

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

# Алгоритм оказания первой помощи при ОНМК

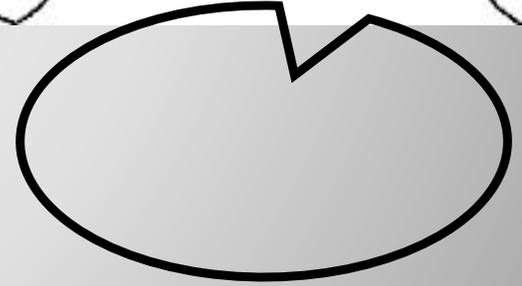
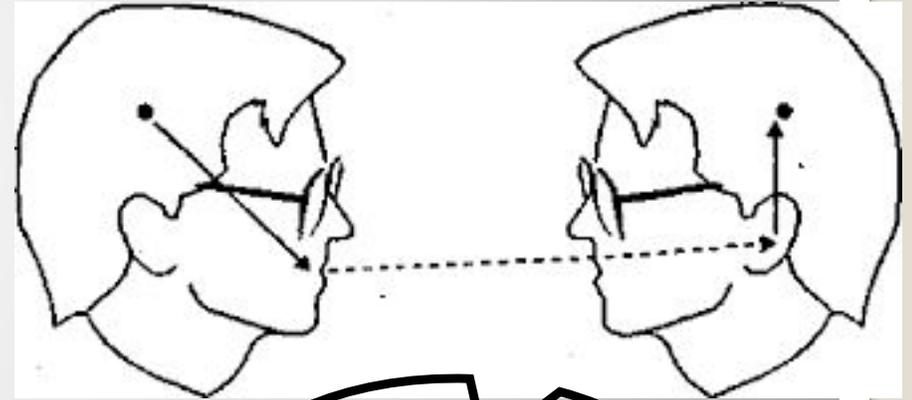
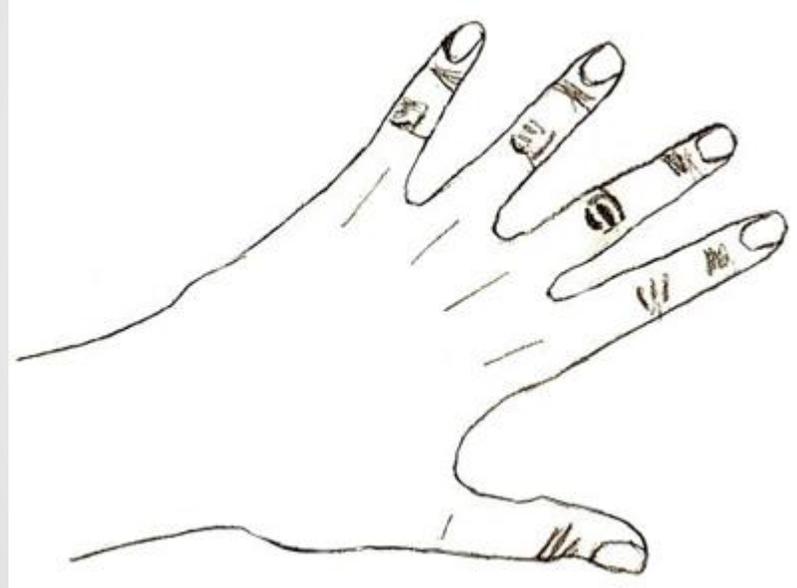
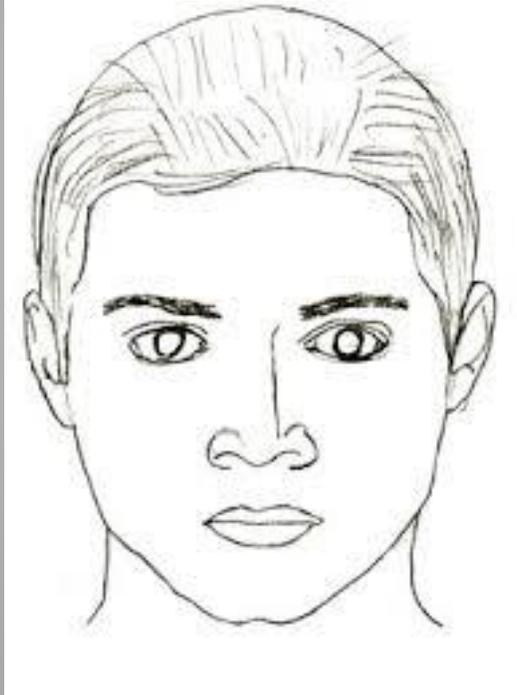
Подготовила: Очешлюк А.А.  
Проверил: Шмидт А.А.  
Группа: 576 ОМ

Астана  
2015г.



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

**Основные задачи мероприятий на догоспитальном этапе**



**TECT**

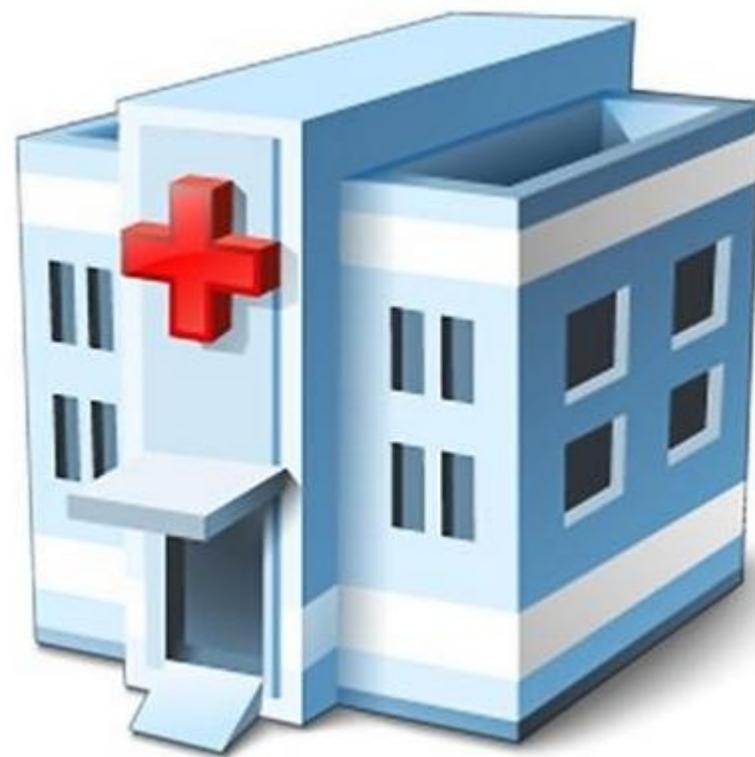
- необъяснимое нарушение зрения
- онемение (потеря чувствительности) в какой либо части тела, особенно на одной половине тела
- остро возникшие выраженное головокружение, неустойчивость и шаткость, нарушение координации движений
- нарушения глотания, поперхивание, гнусавость голоса
- судорожный припадок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

**другие симптомы:**

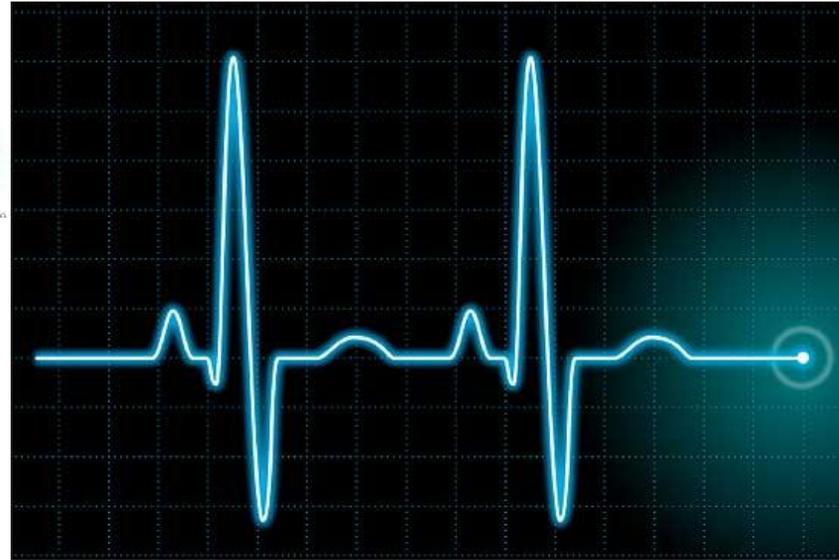
**N.B.!** отсутствие вышеописанных  
симптомов при проведении  
данного теста не исключает  
инсульт!

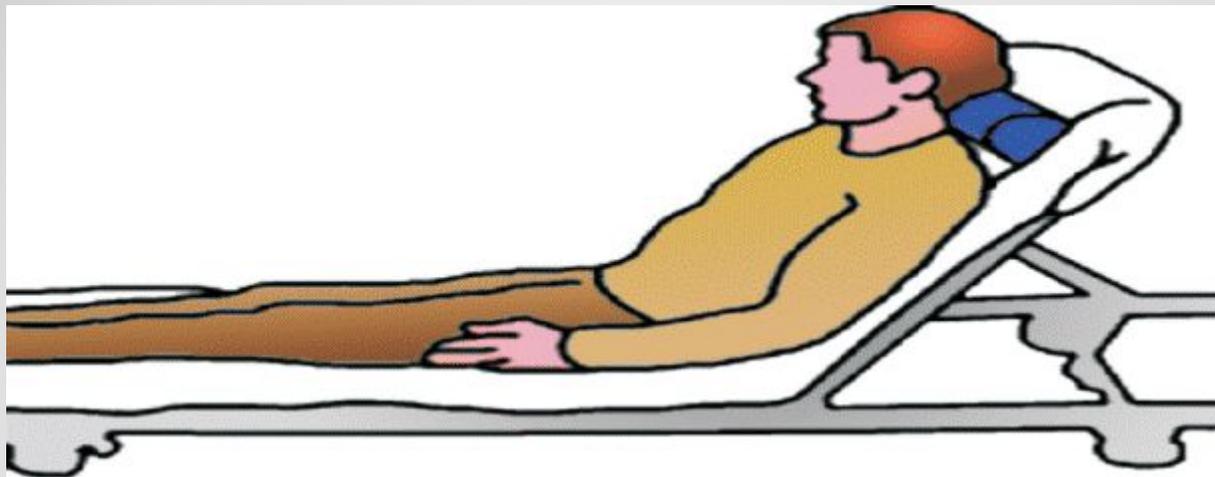


40 минут



# Уровень сознания по шкале ком Глазго





- **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.**

- 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

- **Каптоприл** мг. безотлагательно.

- 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:

**- Нитропруссид натрия**

- 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.

- 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

- 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.

## 5. Гиповолемия

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

При гипертермии более  $38^{\circ}$  показаны:

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

## 6. Контроль температуры тела.

- **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.

## 7. Купирование рвоты и икоты:

- - **магния сульфат** (антагонист глутаматных рецепторов) 25% раствор 30 мл. в сутки
- - **глицин** (активатор тормозных нейротрансмиттерных 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.

## 8. Первичная нейропротекция:

- 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.

## 9. Коррекция уровня глюкозы

## 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 мозговой 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