

**НАО «Медицинский университет Астана»  
Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии  
№1**

**СРС на тему:**  
**«НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ В:  
РЕВМАТОЛОГИИ, КАРДИОЛОГИИ,  
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ »**

**Подготовила: Цекова А.Д.  
680 ВОП**

**Астана 2020**

# ПЛАН

- Введение;
- Основная часть:
  - НТ в ревматологии;
  - НТ в кардиологии;
  - НТ в гастроэнтерологии;
- Заключение;
- Использованные источники.



# НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В РЕВМАТОЛОГИИ

(Ханов А.Г., Моисеенко С.Н., 2015)

## Септический (инфекционный) артрит

**Инфекционные и другие заболевания у пациентов, принимающих биологические генно-инженерные препараты (БГИП):**  
сепсис, туберкулез, лимфомы, печеночная недостаточность, аутоиммунный гепатит, демиелинизирующие заболевания, неврит зрительного нерва, апластическая анемия, панцитопения, аллергические реакции, инфекционные осложнения (заглоточные абсцессы), инфекционный эндокардит.

**Острая системная красная волчанка или волчаночный криз**  
(люпус-нефрит, поражения сердца, легких, гематологические изменения)

**Острая системная красная волчанка или волчаночный криз**  
(люпус-нефрит, поражения сердца, легких, гематологические изменения)

**Васкулиты**  
(ишемии, инфаркты, тромбозы, эмболии, разрыв и расслаивание аневризм)

## Антифосфолипидный синдром

(артериальные и венозные тромбозы, эмболии, гангрена пальцев рук и ног, некрозы кожи с образованием язв, тромбоз артерий сетчатки, инфаркт селезенки, спонтанные аборт в ранних сроках беременности, пре- и эклампсия, мигрень, аваскулярный некроз костей)

**Склеродермические кризы**  
(почечный криз, острая легочная гипертензия)

**Пневмонит, при применении метотрексата («метотрексатное» легкое)**

**Токсическое поражение печени и почек при использовании «базисных» препаратов и НПВП или нарушении схем и доз их приема**

**Состояния, приводящие к острой боли в спине**

**Острая ишиалгическая боль**

**Нетравматическая компрессия позвонка**

Стеноз позвоночного канала;  
вывих/подвывих в области  
атлантаксиального сустава

Вывихи/подвывихи мелких суставов  
кистей рук и стоп

Киста Бейкера (разрыв)

Разрыв/отрыв Ахиллова сухожилия

ЖК кровотечения на фоне применения НПВП

Приступ подагры

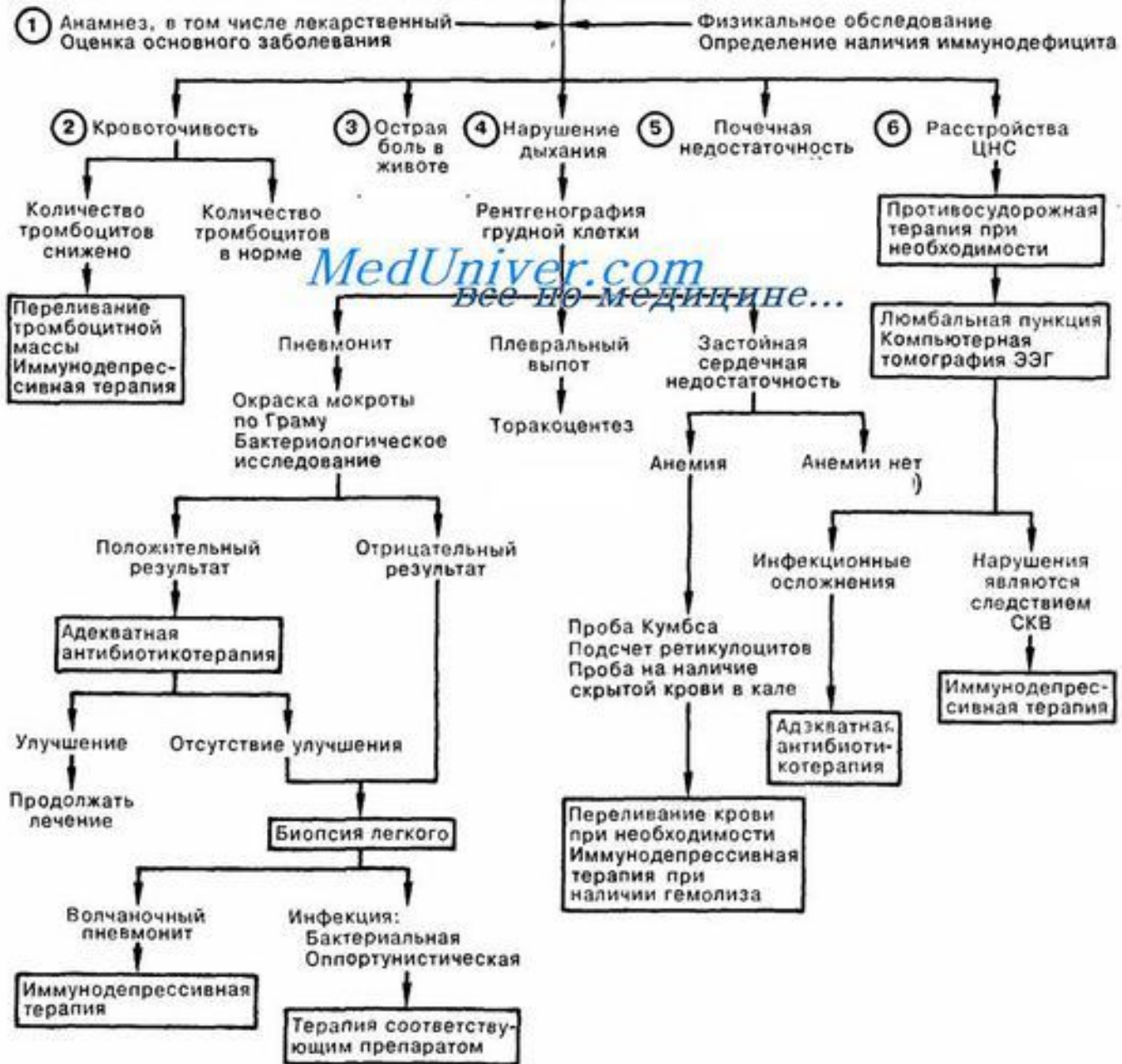
Остеопоротические («низкоэнергетические»)  
переломы позвоночника и шейки бедра

Клинические ситуации у ревматологических  
больных: различные виды почечной  
недостаточности; нефротический синдром;  
артериальные гипертензии;  
синдром отмены ГКС,  
острая надпочечниковая недостаточность

### Отдаленные последствия протезирования суставов:

параэндопротезная инфекция, вывих  
головки эндопротеза, перелом  
эндопротеза, нестабильность компонентов  
эндопротеза (асептическая  
нестабильность, расшатывание  
эндопротеза),  
перипротезный(парапротезный) перелом,  
разрушение вкладыша эндопротеза,  
протрузия вертлужной впадины,  
изменение длины оперированной  
конечности (удлинение, укорочение),  
контрактура протезированного сустава,  
послеоперационный неврит(тракционная  
нейропатия), тромбоз глубоких вен  
конечности, тромбоз эмболия легочной  
артерии.

# Системная красная волчанка



# ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СКВ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

- **Диагностические мероприятия:**
- сбор жалоб, анамнез. Экспресс методом ОАК, ОАМ, БАК (общ. Белок, креатинин, мочевины, сахар, Алт, АСТ), коагулограмма, ЭКГ, обзорная рентгенография грудной клетки.

## **Медикаментозное лечение:**

- Метилпреднизолон 500-1000мг в/в кап-но.

| Варианты СКВ                                                                                                                 | Стандарты лечения                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Серозит:                                                                                                                     | Средние дозы ГК внутрь (25-40 мг/день) или Пульс-терапия, для поддержания эффекта и снижения дозы ГК применяется плаквенил 200-400 мг/день или Азатиоприн 100-150 мг/день (С)                                                                                                                                                                                                   |
| При рецидивирующем течении или угрожающем жизни серозите                                                                     | Применяется ММФ (2 г/день), Циклофосфан (до 3-4 г суммарно) или Ритуксимаб 1000-2000 мг на курс (С)                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Волчаночный артрит:                                                                                                          | Средние и низкие дозы ГК, азатиоприн, плаквенил и меторексат (С)<br>при отсутствии стойкого эффекта: ММФ, Циклоспорин. Ритуксимаб (С)                                                                                                                                                                                                                                           |
| Нейропсихиатрические проявления: судорожный синдром, поперечный миелит, психоз, поражение зрительного нерва, цереброваскулит | Незамедлительно: назначаются высокие дозы ГК (0.5-1.0 мг/кг), Пульс-терапия 6-МП и инфузии циклофосфана (500-1000 мг) (А)<br>При недостаточной эффективности и состоянии угрожающем жизни назначается:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Ритуксимаб (инфузии 500 мг x 4);</li> <li>- ВВИГ (0.5-1.0 г/кг 3-5 дней)</li> <li>- Плазмаферез/иммуносорбция (С)</li> </ul> |

|                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Гемолитической анемии,<br/>тромбоцитопении, лейкопении:</p>    | <p>ГК в дозах от 0.5 до 1.0 мг/кг в день + азатиоприн 100-200 мг в день (С)<br/>         При недостаточном эффекте и обнаружении специфических антител может использоваться Циклофосфан (инфузии по 500-1000 мг), ВВИГ (0.5 мг/кг 1-3 дня), Ритуксимаб (инфузии 500 мг x 4 или 1000 мг 1-2 раза) (С)<br/>         При неэффективности у отдельных пациентов: иммуносорбция, ММФ, Циклоспорин, Спленэктомия (С)<br/>         Стандарт для лечения ИТТП: высокие дозы ГК внутрь, Пульс-терапия, Иммуносорбция, Плазмаферез, ЦФ или Ритуксимаб</p> |
| <p>Волчаночный пневмонит:<br/><br/>Геморрагический альвеолит:</p> | <p>ГК в дозах от 0.5 до 1.0 мг/кг в день + Циклофосфан 500-1000 мг в инфузиях ежемесячно (С)<br/><br/>         Незамедлительно Пульс-терапия 6-МП + Циклофосфан (инфузии по 500-1000 мг), Плазмаферез, ВВИГ (0.5 мг/кг 1-3 дня), Ритуксимаб (инфузии 500 мг x 4 или 1000 мг 1-2 раза) (С)<br/>         ежемесячные инфузии Циклофосфана по 500-1000 мг + 6-МП 500-1000 мг<br/>         При отсутствии эффекта: Ритуксимаб 500-1000 мг каждые 3-6 месяцев</p>                                                                                    |



Волчаночный нефрит в соответствии с морфологическим типом нефрита:

При выявлении I или II класса назначение подавляющей иммуносупрессивной и ГК терапии не проводится (С)  
При наличии III или IV класса назначается терапия массивными дозами ГК и ЦФ (А) или ММФ (В)  
В случаях сочетания V с III/IV классами проводится такая же терапия как при IV (В)  
V класс – «чистый мембранозный ВН» - назначаются большие дозы ГК и ММФ (С)

Индукционная терапия ВН III/IV класса

1. Пульс-терапии 6-МП (3 дня по 500 -1000 мг, не более)  
Варианты ИТ
  - ММФ 2-3 г/день мин. - 6 месяцев «высокие дозы»
  - ЦФ инфузии по 0,5г - 1г + 6-МП по 0,5г- 1г - 6 мес. «низкие дозы»
  - ЦФ по 500 мг 1 раз в 2 нед – 6 доз
2. Глюкокортикоиды - 0.5-1.0 мг/кг
3. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ РИТУКСИМАБ

ВН с IV или IVV классом с наличием полулуний

Пульс-терапии 6 метилпреднизолоном и назначать ГК внутрь в дозах не менее 1 мг/кг/день.  
«высокие» или «низкие» дозы ЦФ или ММФ 3 г/день  
Уровень доказательности С  
NB! Наличие полулуний значительно ухудшает жизненный и «почечный» прогноз даже при своевременном начале индукционной терапии

При выявлении активного волчаночного нефрита, помимо основной терапии ГК и цитостатиками

1. Плаквенил 200-400 мг\день
  - Снижение риска обострений
  - Уменьшение индекса повреждения и гиперкоагуляции;
2. Блокаторы ангиотезиновых рецепторов (лозартан 24-50 мг\д)
  - Уменьшают протеинурию на 30%
  - Снижают риск развития ТПН
3. Статины
  - Снижают уровень ЛПНП
  - Уменьшают риск развития кардио-васкулярных осложнений

АФС

Антикоагулянты с целью предотвращения тромбозов (А) ПРИ РАЗВИТИИ КАТАСТРОФИЧЕСКОГО АФС дополнительно назначаются высокие дозы ГК, ВВИГ и плазмаферез, что позволяет снизить летальность (С) ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ может быть использован Ритуксимаб или плазмаферез (С)

# НТ острого приступа подагрического артрита

- Для купирования острого приступа подагры используют НПВП, колхицин, глюкокортикоиды (ГК) локально и системно.
  - Лечение следует начинать как можно раньше, предпочтительней в течение 24 ч от начала артрита.
  - Лечение должно быть продолжено до полного купирования воспалительных явлений в суставе.
- У пациентов, имеющих кардиоваскулярные факторы риска, не рекомендуется применять специфические ингибиторы ЦОГ-2 из-за увеличения риска сосудистых осложнений.

# Неотложная терапия в кардиологии

## Стабильная стенокардия

### Класс I:

1. Ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут. у всех больных при отсутствии противопоказаний (активное желудочно-кишечное кровотечение, аллергия на аспирин или его непереносимость) (A).
2. Статины у всех больных ишемической болезнью сердца (A).
3. ИАПФ при наличии артериальной гипертензии, сердечной недостаточности, дисфункции левого желудочка, перенесенного инфаркта миокарда с дисфункцией левого желудочка или сахарного диабета (A).
4.  $\beta$ -АБ внутрь больным после инфаркта миокарда в анамнезе или с сердечной недостаточностью (A).

### Класс IIa:

1. ИАПФ у всех больных со стенокардией и подтвержденным диагнозом коронарной болезни сердца (B).
2. Клопидогрел как альтернатива аспирину у больных стабильной стенокардией, которые не могут принимать аспирин, например, из-за аллергии (B).
3. Статины в высоких дозах при наличии высокого риска (сердечнососудистая смертность > 2% в год) у больных с доказанной ишемической болезнью сердца (B).

### Класс IIb:

1. Фибраты при низком уровне липопротеидов высокой плотности или высоком содержании триглицеридов у больных сахарным диабетом или

# Рекомендации по антиангинальной и/или противоишемической терапии у больных стабильной стенокардией.

## Класс I:

1. Короткодействующий нитроглицерин для купирования стенокардии и ситуационной профилактики (пациенты должны получить адекватные инструкции по применению нитроглицерина) (B).
2. Оценить эффективность  $\beta$ -АБ и титровать его дозу до максимальной терапевтической; оценить целесообразность применения длительно действующего препарата (A).
3. При плохой переносимости или низкой эффективности  $\beta$ -АБ назначить монотерапию АК (A), длительно действующим нитратом (C).
4. Если монотерапия  $\beta$ -АБ недостаточно эффективна, добавить дигидропиридиновый АК (B).

## Класс IIa:

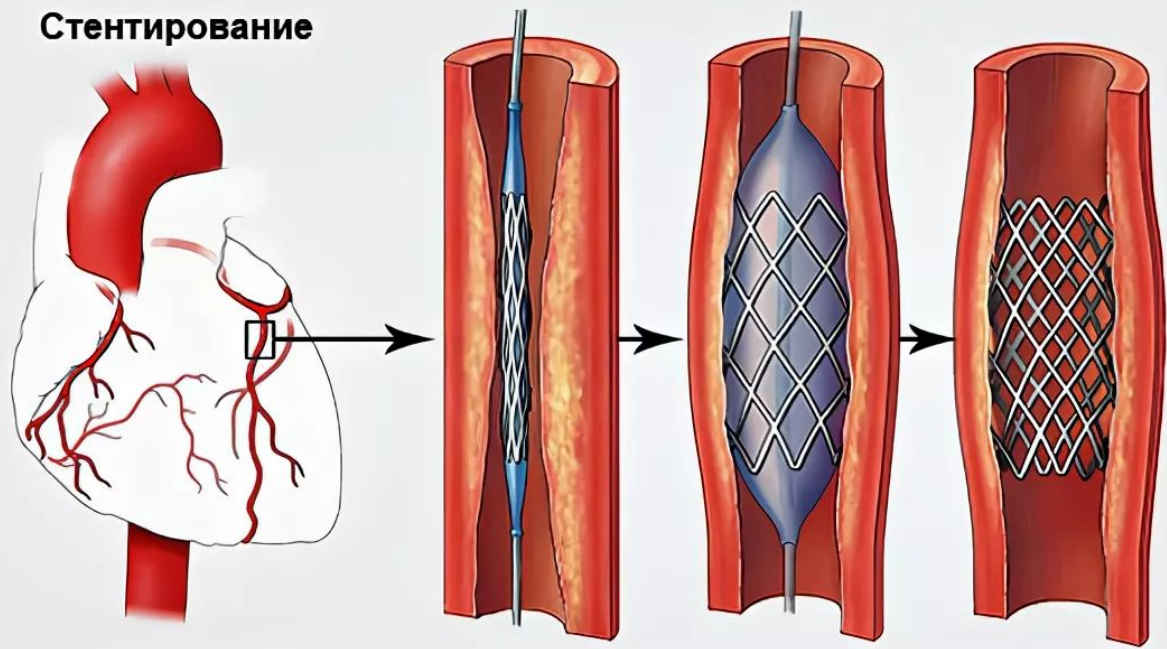
1. При плохой переносимости  $\beta$ -АБ назначить ингибитор I каналов синусового узла - ивабрадин (B).
2. Если монотерапия АК или комбинированная терапия АК и  $\beta$ -АБ оказывается неэффективной, заменить АК на пролонгированный нитрат. Избегать развития толерантности к нитратам (C).

## Класс IIb:

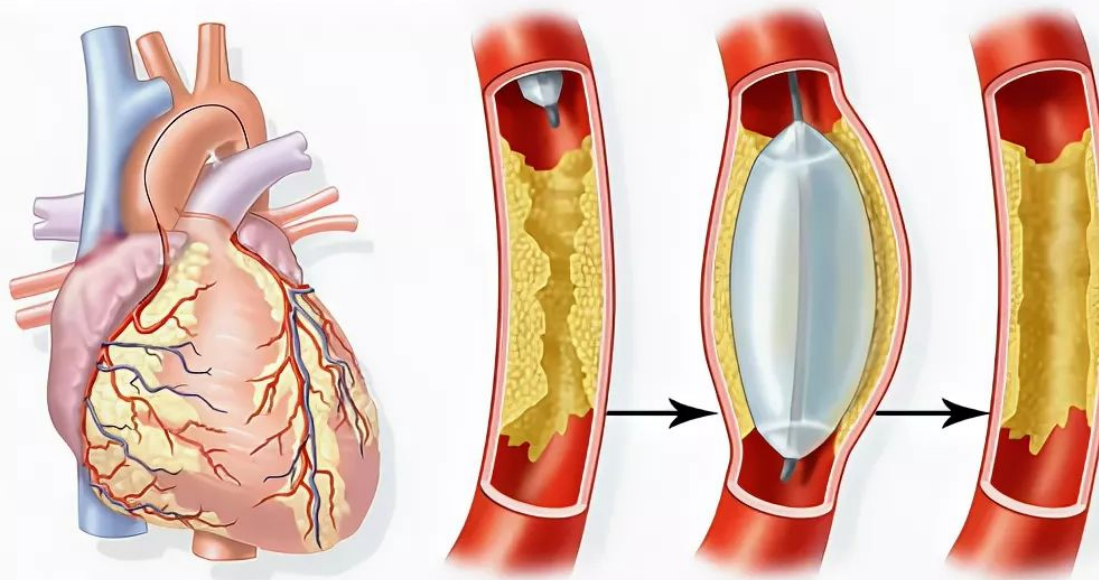
1. Препараты метаболического типа действия (триметазидин MB) могут быть назначены для усиления антиангинальной эффективности стандартных средств или в качестве альтернативы им при непереносимости или противопоказаниях к применению (B).

**Показания для госпитализации: Сохранение высокого функционального класса стабильной стенокардии (III-IV ФК),**

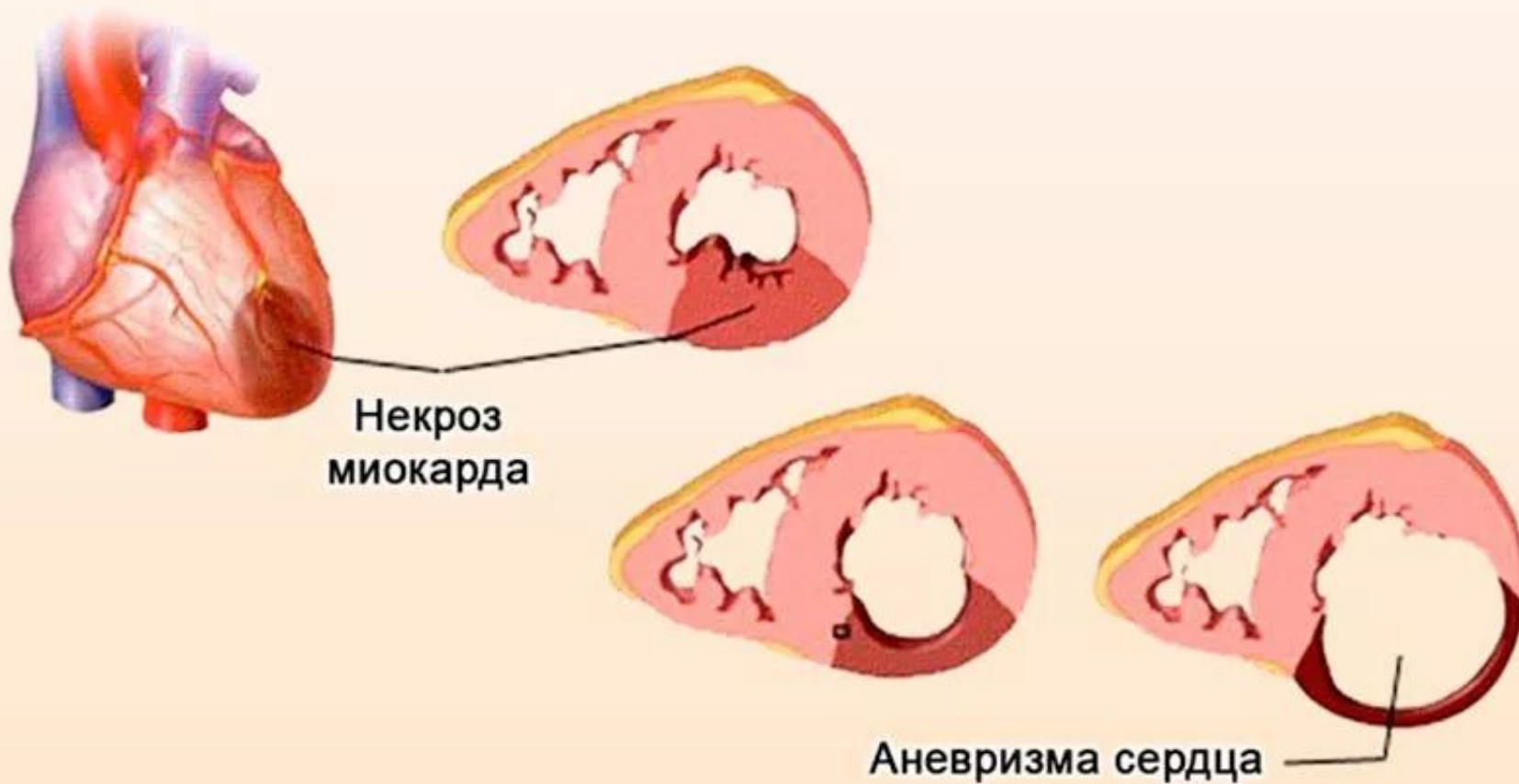
## Стентирование



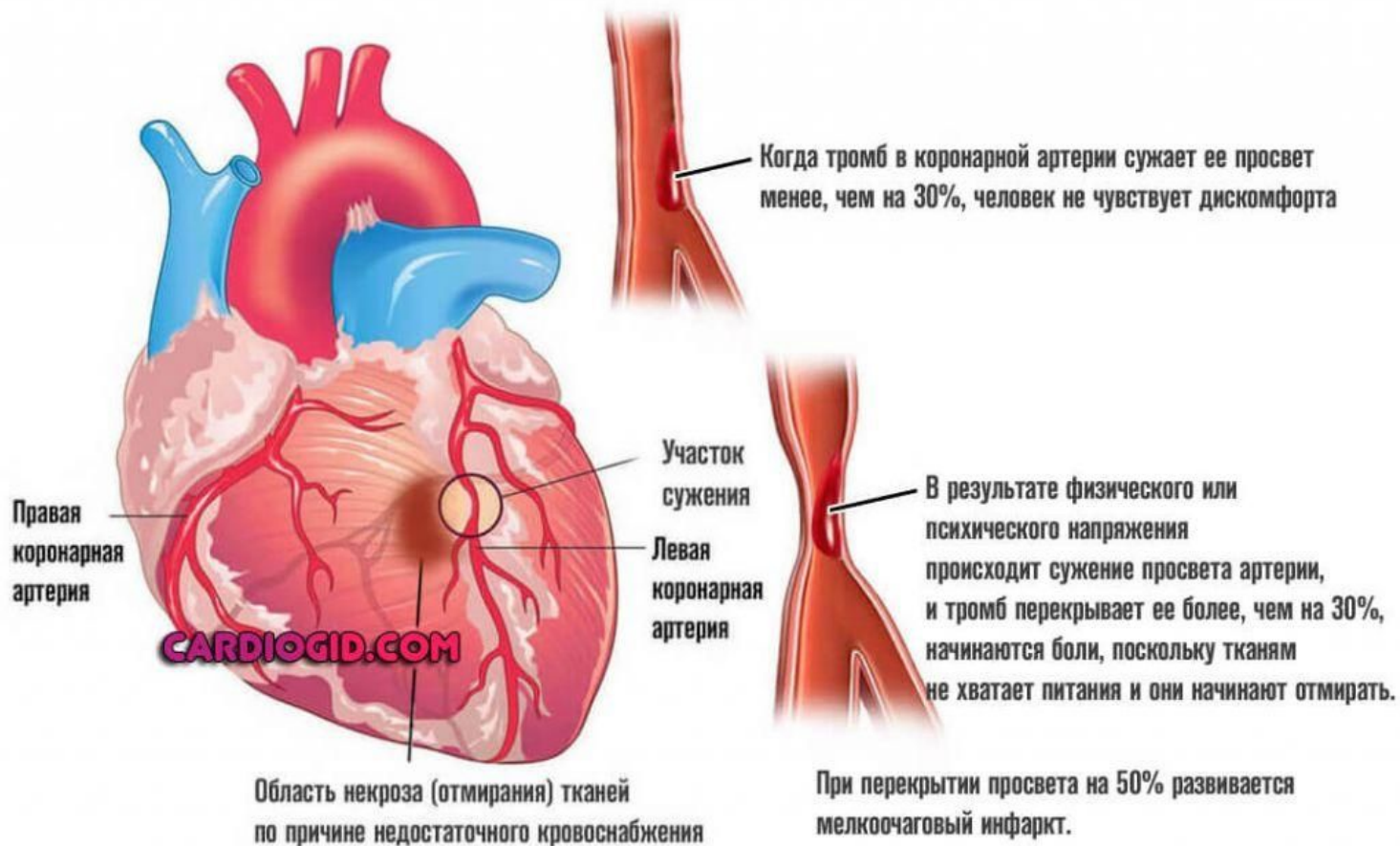
## Баллонная ангиопластика



# ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ СТЕНОКАРДИИ



## МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ СТЕНОКАРДИИ С ПЕРЕХОДОМ В ИНФАРКТ





# НТ при ОИМ и нестабильной стенокардии

ОКСбнСТ



# Перечень основных лекарственных средств:

1. Кислород для ингаляций (медицинский газ)
2. Метопролол тартрат (ампулы 1% 5,0мл; таблетка 50 мг)
3. Нитроглицерин\* (раствор 0,1% для инъекций в ампулах по 10мл; таблетка 0,0005 г или аэрозоль).
4. Морфин (раствор для инъекций в ампуле 1% по 1,0 мл)
5. Ацетилсалициловая кислота (таблетка, 500 мг)
6. Тикагрелор (таблетка, 90 мг)
7. Клопидогрель (таблетка, 75 мг)
8. Фондапаринукс (шприц 0,5мл 2,5 мг)
9. Эноксапарин натрия (шприц 0,2 и 0,4 мл)
10. НФГ (5000 МЕ, флаконы)
11. Физиологический раствор (0,9% 200 мл, флакон)

# НТ на этапе СМП

- 1. **Оксигенотерапия** при сатурации кислорода менее 90% или выраженной одышке (I A).
- 2.  **$\beta$ -блокаторы.** Раннее назначение  $\beta$ -блокаторов рекомендуется пациентам с симптомами ишемии при отсутствии противопоказаний.  $\beta$ -адреноблокаторы назначаются максимально рано при симптомах ишемии у пациентов без противопоказаний (острая СН III–IV классов по Killip).  $\beta$ -блокаторы конкурентно ингибируют миокардиальные эффекты циркулирующих катехоламинов и снижают потребление кислорода миокардом за счет снижения ЧСС, АД и сократимости миокарда (I, B). Следует избегать раннего назначения  $\beta$ -блокаторов у больных, если не известна сократимость миокарда.  $\beta$ -блокаторы не следует назначать пациентам с симптомами, возможно, связанными с коронарным спазмом или приемом кокаина, так как они могут способствовать спазму, способствуя  $\alpha$ -опосредованной вазоконстрикции, противопоставляемой  $\beta$ -опосредованной вазодилатации.

3. **Нитраты** при ОКСбпСТ применяются только при наличии болевого синдрома. Внутривенное введение нитратов более эффективно, чем сублингвальный прием, в отношении уменьшения симптомов ангинозной боли и регрессии депрессии сегмента ST. Доза нитратов должна увеличиваться под тщательным контролем АД до тех пор, пока симптомы стенокардии не исчезнут, а у пациентов с артериальной гипертензией, сердечной недостаточностью - до нормализации АД или пока не появятся побочные эффекты (в частности, головная боль или гипотензия). Для в/в введения 10 мг нитроглицерина разводят в 100 мл физиологического раствора, начинают введение с начальной скоростью 6-8 капель в минуту до 30 в минуту под контролем АД до купирования симптомов или появления побочных эффектов (I C).

- При отсутствии нитратов для внутривенного введения используются формы нитроглицерина в таблетках 0,5 мг или в аэрозоле 0,4 мг (1доза), с повторным использованием через 3-5 мин при неэффективности и при отсутствии противопоказаний (САД < 90 мм.рт.ст). Противопоказания к применению нитратов при ОКСбпСТ, из-за риска развития тяжелой гипотензии, следующие:
  1. ИМ правого желудочка
  2. САД < 90 мм.рт.ст. или снижение АД более 30 мм.рт.ст. от исходного, ЧСС < 50 в мин или ЧСС > 100 мм.рт.ст.
  3. Предшествующий прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (т. е. в течение 24 ч для силденафила или 48 ч для тадалафила).

4. **Наркотические анальгетики.** При интенсивном длительном болевом синдроме в грудной клетке возможно применение морфина (в/в или п/к)(I A).

5. **Блокаторы кальциевых каналов.** У больных с предполагаемой/подтвержденной вазоспастической стенокардией назначаются блокаторы кальциевых каналов и нитраты, назначения  $\beta$ -блокаторов в этом случае нужно избегать (IIa B).

6. **Ацетилсалициловая кислота.** АСК при первичном осмотре пациента с подозрением на ОКС назначается в нагрузочной дозе 150–300 мг не с «кишечнорастворимым» покрытием(I A).

7. **Ингибиторы P2Y<sub>12</sub>-рецепторов тромбоцитов.** Назначение второго антиагреганта в дополнение к АСК:

**Тикагрелор** в нагрузочной дозировке 180 мг рекомендуется к назначению при отсутствии противопоказаний (внутричерепное кровоизлияние в анамнезе или продолжающееся кровотечение) у всех пациентов с ОКСбпСТ среднего и высокого риска (с повышенным уровнем тропонина) (I A)

**или Клопидогрел** в нагрузочной дозировке 300 мг (если предполагается консервативная стратегия) или 600 мг (если предполагается инвазивная стратегия) рекомендован пациентам, которые не могут принимать тикагрелор или нуждаются в дополнительном назначении непрямых антикоагулянтов (фибрилляция предсердий)(I B).

- **8. Антикоагулянтная терапия** назначается всем пациентам при установлении диагноза ОКС. В качестве антикоагулянтов в острой фазе ОКСбпСТ допустимо применение следующих препаратов:
  - фондапаринукс (п/к введение)(I B);
  - низкомолекулярный гепарин (эноксапарин, в/в болюс и п/к введение)(I B);
  - НФГ (должен вводиться только в/в) (I B);

**Фондапаринукс** (2,5 мг/сут п/к) рекомендуется как препарат, имеющий оптимальный профиль эффективность/безопасность у пациентов с ОКСбпСТ вне зависимости от выбранной тактики лечения. При невозможности назначения фондапаринукса альтернативой для проведения антикоагулянтной терапии являются эноксапарин или НФГ. Не допускается смена одного назначенного вида гепарина на другой, поскольку это повышает риск развития кровотечений.

# ИМСПСТ

- **Догоспитальный этап**

При диагностике ИМСПСТ на догоспитальном этапе должна быть обеспечена немедленная активация лаборатории катетеризации (телефонный звонок).

Время от постановки диагноза ИМСПСТ до проведения первичной ЧКВ не должно превышать 120 минут. По прибытии в соответствующую больницу пациент должен быть немедленно доставлен в лабораторию катетеризации минуя отделения экстренной помощи (приемного покоя). Если бригада скорой помощи не диагностировала ИМСПСТ и доставила в клинику без возможности проведения ЧКВ, она должна дожидаться результата, и если будет поставлен диагноз ИМСПСТ, обеспечить транспортировку пациента в центр ЧКВ.

Основной целью догоспитального этапа при обращении пациента с подозрением на ИМ является диагностика, оказание первой помощи и незамедлительная транспортировка пациента в профильный стационар с соблюдением наиболее важных целевых промежутков времени. Понятие **«первый медицинский контакт»** определяется как временная точка, когда пациент впервые был осмотрен врачом, фельдшером или медицинской сестрой с обязательной регистрацией ЭКГ и ее интерпретацией.



- Осмотр пациента, регистрация ЭКГ и ее интерпретация медицинским работником проводится в первые 10 минут. Постановка диагноза ИМСПСТ проводится на основании ЭКГ критериев острой ишемии миокарда, с регистрацией дополнительных отведений при подозрении на ИМ правого желудочка и задний ИМ. При наличии атипичных ЭКГ-признаков (БЛНПГ, БПНПГ, ритм ЭКС, элевация в aVR) следует использовать дополнительные критерии диагностики (смотреть Таблицу 5).
- Объем медикаментозной терапии при первичных терапевтических мероприятиях зависит от выбранной реперфузионной стратегии (доставка в центр ЧКВ или проведение фибринолитической терапии) и включает в себя кислородотерапию (при сатурации кислорода менее 90%), устранение болевого синдрома (морфин), антитромбоцитарную терапию (ацетилсалициловая кислота и ингибитор P<sub>2</sub>Y<sub>12</sub>-рецепторов тромбоцитов), антикоагулянтную терапию (НФГ или НМГ).

- Если время после установки диагноза ИМСПСТ до проведения первичного ЧКВ  $>120$  минут, в качестве стратегии реперфузии выбирается фибринолитическая терапия, при этом фибринолизис должен быть начат не позднее 10 минут от времени установки диагноза ИМСПСТ.
- Если время после установки диагноза ИМСПСТ до проведения ЧКВ (открытие инфаркт-связанной артерии)  $\leq 120$  минут, в качестве стратегии реперфузии выбирается ЧКВ. Следует помнить, что отсчет времени (до открытия инфаркт-связанной артерии) следует начинать от момента получения ЭКГ-подтверждения диагноза ИМСПСТ. Основной целью госпитального этапа является своевременная реваскуляризация с соблюдением всех временных интервалов (Таблица 3).

Максимальное время от первого медицинского контакта до снятия ЭКГ и постановки диагноза  $\leq 10$  минут

Максимальное время после установки диагноза ИМСПСТ до первичного ЧКВ (если данный временной промежуток не соблюдается, рассматривается применение фибринолизиса)  $\leq 120$  минут

Максимальное время после верификации диагноза ИМСПСТ до установки проводника у пациентов, доставленных в ЧКВ центр  $\leq 60$  минут

Максимальное время после верификации диагноза ИМСПСТ до установки проводника у пациентов, переведённых в центр ЧКВ  $\leq 90$  минут

Максимальное время после установки диагноза ИМСПСТ до начала инфузии фибринолитика у пациентов, не подходящих по времени к выполнению первичного ЧКВ  $\leq 10$  минут

Временной интервал от начала фибринолизиса до оценки его эффективности (успешный или неуспешный фибринолизис) 60-90 минут

Временной интервал от начала фибринолизиса до выполнения коронарографии (при успешном фибринолизисе) 2-24 часа

## Подозрение на ИМпСТ

### Активное обследование



### ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

|                                                    | Неинвазивные                                                                                                            | Инвазивные                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Миокардит</b>                                   | ЭхоКГ (перикардальный выпот)<br>МРТ (миокардит, перикардит)                                                             | Эндомиокардиальная биопсия (миокардит)                                                                                            |
| <b>Коронарные (эпикардальные/микроваскулярные)</b> | ЭхоКГ (аномальное движение стенки ЛЖ, источник эмболии)<br>МРТ (микронинфаркт)<br>ЧПЭхоКГ/Контрастное ЭхоКГ (ООО, ДМПП) | ВСУЗИ/ОКТ (повреждение бляшки/диссекция)<br>Эргоновин/Тест Эча (спазм)<br>Давление/Проводной доплер (микроваскулярная дисфункция) |
| <b>Болезни миокарда</b>                            | ЭхоКГ<br>МРТ (Болезнь Такоцубо, другие)                                                                                 |                                                                                                                                   |
| <b>Лёгочная эмболия</b>                            | D-dimer (ТЭЛА)<br>КТ-сканирование (ТЭЛА)<br>Скрининг на тромбофилию                                                     |                                                                                                                                   |
| <b>ИМ 2 типа</b>                                   | Пробы крови<br>Выявление экстракардиальной патологии                                                                    |                                                                                                                                   |

- **Медикаментозное лечение.**

Первичные терапевтические мероприятия:

- **оксигенотерапия** при сатурации кислорода менее 90% или парциальном давлении кислорода менее 60 мм.рт.ст. (I C).
- **наркотические анальгетики** – при интенсивном длительном болевом синдроме в грудной клетке возможно титруемое применение морфина в/в (раствор для инъекций в ампуле 1% по 1,0 мл) (IIaC). Препарат разводится в 10 мл 0,9% физиологического раствора (1 мл полученного раствора содержит 1 мг активного вещества), вводится по 2-5 мг внутривенно каждые 5-15 минут до полного устранения болевого синдрома либо до появления побочных эффектов (гипотензии, угнетения дыхания, рвоты).

- **ацетилсалициловая кислота** – при первичном осмотре пациента с ИМСПСТ назначается в нагрузочной дозе 150–300 мг (таблетка, разжевать) не с «кишечнорастворимым» покрытием (I B).

- **ингибиторы P2Y12-рецепторов тромбоцитов** – назначение второго антиагреганта в дополнение к АСК:

- **тикагрелор** в нагрузочной дозе 180 мг (таблетка) (I A) при стратегии ЧКВ (не должен использоваться у пациентов с предшествующим геморрагическим инсультом, у пациентов принимающих оральные антикоагулянты, или у пациентов со средней/тяжелой формой заболевания печени.)

**или**

- **клопидогрел** в нагрузочной дозировке 600 мг (таблетка) рекомендован пациентам, которым недоступен или противопоказан тикагрелор при стратегии ЧКВ (I A), или нагрузочной дозировке 300 мг если проводится фибринолитическая терапия (для пациентов  $\geq 75$  лет нагрузочная доза клопидогреля – 75 мг). Все ингибиторы P2Y12-рецепторов тромбоцитов следует использовать с осторожностью у пациентов с высоким риском кровотечения или со значительной анемией.

- **антикоагулянтная терапия** назначается всем пациентам при установлении диагноза ИМСПТ. В качестве антикоагулянтов в острой фазе ИМСПТ допустимо применение одного из следующих препаратов в зависимости от стратегии реперфузии:
  - НФГ – должен вводиться только в/в (I C). Препарат выбора при стратегии первичной ЧКВ.
  - низкомолекулярный гепарин – эноксапарин, в/в болюс (IIaA). Предпочтительнее при стратегии первичного фибринолиза.
  - фондапаринукс используется только при консервативном ведении пациента (без реперфузии).
- **транквилизаторы** – при выраженной тревожности пациента возможно применение диазепама в/в, раствор для инъекций в ампуле 2,0 мл (IIaC).
- **фибринолитическая терапия.** Фибринолиз является важной стратегией реперфузии, в тех условиях, когда первичное ЧКВ не может быть проведено в пределах рекомендуемых временных интервалов у пациентов с ИМСПТ. При отсутствии противопоказаний необходимо начать проведение фибринолитической терапии на догоспитальном этапе (I A), если первичное ЧКВ не может быть выполнено в течение 120 минут после диагностики ИМСПТ, при следующих условиях:
  - 1) на ЭКГ имеются четкие критерии ИМСПТ (смотреть Таблицу 4 и 5). Во всех сомнительных случаях догоспитальный тромболизис не должен проводиться.
  - 2) после появления симптомов прошло не более 12 часов. При этом следует иметь в виду, что клиническая польза фибринолиза снижаются по мере увеличения времени от начала симптомов, особенно через 3 часа. Наибольшее абсолютное преимущество фибринолиза наблюдается среди пациентов с самым высоким риском, включая пожилых пациентов, а так же первые 2 часа от начала симптомов. Эти данные необходимы для принятия решения по проведению фибринолиза.
  - 3) отсутствуют абсолютные противопоказания для проведения фибринолиза (смотреть Таблицу 19). При наличии относительных противопоказаний необходимо взвесить риск и пользу.

- В качестве фибринолитической терапии следует использовать следующие фибринспецифичные препараты:
  - **тенектеплаза\***, вводится в/в болюс 30 мг при массе тела <60 кг, 35 мг при 60-70 кг, 40 мг при 70-80 кг; 45 мг при 80-90 кг и 50 мг при массе тела >90 кг, требуемая доза вводится в виде болюса, в течение 5 - 10 сек. Учитывая более длительный период полувыведения из организма препарат используется в виде однократного болюса, что особенно удобно при догоспитальном применении (**NB!** \* применять после регистрации на территории РК).

**или**

- **альтеплаза**, вводится в/в (предварительно препарат растворяют в 100-200 мл дистиллированной воды или 0,9 % раствора хлорида натрия) по схеме «болюс + инфузия». Доза препарата 1 мг/кг массы тела (но не более 100 мг): вводится болюс 15 мг; последующая инфузия 0,75 мг/кг массы тела за 30 мин (но не более 50 мг), затем 0,5 мг/кг (но не более 35 мг) за 60 мин (общая продолжительность инфузии - 1,5 ч).

**или**

- **ретеплаза\***, вводится в/в 10 ЕД + 10 ЕД болюсно, с разницей в 30 минут (**NB!** \* применять после регистрации на территории РК).

- **нитраты** – при ИМСПСТ в острой фазе внутривенные нитраты могут быть полезны у пациентов с гипертензией или наличии левожелудочковой недостаточности при условии отсутствия гипотонии, инфаркта правого желудочка, использования ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа в предшествующие 48 часов. Предпочтительно введение короткодействующих нитратов.

# Осложнения острого инфаркта миокарда

## Ранние осложнения:

- ⇒ нарушения ритма
- ⇒ нарушения проводимости
- острая недостаточность кровообращения
- ⇒ кардиогенный шок
- ⇒ острая аневризма левого желудочка сердца
- ⇒ внешние (тампонада сердца) и внутренние (отрыв папиллярных мышц) разрывы миокарда
- ⇒ асептический перикардит
- ⇒ тромбоэмболии

## Поздние осложнения:

- ✓ **ранняя постинфарктная стенокардия**
- ✓ **застойная сердечная недостаточность**
- ✓ **синдром Дресслера (аутоиммунное поражение перикарда, плевры и легких)**
- ✓ **хроническая аневризма левого желудочка сердца**



# Таблица 4 - Препараты для неотложной терапии жизнеугрожающих ЖА

| Препарат                 | Форма выпуска | Доза                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Амиодарон                | ампулы        | 300 мг в/в болюсно, через 5 минут возможно повторное введение 150 мг, после устранения ЖТ/ФЖ-поддерживающая инфузия со скоростью 1 мг/мин в течение первых 6 часов (360 мг за 6 часов), а затем 0,5 мг/мин до конца суток (540 мг за 18 часов), при необходимости — дольше. |
| Лидокаина гидрохлорид 1% | ампулы        | в/в болюсно 1–1,5 мг/кг, при необходимости можно повторить из расчета 0,5 мг/кг до 2 дополнительных введений, суммарная доза в течение первых 30 минут - 3 мг/кг массы тела                                                                                                 |
| Магния сульфат 25%       | ампулы        | 10-20 мл в/в струйно медленно                                                                                                                                                                                                                                               |
| Метопролола тартрат 0,1% | ампулы        | 5 мл в/в струйно медленно                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Адреналин 0,18%          | ампулы        | 1 мл в/в болюсно, повторяя каждые 3-5 минут СЛР без ограничения по дозе                                                                                                                                                                                                     |
| Атропина сульфат 0,1%    | ампулы        | 1 мл в/в болюсно, повторяя каждые 3-5 минут СЛР до 3 доз                                                                                                                                                                                                                    |
| Верапамил                | ампулы        | 5-10 мг в/в струйно                                                                                                                                                                                                                                                         |

- Базовая СЛР предполагает начало непрямого массажа сердца компрессией грудной клетки, обеспечивая экскурсию грудной клетки на **4–5 см**; число компрессий должно составлять **100-120** в минуту. После проведения цикла из **30 компрессий** на грудную клетку выполнить **2 вдоха** искусственного дыхания (соотношение **30:2** сохраняется на протяжении всех реанимационных мероприятий независимо от количества человек, оказывающих помощь). При этом компрессия грудной клетки является более приоритетной в сравнении с искусственным дыханием.

При определении доминирующего ритма переходят к расширенной СЛР, не прерывая базовой: налаживанию венозного доступа, подаче кислорода, проведению кардиоверсии-дефибрилляции, наружной электрокардиостимуляции, введению лекарственных средств, указанных ниже. Алгоритм проведения расширенной СЛР при ЖТ/ФЖ/асистолии указан в приложениях 5-6).

# Желудочковые экстрасистолы

## По регулярности возникновения

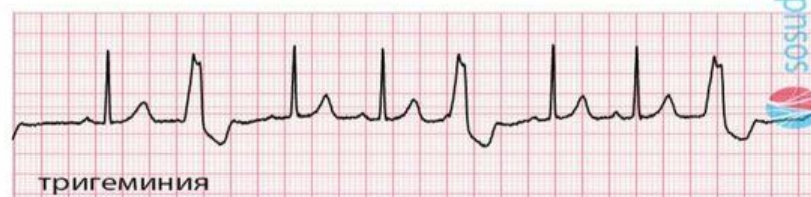
- Бигемения

преждевременным является  
каждый 2-ой импульс



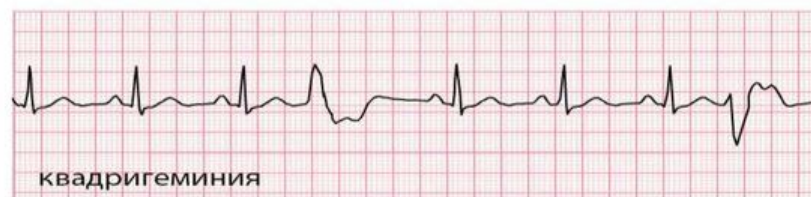
- Тригемения

преждевременным является  
каждый 3-й



- Квадригемения

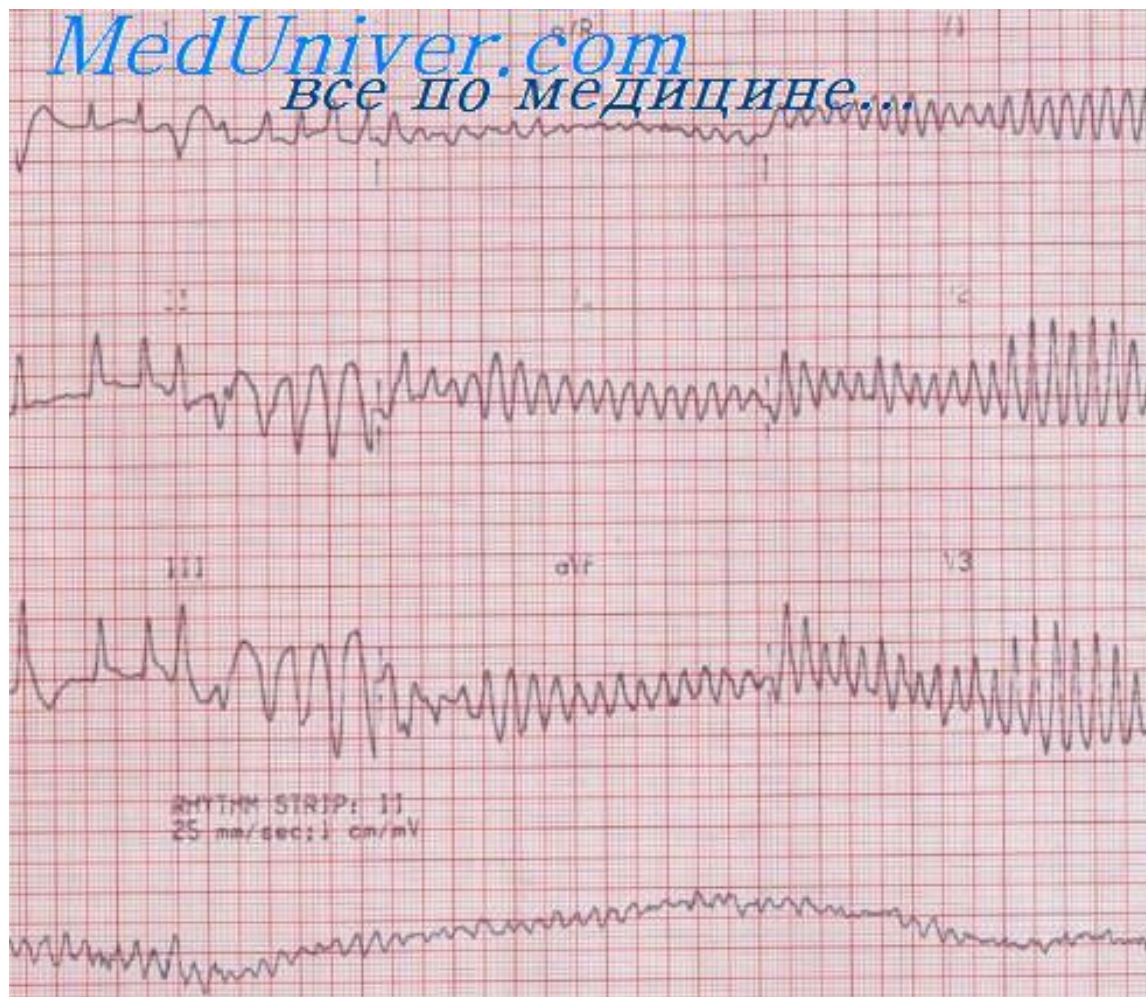
преждевременным является  
каждый 4-й



## Рекомендации по неотложной терапии желудочкой тахикардии

| Препарат  | Дозы                                                         | Класс реко<br>мендаций               | Уровень<br>доказательности | Примечание                                                 |
|-----------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------|
| Лидокаин  | 100 мг за 1 мин (до 200мг в течение 5 - 20 мин) в/в струйно. | IIIb                                 | C                          | Предпочтителен при острой ишемии или инфаркте миокарда     |
| Амиодарон | 150-450 мг в/в медленно (за 10 - 30 мин.)                    | IIa<br>(при ЖТ)<br><br>I<br>(при ЖТ) | C<br><br>C                 | особенно полезен при неэффек - тивности других препаратов. |

# Фибрилляция желудочков



## Неотложная помощь при фибрилляции желудочков

1. Прекордиальный удар - резкий удар по нижней трети грудины кулаком, занесенным примерно на 20 см над грудной клеткой (если дефибриллятор наготове, лучше воздержаться).
2. Тревога (вызов реанимационной бригады).
3. Непрямой массаж сердца, ИВЛ, подготовка к дефибрилляции.
4. Проведение дефибрилляции разрядом 200 Дж. Если фибрилляция желудочков сохраняется - немедленно выполняется второй 300 Дж, при необходимости третий с максимальной энергией 360-400 Дж. (Применение сразу высоких значений энергии увеличивает риск постконверсионных осложнений).
5. При неэффективности - внутрисердечно или в/в лидокаин 100-200 мг (укорачивает Q-T, чем снижает порог дефибрилляции), или обзидан до 5 мг (уменьшает различия в рефрактерности в различных участках миокарда).
6. Повторная дефибрилляция.
7. Если фибрилляция желудочков сохраняется - бикарбонат натрия в/в, инфузия лидокаина - 2 мг/мин. (или 100 мг в/в струйно каждые 10 мин.), поляризующая смесь, сульфат магния в составе поляризующей смеси, или отдельно, в/в струйно 1-2 г за 1-2 мин. (если эффекта нет, повторно через 5-10 мин.).
8. Повторная дефибрилляция.
9. Если фибрилляция желудочков сохраняется - продолжить с этапа №7. Может помочь также введение адреналина 1 мг в/в (в западной литературе часто рекомендуется на этапе соответствующем №5 по 1 мг каждые 3-5 мин.), хлористого кальция 10%-10,0 в/в. Применяя бикарбонат и препараты калия, важно не допустить развития алкалоза и гиперкалиемии.
10. Если ритм восстановлен - симптоматическая терапия (сосудистые средства); коррекция кислотно-щелочного равновесия; профилактика фибрилляции желудочков и желудочковой тахикардии - лидокаин, сульфат магния, препараты калия.

## Неотложная помощь при трепетании предсердий сердца

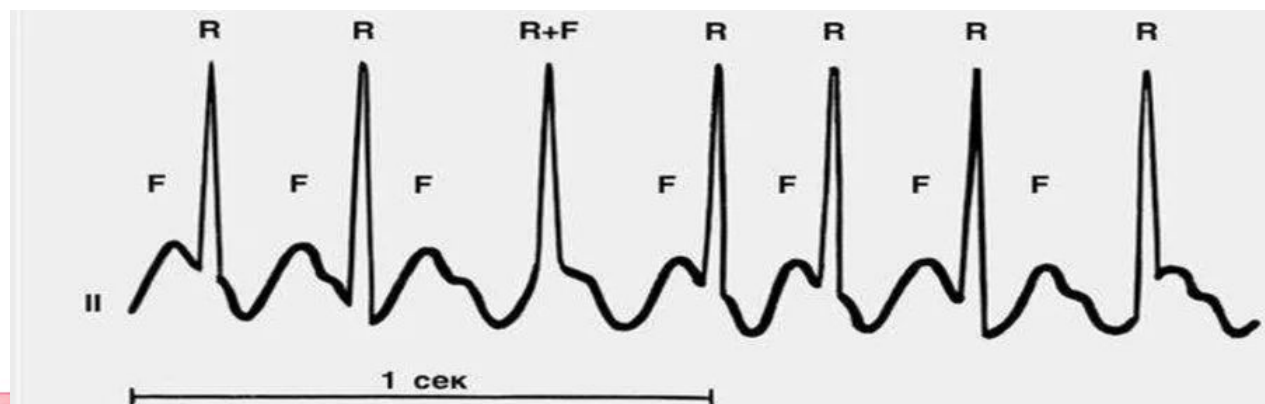
Осложненная форма (при резистентности к терапии или нарастании сердечной декомпенсации показано электроимпульсное лечение) ЭИТ, начиная с дозы в 50 Дж.

**Трепетание предсердий** редко купируется однократным введением какого-либо препарата.

Если высок риск перехода в осложненное нарушение ритма или есть тяжелая сопутствующая патология, или пациент субъективно плохо переносит пароксизм, то амиодарон 300 мг в/в струйно в течение 1-2 мин. Если нет эффекта в течение 30 мин., то ввести: дигоксин 0,25 мг или строфантина в/в мл физраствора в течение 3-5 мин. в/в струйно. Если нет эффекта в течение 2 часов, то чрезпищеводная электростимуляция предсердий, или ЭИТ, начиная с 50 Дж.

Если пациент относительно хорошо переносит: на фоне инфузии калий-магниевого смеси провести дигитализацию быстрым темпом - дигоксин в/в 0,5 мг, через 4 часа еще 0,5 мг, через 4 часа 0,25 мг, т.е. 1,5 мг за 12 часов. Если эффекта нет, то ЭИТ.

Иногда этим удается купировать пароксизм, но у большинства больных ТП при этом трансформируется в мерцательную аритмию. Если трепетание сохраняется, но гемодинамика стабильна можно прибегнуть к пероральному лечению. Наиболее эффективен прием хинидина сульфата по 200 мг 3-4 раза в день в сочетании с верапамилом по 40-80 мг 3-4 раза в день (назначение только хинидина недопустимо, так как его ваголитическое действие на AV узел и урежение частоты трепетания могут привести к скачкообразному изменению AV проведения на 1:1 с опасным увеличением частоты сердечных сокращений). Несколько менее эффективен пероральный прием пропранолола в дозе 80-100 мг/сут. на фоне препаратов калия и дигоксина. Необходимо помнить, что для купирования ТП обычно требуются большие дозы препаратов, что увеличивает опасность их побочных эффектов.



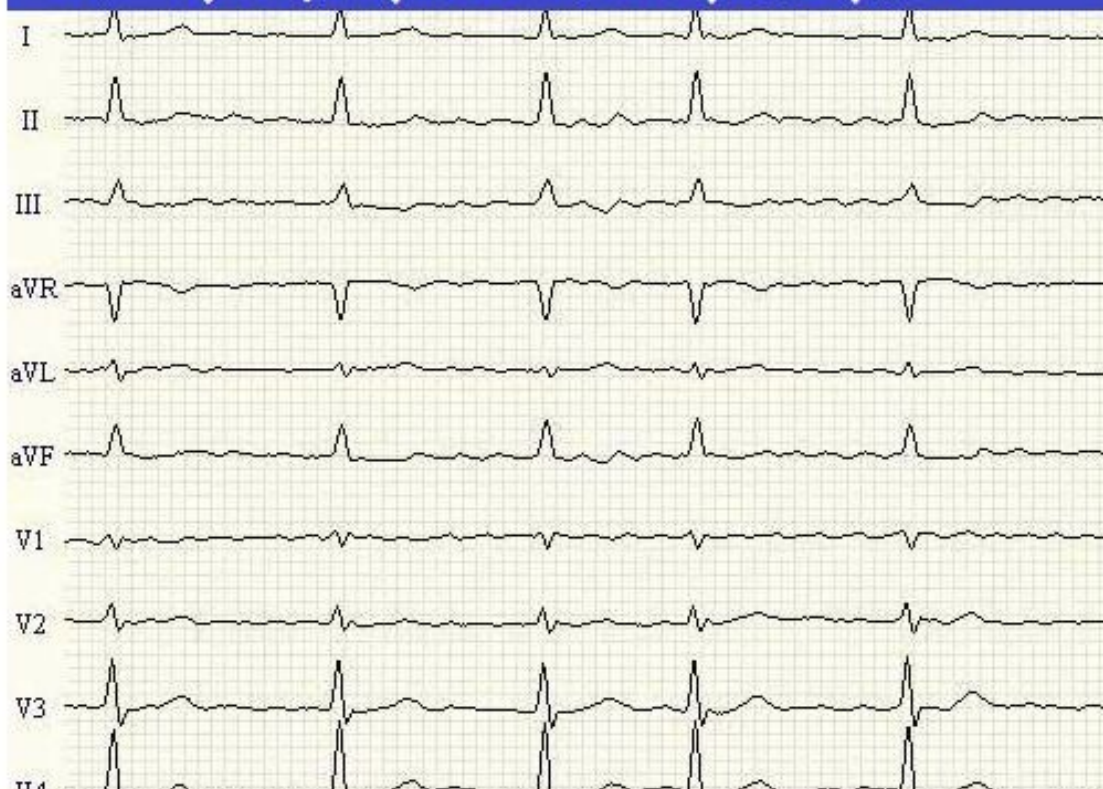
**При пароксизме фибрилляции предсердий** длительностью менее 48 часов:

- амиодарон 300 мг на 5% растворе глюкозы в/в капельно в течение 20—120 мин. Если эффект наступил в течение этого времени, то за сутки ввести еще 900 мг;
- если эффекта нет, то пропафенон 1,5-2мг/кг в/в капельно за 10-20 мин. или новокаинамид 10% - 10 мл в 20 мл физраствора в/в струйно за 10 мин.

**В первые сутки пароксизма мерцательной аритмии** хороший эффект дает применение новокаинамида в дозе 5—10 мл 10% раствора в/в струйно за 4-5 мин. Эффективность достигает 90% (на вторые сутки всего 33%).

**При пароксизме фибрилляции предсердий** длительностью более 48 часов экстренно восстанавливать ритм нецелесообразно вследствие высокого риска нормализационных тромбозов. Отложить проблему для плановой терапии.

## ЭКГ при фибрилляции предсердий





**Лечение пароксизма мерцательной аритмии** можно начинать с назначения сердечных гликозидов (если нет дигиталисной интоксикации) - дигоксин 0,05 мг, или строфантин 0,25 мг в/в струйно за 4-5 мин., на фоне инфузии калий - глюкозо-инсулиновой смеси, в которую желательно включить 10-30 мл 25% раствора сернокислой магнезии. Гликозиды можно вводить непосредственно в состав инфузионной смеси, всего за 12 ч. можно ввести до 1,5 мг дигокси-на. Дигоксин обладает двойным эффектом: - уменьшает скорость AV проведения, урежая этим частоту сердечных сокращений (что само по себе уменьшает угрозу декомпенсации), и может непосредственно купировать фибрилляцию предсердий. Ионы калия и магния, оказывая стабилизирующее действие на миокард, способствуют прекращению фибрилляции предсердий, а также предотвращают развитие дигиталисных аритмий. Эффект достигается в 2/3 случаев пароксизмов мерцательной аритмии.

Успех достигается еще **чаще при введении новокаинамида** через 20-30 мин. после введения гликозидов и препаратов калия. Терапия ведется с учетом побочных действий (устранить острое токсическое действие новокаинамида может струйное введение 100 мл 5% раствора бикарбоната натрия).

**Изоптин** применяется в основном только для урежения частоты сердечных сокращений, так как его купирующий эффект не превышает 10%).

У здоровых людей, возбудимых, с **неустойчивой нервно-вегетативной регуляцией**, короткие приступы фибрилляции предсердий проходят спонтанно. Можно рекомендовать прием 40 мг анаприлина (обзидана) под язык и повторение той же дозы через 1,5-2 часа; седативных препаратов.

# Кардиогенный шок

1. Снижение САД  $< 90$  мм.рт.ст.;
2. признаки застоя в легких;
3. признаки гипоперфузии (наличие хотя бы одного из следующих критериев:
  - а) нарушение сознания;
  - б) холодная, влажная кожа;
  - в) олигурия;

запись ЭКГ на месте  
мониторинг  
пульсоксиметрии, АД,  
ЧД

признаки ОКС , при  
отсутствии значимых  
изменений на ЭКГ наличие  
факторов риска ИБС

диагностика  
ишемического  
КШ

Транспортировка в ближайшую клинику с  
наличием ангиографической лаборатории и  
отделением кардиохирургии, при возможности  
на специально оснащённом транспорте  
(реанимобиль), при невозможности обеспечить  
интервенционное вмешательство в течение 90  
мин. от ПМК начинать догоспитальный  
тромболизис при наличии ОКССП ST более 3х  
часов от начала клиники и отсутствии  
противопоказаний

на ЭКГ признаки ПНР нарушений  
проводимости не связанных с ОКС,  
признаки КМП, ТЭЛА и др.

диагностика других  
вариантов шока  
(аритмогенный,  
миогенный и др.)

оказание неотложной  
помощи и  
транспортировка в  
ургентную клинику

- **Медикаментозное лечение (см. приложение 1):**

- Инфузия жидкости (NaCl или раствор Рингера >200мл/15–30мин) рекомендована как терапия первой линии при отсутствии признаков гиперволемии.

- С инотропной целью (для повышения сердечного выброса) применяются добутамин и левосимендан (применение левосимендана особенно показано при развитии КШ у больных с ХСН, принимающих β-адреноблокаторы). Инфузия добутамина проводится в дозе 2–20 мг/кг/мин. Левосимендан можно ввести в дозе 12 мкг/кг в течение 10 мин., затем инфузия 0,1 мг/кг/мин, со снижением дозы до 0,05 или увеличением при неэффективности до 0,2 мг/кг/мин. При этом важно, чтобы ЧСС не превышала 100 уд/мин. Если развивается тахикардия или нарушения сердечного ритма, дозы инотропов необходимо по возможности снизить.

- Вазопрессоры должны использоваться лишь при невозможности достижения целевых цифр САД и устранения симптомов гипоперфузии на фоне терапии инфузионными растворами и добутамином/левосименданом.

- Вазопрессором выбора должен быть норадреналин. Норадреналин вводится в дозе 0,2–1,0 мг/кг/мин.

- Петлевые диуретики – применяются осторожно при сочетании клиники кардиогенного шока с острой левожелудочковой недостаточностью, только на фоне нормализации цифр АД. Первоначальная доза болюса петлевого диуретика – 20–40 мг.

- Медикаментозное лечение в зависимости от причины КШ (ОКС, пароксизмальные нарушения ритма и др. состояния согласно протоколам, утвержденным ЭС МЗ РК).

Пациент с клиникой КШ

оксигенотерапия при  
сатурации кислорода  
менее 90%

пароксизмальное  
нарушение ритма -  
ЭИТ

Инфузия жидкости  
(NaCl или раствор  
Рингера) >200 мл/15-30  
мин при отсутствии  
признаков  
гиперволемии

Клиника КШ+  
отек легких

признаки  
гипоперфузии -  
Добутамин или  
левосимендан

добутами/лессимендан+  
ноадреналин  
после повышения АД  
диуретики

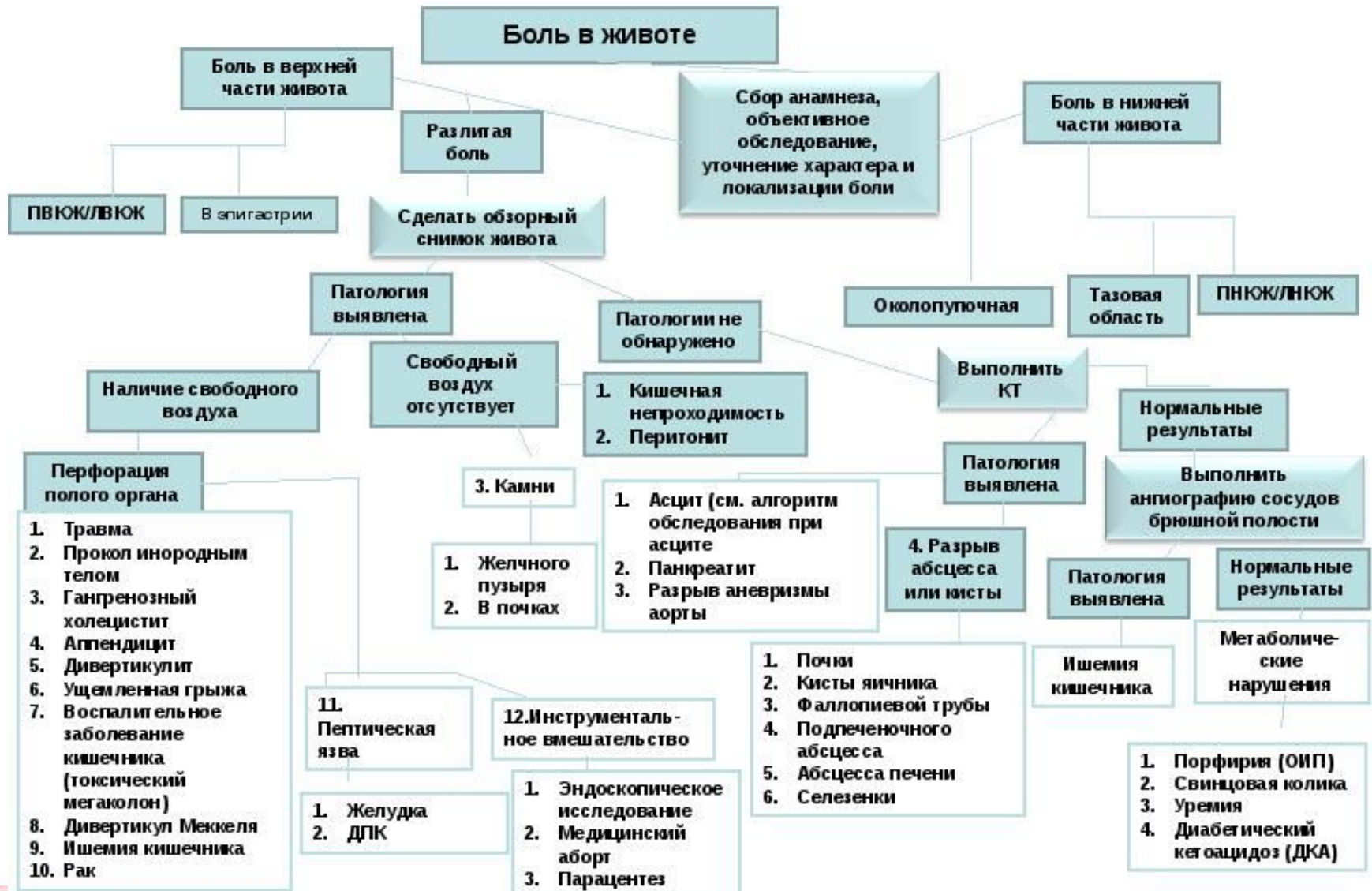
среднее АД  
менее 65 мм рт.ст. -  
норадреналин,  
при невозможности обеспечить  
интервенционное  
вмешательство в течение 90  
мин. от ПМК начинать  
догоспитальный тромболитис  
при наличии ОКССПСТ более  
3х часов от начала клиники и  
отсутствии противопоказаний

Экстренная доставка в  
клинику с наличием АГЛ,  
к/х службы и наличием  
аппарата для  
вспомогат. кровообращения



# «Острый живот»

## Диагностический алгоритм при абдоминальной боли (3)



# Неотложные меры при кровотечениях из органов ЖКТ

Общая гемостатическая консервативная терапия.

- - Больному назначается строгий постельный режим, запрещается прием воды и пищи, на живот рекомендуется положить пузырь со льдом: следует знать, что сосудосуживающего эффекта пузырь со льдом не дает, но оказывает дисциплинирующее влияние на больного.
- Средства, обладающие гемостатическим и ангиопротективными свойствами:
- - Дицинон вводят в/в 2-4 мл 12,5% р-ра, затем через каждые 4-6 ч. по 2 мл. Можно вводить в/в капельно, добавляя к обычным растворам для инфузий.
- - 5% р-р эpsilon-аминокапроновой кислоты по 100 мл через каждые 4 часа; 5-10% р-р аскорбиновой кислоты по 1-2 мл в/в.
- - 10% раствор кальция хлорида до 50-60 мл/сутки в/в. - 1% или 0,3% р-ра викасола соответственно 1-2 и 3-5 мл.
- - Внутривенное введение H<sub>2</sub>-блокаторов гистамина (ранитидина) по 50 мг 3-4 раза в сутки, фамотидин (квamatел) по 20 мг 2 раза в сутки, ингибиторы протонной помпы (омепрозол по 40 мг 1-2 раза в сутки).
- Остальные мероприятия по ведению и лечению этой группы больных находятся в компетенции

- ИТТ при легкой степени кровопотери: • Кровопотеря 10-15% ОЦК (500-700 мл): внутривенное переливание кристаллоидов (декстроза, натрия ацетат, натрия лактат, натрия хлорида 0,9%) в объеме 200% от объема кровопотери (1-1,4 л);
- ИТТ при средней степени кровопотери: Кровопотеря 15-30% ОЦК (750-1500 мл): в/в кристаллоидов (декстроза, натрия хлорида 0,9%, натрия ацетат, натрия лактат) и коллоидов (сукцинилированный желатин, раствор декстрана, гидроксиэтилкрахмал, аминоклазма, повидон, комплекс аминокислот для парентерального питания) в соотношении 3:1 с общим объемом 300% от объема кровопотери (2,5-4,5 литров);



- ИТТ при тяжелой степени кровопотери [7] (УД-А):
  - При кровопотере 30-40% ОЦК (1500-2000 мл): в/в кристаллоидов (декстроза, натрия хлорида 0,9%, натрия ацетат, натрия лактат) и коллоидов (сукцинированный желатин, раствор декстрана, гидроксипропилкрахмал, аминоплазмаль, повидон, комплекс аминокислот для парентерального питания) в соотношении 2:1 с общим объемом 300% от объема кровопотери (3-6 литров). Показано переливание компонентов крови (эритроцитарная масса 20%, СЗП 30% от перелитого объема, тромбоконцентрата при уровне содержания тромбоцитов  $50 \times 10^9$  и ниже, альбумин);
- Критическим уровнем показателей гемоглобина является 65-70 г/л, гематокрит 25- 28%. (придерживаться приказа № 501 от 2012 г. по переливанию компонентов крови);
- К

# НТ ПРИ ОЖОГАХ ПИЩЕВОДА

## Лечение химических ожогов пищевода

- **Острая стадия** – введение обезболивающих; введение атропина, пирензепина и ганглиоблокаторов для снижения саливации
- По возможности – срочное промывание желудка и рта большим количеством жидкости
- Противошоковая и дезинтоксикационная терапия в стационаре
- **При ожоге кислотой** – 5% р-р  $\text{NaHCO}_3$ , форсированный диурез
- **При отравлении щелочами** – 1-1,5% р-р уксусной или лимонной кислоты, в первые 6-7 ч – антидоты
- **Для предупреждения рубцового сужения:** по 1-2 глотка микстуры (подсолнечное сало, бензокаин) через каждые 30-40 минут, блокаторы кальциевых каналов, раннее бужирование с 9 по 11 суток
- При развитии сужения – бужирование с 7 недели



Уксусная эссенция – одна из наиболее частых причин химических ожогов пищевода в быту.

# Отравления

## **Специфическая терапия:**

- отравление парацетамолом: энтеросорбенты в первые 4 часа, N-ацетилцистеин в первые 12-20 часов после отравления;
- отравление аманитотоксином: энтеросорбенты, силибинин 30-40 мг/кг в сутки внутривенно или перорально; пенициллин G 300 тыс. - 1 млн ЕД/кг в сутки внутривенно в первые 48 часов;
- противовирусная терапия (нуклеозидные аналоги при гепатите В, ацикловир при герпесе);
- аутоиммунный гепатит - глюкокортикостероиды;
- ишемическое повреждение - кардиоваскулярная поддержка.

# Острая и подострая печеночная недостаточность

## Печеночная энцефалопатия

Избегают назначения седативных препаратов. При необходимости (судорожная активность) применяют препараты из группы бензодиазепинов короткого действия в низких дозах или фенитоин.

Гипоаммониемическая терапия: лактулоза, орнитин-аспарат (при уровне креатинина меньше 3 мг/дл), антибиотики (рифаксимин 1200 мг/сут.).

## Отек мозга

Головной конец кровати должен быть поднят на 30 градусов. В начальных стадиях возможна гипервентиляция до достижения  $pCO_2 = 30$  мм рт. ст. Рекомендуется ранняя эндотрахеальная интубация (при печеночной энцефалопатии II-III стадии).

Необходимо постоянное мониторирование внутричерепного давления (ВЧД). Рекомендуется установка эпидуральных датчиков (наиболее безопасны). Целевое ВЧД - 25 мм рт.ст. и выше, целевое церебральное перфузионное давление (ЦПД = АД<sub>среднее</sub> - ВЧД) - 50 мм рт.ст. и выше.

Для снижения ВЧД используют раствор маннитола парентерально (при диурезе более 30 мл/ч). При рефрактерной внутричерепной гипертензии возможно применение барбитуратов короткого действия. Глюкортикостероиды неэффективны.

## Коагулопатия

Переливание свежезамороженной плазмы при МНО > 7, либо при кровотечениях, либо при планировании инвазивных процедур.

Переливания тромбоцитарной массы при уровне тромбоцитов менее 10 000 в 1 мм<sup>3</sup> (или менее 50 000 в 1 мм<sup>3</sup>, если планируются инвазивные процедуры).

Инфузии рекомбинантного активированного фактора VII или плазмы, при планировании инвазивных процедур.

Витамин К парентерально.

# Острый холецистит

- **Медикаментозное лечение:**  
введение спазмолитиков (0,5 мл 0,1% раствора атропина);
- восполнение ОЦК - инфузионная терапия (внутривенно растворы кристаллоидов) в зависимости от выраженности водно-электролитных нарушений. Инфузионная терапия в объеме 40 мл на 1 кг массы тела пациента.
- симптоматическая терапия.

# Острый панкреатит

- **Базовый комплекс интенсивной терапии (лечения легкого острого панкреатита)**  
Болеутоление ненаркотическими анальгетиками, спазмолитиками (метамизол натрий и его аналоги, ибупрофен в/в, в/м) и холинолитиков.
- Инфузионная терапия, ориентированная на купирование водно-электролитных расстройств в объёме 40 мл на 1 кг массы тела пациента. Форсированный диурез, сеансовый с достижением темпа диуреза не менее 2 мл/кг массы тела больного/ч на протяжении первых 24-48 ч сеанса. Применение антибиотикопрофилактики при легкой форме острого панкреатита не снижает частоту септических осложнений [15].
- Ранняя антисекреторная и антиферментная терапия (см. ниже)

• **Специализированное лечение (показано пациентам тяжелым ОП в дополнение к базовому комплексу)**

1. Антисекреторная терапия (оптимальный срок - первые трое суток заболевания): - препарат выбора - октреотид 100мкгх3р подкожно; - препараты резерва - Фамотидин (40мгх2р в/в), Фторурацил (5% 5мл в/в). При крупномасштабном рандимизированном исследований эффективность октреотида при ОП не доказано [3-31].
2. Инфузионная терапия реологически активными препаратами (декстраны).
3. Возмещение плазмопотери (коррекция водно-электролитных, белковых потерь и др.: в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела; соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов - 1:4)
4. Болеутоление – продленная эпидуральная анальгезия местными анестетиками (лидокаин, бупивакаин, ропивакаин), при необходимости – с добавлением наркотических анальгетиков (морфин, фентанил) 1-2 раза в день.

# Острый живот

| Симптомы заболевания       | Начало болей в животе                                      | Локализация болей                                 | Интенсивность болей        | Иррадиация болей               | Характер болей                   | Рвота                         | Местные симптомы перитонита             | Специфические симптомы                 |
|----------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| Острый аппендицит          | С эпи- или мезогастрия, затем справа в подвздошной области | Правая подвздошная область, чуть ниже или выше ее | Умеренные                  | Бывает очень редко             | Постоянные, ноющие               | 1–2 раза рефлексоторная       | Выявляются в правой подвздошной области | Ровзинга, Бартомье, Ситковского        |
| Острый холецистит          | Острое, связано с приемом жирной пищи                      | Правое подреберье и эпигастральная область        | Сильные                    | В спину, правую лопатку, плечо | Постоянные, тупые после приступа | 2–4 раза рефлексоторная       | Выявляются в правом подреберье          | Ортнера, Керра, Мерфи                  |
| Острый панкреатит          | Связано с приемом алкоголя, переданием                     | В верхней половине живота, больше в эпигастрии    | Очень сильные, нестерпимые | В спину, поясницу              | Постоянные, мучительные          | Множественная, рефлексоторная | Выявляются при деструктивных формах     | Воскресенского, Кертэ, Мейо            |
| Перфоративная язва желудка | Внезапные «кинжальные»                                     | По всему животу, больше в эпигастрии              | Очень сильные в первые 6 ч | Не бывает                      | Постоянные                       | Бывает редко                  | Резко положительные по всему животу     | Исчезновение печеночной тупости        |
| Ущемленная брюшная грыжа   | Связано с физическим напряжением                           | В области грыжевого выпячивания и по всему животу | Сильные или умеренные      | Не бывает                      | Постоянные                       | Бывает при ущемлении кишки    | Появляются поздно, бывают нечасто       | Напряженность грыжи, «кашлевый толчок» |



# ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ

- Окорочков А.Н. Диагностика и лечение внутренних болезней.
- Внутренние болезни в 2-х томах: учебник / Под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова - 2010. - 1264 с.
- Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST (Нестабильная стенокардия, Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST) Версия: Клинические протоколы МЗ РК – 2016
- «Неотложные состояния» Сумин, Москва – 2006г.
- Клинический протокол МЗ РК «СКВ» – 2016г.
- Клинический протокол МЗ РК «СКВ» (педиатрия) – 2016г.
- Клинический протокол МЗ РК «Подагрический артрит» – 2016г.
- Клинический протокол МЗ РК «ИБС. Стабильная стенокардия напряжения» – 2015г.
- Клинический протокол МЗ РК «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST (Нестабильная стенокардия, Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST)» -2016г.
- Клинический протокол МЗ РК «Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST» -2017г.
- Клинический протокол МЗ РК «Желудочковые нарушения ритма сердца и профилактика внезапной сердечной смерти» -2017г.
- Клинический протокол МЗ РК «Кардиогенный шок» -2017г.