

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра скорой неотложной помощи и анестезиологии,
реаниматологии.

Алгоритм оказания первой помощи при ОНМК

Подготовила: Мубарак А.С.

Проверил: Шмидт А.А.

Группа: 576 ОМ

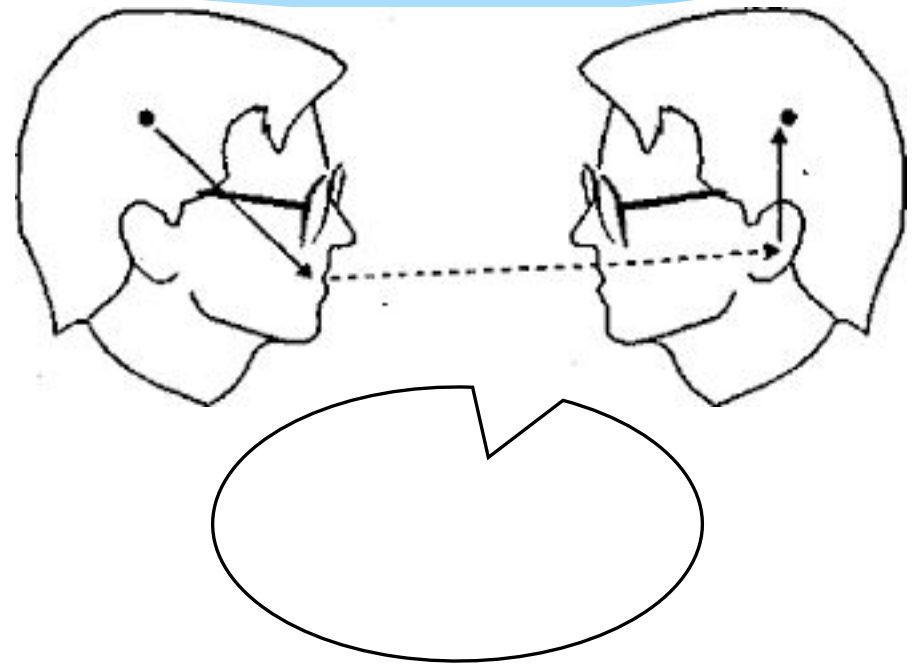
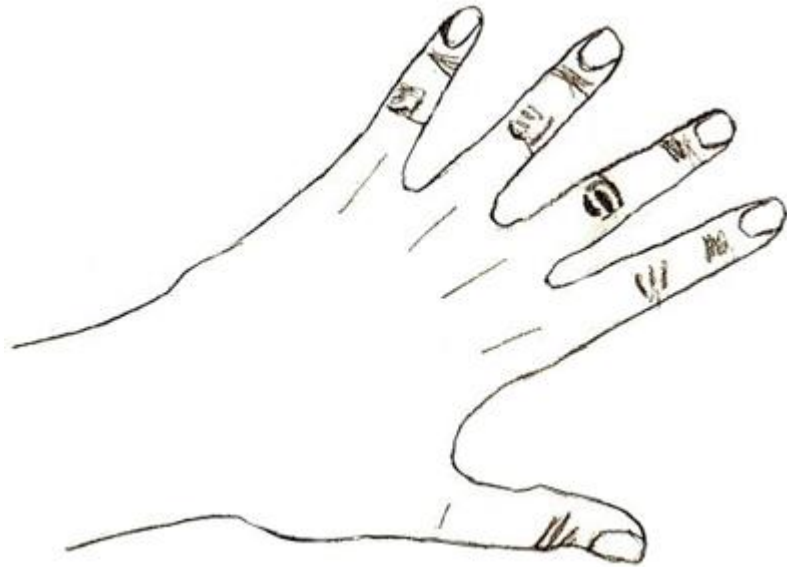
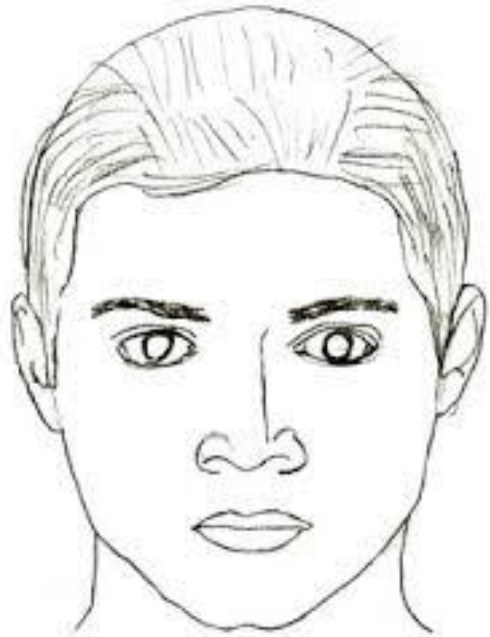
Астана
2015г.



Основные задачи мероприятий на догоспитальном этапе


- * 1. **Диагностика инсульта** и определение точного времени начала заболевания с выяснением всех обстоятельств случившегося с привлечением очевидцев.
- * 2. **Проведение неотложных лечебных мероприятий.**

TECT



Другие симптомы:

- необъяснимое нарушение зрения
- онемение (потеря чувствительности) в какой либо части тела, особенно на одной половине тела
- остро возникшее выраженное головокружение, неустойчивость и шаткость, нарушение координации движений
- нарушения глотания, поперхивание, гнусавость голоса
- судорожный припадок или какие-либо другие нарушения сознания
- необычно тяжелая, внезапно развившаяся головная боль, рвота



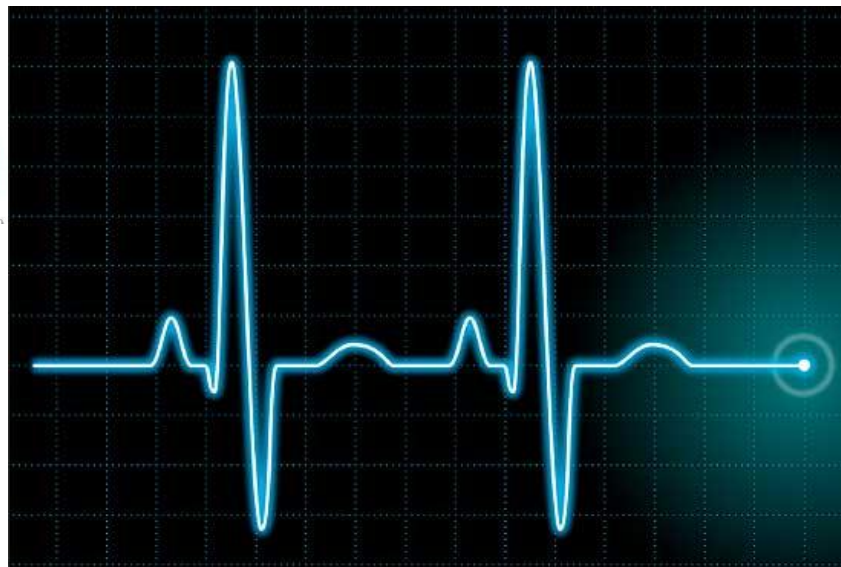
N.B.! отсутствие вышеописанных
симптомов при проведении данного теста
не исключает инсульт!



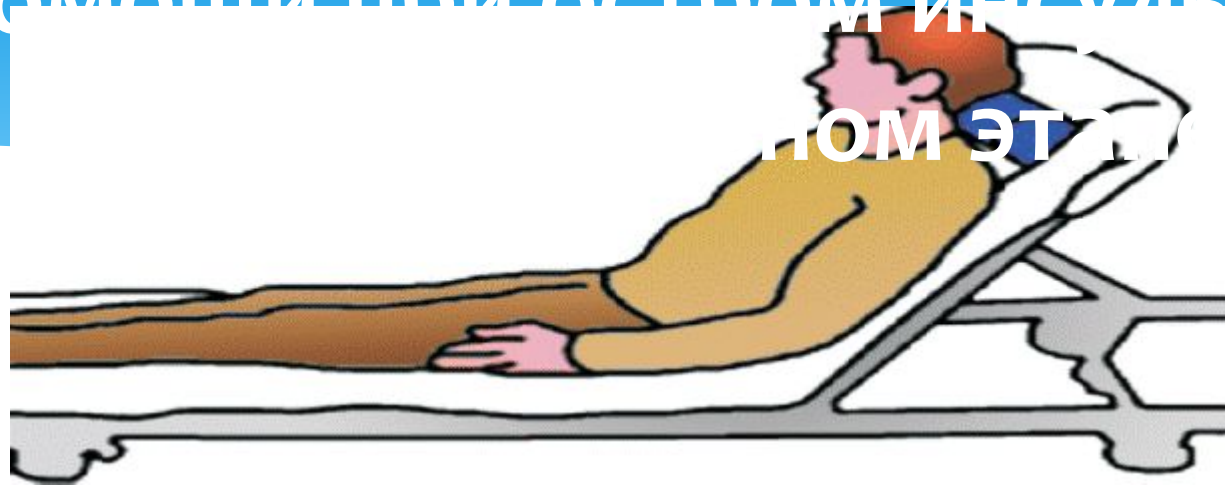
40 минут



Уровень сознания по шкале ком Глазго



Основные принципы оказания медицинской помощи при остром инсульте на



- 2. Обеспечение адекватной оксигенации
- 3. Поддержание адекватного уровня АД
 - Уровень АД в острейшем периоде не принято снижать если он не превышает 180\105 мм.рт.ст. у пациента с фоновой АГ и 160\105 без артериальной гипертензии в анамнезе для сохранения достаточного уровня перфузии.
 - !!! неадекватная гипотензивная терапия, обуславливающая резкое падение АД – это одна из наиболее реальных лечебных ошибок.**

- Каптоприл

- препарат выбора для снижения АД.
- внутрь в начальной дозе 12,5 мг., если систолическое АД не выше 200 мм.рт.ст., или
- 25 мг., если систолическое АД выше 200 мм.рт.ст.
- При необходимости применяется повторно в той же или вдвое большей дозе в зависимости от установленного гипотензивного эффекта.
- Если через 30-40 мин. после приема 12,5 мг. каптоприла АД снизилось на 15% от исходного, повторить введение препарата в той же дозе через 3 часа.
- Если АД не изменилось или повысилось, назначают 25 мг. безотлагательно.

- Нитропруссид натрия

- * для экстренного управляемого снижения АД при повышении диастолического АД свыше 140 мм.рт.ст.
- * Начальная доза - 0,5 -10 мг\кг в минуту, в дальнейшем дозу подбирают в зависимости от гипотензивного эффекта.
- * Если систолическое АД оказывается ниже 100-110 мм рт.ст., а диастолическое – ниже 60-70 мм рт.ст., необходимо введение объемозамещающих средств (кристаллоидные растворы, низкомолекулярные декстраны, крахмалы) в сочетании с глюкокортикоидами:

- 1. **Натрия хлорид 0,9% раствор** – 250-500 мл или **полиглюкин** 400 мл или **пентакрахмал** 250-500 мл, в/в капельно в течение 30-40 минут + **преднизолон** 120-150мг или **дексаметазон** 8-16мг, однократно, струйно.
- 2. Желательно введение симпатомиметиков (дофамин или мезатон) и препаратов, улучшающих сократимость миокарда (сердечные гликозиды). В подобных случаях, прежде всего, нужно заподозрить одновременное с инсультом развитие инфаркта миокарда.
- **Дофамин** 50-100 мг. препарата разводят 200-400 мл. изотонического раствора и вводят в/в предпочтительно с использованием инфузомата (начальная до 5 мкг\кг\мин). Начальная скорость введения 3-6 капель в мин. Под строгим контролем АД и частоты пульса скорость введения может быть увеличена до 10-12 кап. в минуту. Инфузию продолжают до повышения среднего АД в пределах 100-110 мм.рт.ст.

4. Купирование судорог (при развитии серии эпилептических припадков или эпилептического статуса)

- начинается с препаратов для в\в введения. При неэффективности перейти к комбинации антиконвульсантов- парентерально и через зонд.
Рекомендуемые препараты и режим дозирования для купирования судорожного синдрома:
 - **Диазепам (реланиум)** 0,15 -0,4 мг\кг в\в со скоростью введения 2-2,5 мг\мин, при необходимости повторить введение 0,1-0,2 мг\кг\час.
 - **Кислота вальпроевая (конвулекс)** в\в 20-25 мг\кг первые 5-10 мин., затем постоянная инфузия со скоростью 1-2 мг\кг\час. Возможно болюсное введение 4 раза в сутки, суточная доза 25-30 мг\кг\сут.
 - При рефрактерном эпилептическом статусе и при неэффективности реланиума использовать **тиопентал натрия** под контролем функции внешнего дыхания. Тиопентал- средство третьей очереди для в\в введения после бензодиазепинов и вальпроевой кислоты. 250-350 мг в\в в течении 20 сек., при отсутствии эффекта дополнительное введение препарата в дозе 50 мг. в\в каждые 3 мин. до полного купирования приступов. Далее переход на поддерживающую дозу, в среднем, 3-5 мг\кг в\в каждый час. Продолжительность барбитурового наркоза составляет 12-24 часа.

5. Гиповолемия

- * Объем парентерально вводимой жидкости производится из расчета 30-35 мл\кг.
- * Для устранения гиповолемии и возмещения объема циркулирующей жидкости вводят **изотонический раствор хлорида натрия**. При артериальной гипотензии (систолическое артериальное давление мене 100 мм.рт.ст.) в\в капельно вводят полиглюкин 400,0 мл. или пентакрахмал 500 мл.

6. Контроль температуры тела.

- Показано снижение температуры тела при развитии гипертермии выше $37,5^{\circ}$.
- **парацетамол** (цефекон)
- физические методы охлаждения.

При гипертермии более 38° показаны:

- ненаркотические и наркотические анальгетики;
- нейролептики (**дроперидол**);
- физические методы охлаждения: обтирания кожных покровов 40° - 50° **этиловым спиртом**, обертывание мокрыми простынями, клизмы с холодной водой, установка пузырей со льдом над крупными сосудами, обдувание вентиляторами, в\в введение охлажденных инфузионных средств.

7. Купирование рвоты и икоты:

- * **метоклопромид** 2 мл в 10 мл. 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно или внутримышечно;
- * **пиридоксина гидрохлорид** 2-3 мл 5% раствора внутривенно в 10 мл. 0,9% раствора натрия хлорида; при неэффективности
- * **дроперидол** 1-3 мл 0,25% раствора в 10 мл. 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно или внутримышечно.

8. Первичная нейропротекция:

- - **магния сульфат** (антагонист глутаматных рецепторов) 25% раствор 30 мл. в сутки
- - **глицин** (активатор тормозных нейротрансмиссерных систем), рекомендуемая доза 20 мг\кг (в среднем 1-2 г\сутки) сублингвально.
- - **цитиколин (цераксон)** 1000 мг в\в капельно
- - **нимодипин** (антагонист потенциалзависимых кальциевых каналов). Доказана эффективность применения препарата при субарахноидальном кровоизлиянии. При лечении ишемического инсульта препарат эффективен в течении первых 12 часов. Препарат может быть включен в комплексную терапию инсульта только у пациентов с высокими цифрами АД (выше 220\120 мм.рт.ст), так как обладает вазодилатирующим действием.

9. Коррекция уровня глюкозы

- * Абсолютным показанием для назначения инсулинов короткого действия является уровень глюкозы крови более 10 ммоль/л. Больные, страдающие сахарным диабетом, должны быть переведены на подкожные **инъекции инсулина** короткого действия, контроль глюкозы крови через 60 мин. после введения инсулина.

действие требует специальных разъяснений.

- На догоспитальном этапе, за исключением необходимости купировать отек легких, **противопоказано назначение фуросемида.**

Для минимизации риска резкого снижения АД и мозговой перфузии у больных с подозрением на мозговую инсульт, следует исключить нифедипин, применяемый сублингвально.

- **Должны быть исключены аминазин и трифтазин**, так как эти нейролептики угнетают функцию стволовых структур мозга и ухудшают состояние больных, особенно пожилых и старых.
- **Гексенал и тиопентал натрия также угнетают функцию дыхания**, их не следует назначать для купирования эпилептического статуса у больных с ОНМК, сопровождающимся угнетением сознания и стволовых функций.
- **Противопоказаны барбитураты**, иногда рекомендуемые для купирования церебральной гипоксии.
- **Противопоказана 40% глюкоза**, так как инсульт (особенно тяжелые формы) уже в первые часы с момента заболевания сопровождается гипергликемией. Также доказано, что введение глюкозы не предотвращает развития анаэробного гликолиза.
- **Противопоказаны эуфиллин и папаверин**, вызывающие синдром внутримозгового «обкрадывания» – усиление кровотока в непораженных зонах мозга и его уменьшение в большей степени ухудшают васкуляризацию в зоне формирующегося инфаркта мозга. При геморрагическом инсульте вазодилатация способствует дальнейшему кровотечению и увеличению гематомы.
- **Дегидратирующие препараты для борьбы с отеком мозга (фуросемид, глицерин, сорбитол, маннитол) могут назначаться только по строгим показаниям и не должны вводиться на догоспитальном этапе**