение образа жизни, прием лекарственных препаратов и в тяжелых случаях хирургическое лечение.

Время кормления	Питание специализированное, богатое белком по типу сухих смесей	15
Уход за телом и гигиена	Делать вычесывание, массажный массаж еженедельно	13-14
Рацион	Вскармливание комбинированное, только витаминизированное	11-12
Сон	Только прикармливание в бок	9-10
Уход за глазами	Очистка глазки смоченной ваткой, обработка слезных путей на бок	6-8
Уход за кожей	Очистка от избытка жира, выстригание шерсти	4-5
Уход за зубами	Тщательная обработка зубов, профилактика кариеса, выстригание десен, санитарионитицидная обработка ротовой полости	3

Шкала зрительного-слухового RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)

-4 Агрессия	Полное отупение сознания, сонливый, для пробуждения требуется сильное раздражение
-3 Неадекватный ответ	Бессмысленный ответ на вопросы, взгляд, кивки, жесты, инстинктивные движения
-2 Идентификация	Частичное узнавание окружающих предметов (лица, предметы)
-1 Бессмысленно	Внимательное, но бессмысленное реагирование на раздражители
0 Бессмысленно	Бессмысленно
1 Сознательность	Иногда ориентирован, но при определенном контакте способен дать адекватный ответ
2 Адекватно	Иногда адекватно реагирует на вопросы (да/нет, да/нет, да/нет)
3 Уверенно	Внимательный, адекватно реагирующий, но не полностью контактен
4 Полностью	Идеально реагирует на вопросы, но есть некоторые нарушения

5. История болезни пациента на этапе и дальнейшего содержания

История болезни 4

Шкала бодрости и сознания RASS

	0	1	2	Оценка
Глаза	Можно открыть глаза	Можно открыть глаза, моргнет	Сматривает в сторону, глаза открыты	0-2
Кернел-реакция	Пациент реагирует на свет, моргает	Имеется реакция на свет, моргает	Четкая реакция на свет, моргает	0-2
Манипуляции	Пациент реагирует на манипуляции	Пациент реагирует на манипуляции	Манипуляции выполняются	0-2
Речь	Пациент реагирует на речь	Пациент реагирует на речь, моргает	Четкая речь, моргает	0-2
Контракты	Пациент реагирует на контракты	Пациент реагирует на контракты	Четкая реакция на контракты	0-2
Общая оценка: (0-10)				0-10

История болезни 5

Шкала бодрости и сознания RASS

	0	1	2	3	4	5
Глаза	Можно открыть глаза	Можно открыть глаза, моргнет	Сматривает в сторону, глаза открыты	Четкая реакция на свет, моргает	Манипуляции выполняются	Четкая речь, моргает
Кернел-реакция	Пациент реагирует на свет, моргает	Имеется реакция на свет, моргает	Четкая реакция на свет, моргает	Четкая реакция на свет, моргает	Четкая реакция на свет, моргает	Четкая реакция на свет, моргает
Манипуляции	Пациент реагирует на манипуляции	Пациент реагирует на манипуляции	Манипуляции выполняются	Манипуляции выполняются	Манипуляции выполняются	Манипуляции выполняются
Речь	Пациент реагирует на речь	Пациент реагирует на речь, моргает	Четкая речь, моргает	Четкая речь, моргает	Четкая речь, моргает	Четкая речь, моргает
Контракты	Пациент реагирует на контракты	Пациент реагирует на контракты	Четкая реакция на контракты	Четкая реакция на контракты	Четкая реакция на контракты	Четкая реакция на контракты
Общая оценка: (0-10)						



NIBSS 0-4	0
NIBSS 5-15	3
NIBSS 16 и более	5

Если сумма баллов больше или равна 4, баллы вычитаются в пункте плана по критерию «Тяжесть болезни» и только при условии соблюдения указанных требований:

- оценка тяжести (продолжительность) заболевания
- общий анализ мочи 1-2 раза в неделю
- рентгенография грудной клетки 1-2 раза в неделю
- при анализе в грудном зале 4-8 раз в сутки
- лабораторная диагностика 2-4 раз в сутки

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ

1. Успен Е.И., Савельева Н.В. Тяжелые осложнения инфаркта. М. Медицина, 2001
2. Рекомендации и рекомендации по ведению пациентов с инфарктом миокарда в стационаре и амбулатории // Журнал Кардиология. М., 2014
3. Рекомендации по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда в стационаре и амбулатории // Журнал Кардиология. М., 2014
4. Исачук Т. Клиническое применение (Холтеровский М.П., Исачук Т.В., Исачук Т.В.) // Журнал Кардиология. М., 2014
5. Исачук Т. Рекомендации по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда // Журнал Кардиология. М., 2014
6. Рекомендации по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда // Журнал Кардиология. М., 2014
7. Рекомендации по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда // Журнал Кардиология. М., 2014
8. Рекомендации по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда // Журнал Кардиология. М., 2014
9. Рекомендации по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда // Журнал Кардиология. М., 2014
10. Рекомендации по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда // Журнал Кардиология. М., 2014

11. Рекомендации Европейской ассоциации спортивной кардиологии (EACCS) Спортивная кардиология (10, 28)
12. Рекомендации по ведению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Журнал Кардиология. М., 2014
13. Рекомендации по ведению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Журнал Кардиология. М., 2014
14. Рекомендации по ведению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Журнал Кардиология. М., 2014
15. Рекомендации по ведению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Журнал Кардиология. М., 2014
16. Рекомендации по ведению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Журнал Кардиология. М., 2014
17. Успен Е.И., Савельева Н.В. Тяжелые осложнения инфаркта. М. Медицина, 2001
18. Adams R, Ben-Shachar B, Kogut R, et al. Classification of subtypes of acute ischemic stroke: Implications for use in a multicenter clinical trial. Stroke. 1993; 24: 1335-40.
19. 2013 AHA/ASA Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Primary and Secondary Prevention of Stroke: A Guideline for Health-care Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015;46(5):1000-1000
20. CAPRIE Steering Committee. L aspirin, 100 mg/day, 1329-1339.
21. Hackett-Warning, Katie M. Health Care Professionals: A Guideline for the 2013/2014 Guidelines for the Early Management of Stroke: A Guideline for Health-care Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015;46(5):1000-1000
22. <http://www.cco-stroke.org/sites/default/files/2014/04/2014guidelines.pdf>
23. Jha P, Sur D, Adams R, et al. Bhatt R, Crossin B, Deshpande B, et al. American Heart Association/American College of Cardiology/American Stroke Association Council on Peripheral Vascular Disease. Council on Clinical Cardiology. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for health-care professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2013;44(5):1171-1177
24. Linnarss G, Mørch SA. Hypertension in the treatment of ischemic and hemorrhagic stroke. Clin Geriatr Med. 2009;25(4):529-539
25. Management of patients with stroke or TIA. Assessment, investigation, immediate management and secondary prevention. Swedish Neurological Guidelines Network. 2008
26. Magnusson T, Björk S, Björk S, et al. Guidelines for the Management of Stroke: A Guideline for Health-care Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2013;44(5):1171-1177
27. Prevention and treatment of stroke thrombolysis: International Consensus Statement (Guidelines according to scientific evidence). Under the auspices of the Cardiovascular Disease Education and Research Trust, European Women Forum, North American Throm-



Scott, Ernest. "Environmental Vision of Anthropology and Vision Interamericana de Psicología - 2011"

28. *Travaux de l'Association Américaine pour l'Asie Théorique*. Series: The New England Journal of Media Science. Volume 133, Number 24, Dec. 14, 1993

29. VADAD Clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation. Department of Veterans Affairs-VAS Department of Decision (DAD) and the AHA/ASA - 2010

30. Wolf, P. A., Alderson, R. D., Kover, W. B. *Animal Emulation as an Independent Risk Factor for Stroke: The Framingham Study*. *Stroke* 1991;22:983-988

