Государственное учреждение здравоохранения Ульяновская областная клиническая больница
Региональный Сосудистый Центр
Отделение Острого Нарушения Мозгового Кровообращения

Оказание медицинской помощи больным

С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

на догоспитальном этапе

врач-невролог
Авдеенко Марина Васильевна

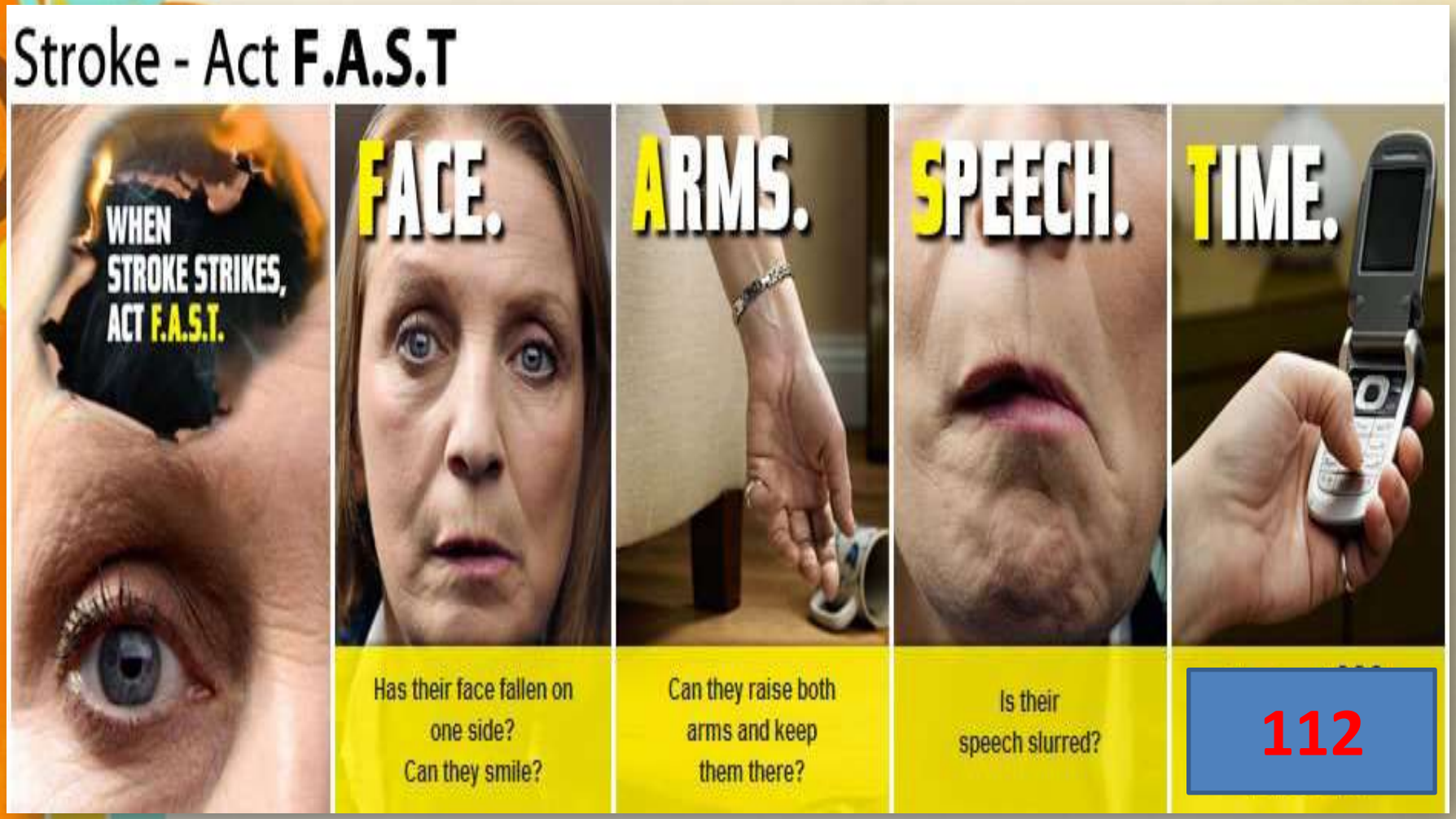
21.11.2019г.

Инсульт

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются важнейшей медико-социальной проблемой. Заболеваемость инсультом составляет 2,0-3,5 на 1000 населения в год, смертность – 1,28 на 1 000 населения в год. Летальность в остром периоде инсульта в России достигает 35%, увеличиваясь на 12-15% к концу первого года после перенесённого инсульта. Постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин инвалидизации и составляет 3,2 на 10 000 населения.

Болезнь 21 века…

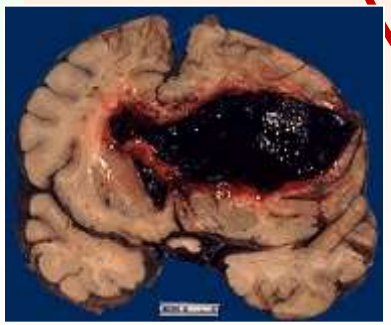
Осведомленность населения



Что такое инсульт?

- Инсульт (ОНМК) – клинический синдром, характеризующийся БЫСТРО и ВНЕЗАПНО возникшими жалобами и/или симптомами утраты очаговых мозговых и общемозговых функций.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ИНСУЛЬТОВ



Геморрагический 20%

САК 10%

ВМК 10%

Ишемический 80%

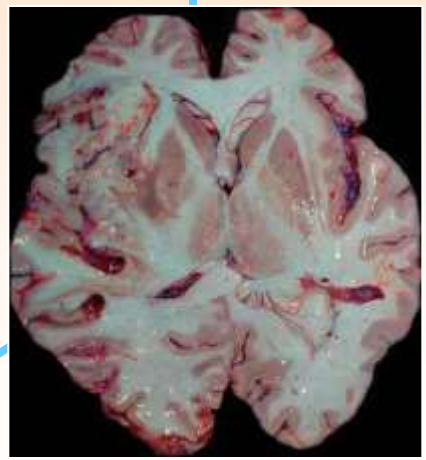
Лакунарый 20%

Атеротромботический 10%

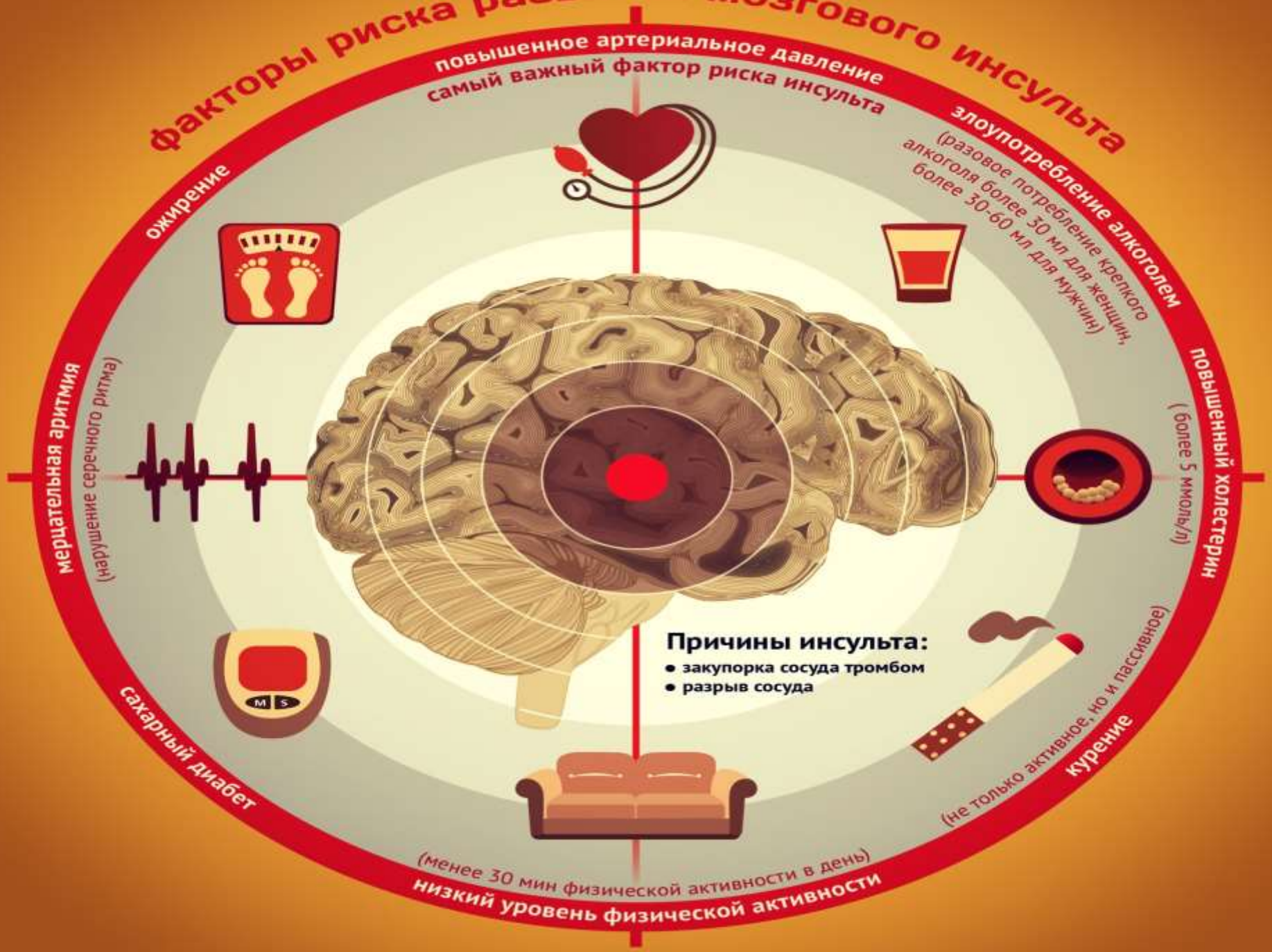
Кардиоэмболический 20%

Неизвестный 25%

Другие 5%



Foulkes MA, et al. Stroke 1988;19:547-554


факторы риска развития мозгового инсульта
повышенное артериальное давление
самый важный фактор риска инсульта
злоупотребление алкоголем
(разовое потребление крепкого алкоголя более 30 мл для женщин, более 30-60 мл для мужчин)
повышенный холестерин
(более 5 ммоль/л)
курение
(не только активное, но и пассивное)
низкий уровень физической активности
(менее 30 мин физической активности в день)
сахарный диабет
мерцательная аритмия
(нарушение серечного ритма)
ожирение
Причины инсульта:
• закупорка сосуда тромбом
• разрыв сосуда

Симптоматика

Очаговые расстройства

- Двигательные
- Речевые
- Чувствительные
- Координаторные
- Зрительные
- Корковые
- Мнестические

Общемозговая

- Головная боль
- Головокружение
- Тошнота
- Рвота
- <u>Нарушение сознания</u>

Менингеальная

- Ригидность затылочных мышц
- Симптомы Кернига и Брудзинского

НАРУШЕНИЕ СОЗНАНИЯ

Продуктивное (качественно)

- Делирий
- Онейроидный синдром
- Аменция
- Сумеречное расстройство сознания
- Амнезия
- Психомоторное возбуждение

Непродуктивное (количественное)

Оглушение

Сопор

Кома (!)

Дифференциальная диагностика ком

Первично церебрального генеза:

- Апоплектическая
- Травматическая
- Эпилептическая
- Инфекционная
- Опухолевая
-

Вторичного генеза:

- Заболевания внутренних органов (уремическая, печеночная)
- Эндокринная патология (гипогликемическая, тиреотоксическая)
- Токсическая (алкогольная, наркотическая)
- Под воздействием физических факторов

Обследование больных при неизвестных обстоятельствах заболевания в предположительной диагностике инсульта

- **<u>ОЦЕНИВАЕТСЯ:</u>**
- Тип дыхания
- Состояние и цвет кожных покровов
- Температура тела
- Наличие гиперкинезов
- Обследование глаз (анизокория, ↓фотореакций, с-м Горнера)
- Синдром раздражения мозговых оболочек
- NS (глазодвигательные нарушения, другие черепные нервы, двигательная сфера, чувсвтительность)

Преходящее нарушение мозгового кровообращения (ПНМК) - характеризуется внезапным возникновением очаговых неврологических симптомов.

- Транзиторная ишемическая атака (ТИА)
- Острая гипертоническая энефалопатия
- Транзиторная глобальная амнезия
- Церебральный сосудистый криз

Возможно ТИА

-
- Преходящие:
- Только дизартрия
- Только головокружение (!!!)
- Только дисфония
- Только атаксия
- Только диплопия
- Изолированные сенсорные симптомы или проявления только в части конечности.

Порядок оказания медицинской помощи больным с ОНМК

Приказ Министерство здравоохранения РФ №928н от 15 ноября 2012 г.

- **Оказание медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе включает в себя:**
- **Первичную доврачебную помощь** (средние медицинские работники, фельдшера ФАП и т.д.).
- **Первичную врачебную помощь** (врачи-терапевты, участковые терапевты, врачи общей практики).

Мероприятия на догоспитальном этапе

- Выявление (предположительного) инсульта или ТИА;
- Осуществление информированного звонка по фиксированному номеру в ПСО;
- Осуществление экстренной госпита-лизации больного при наличии показаний;
- Проведение комплекса неотложных лечебных мероприятий.

Алгоритм первой помощи при подозрении на инсульт.

- уложить пациента в постель, на любую горизонтальную поверхность,
- при рвоте – немедленно перевернуть на бок,
- ни в коем случае ничего не давать пить и есть, включая таблетки!
- при возможности – уточнить точное время начала заболевания и названия принимаемых препаратов, измерить АД,
- больному с подозрением на инсульт категорически запрещается вставать, ходить, есть, пить.

- При прибытии бригады скорой помощи сообщить всю известную информацию о пациенте!

Алгоритм первой медицинской помощи для бригад СМП при ОНМК.

- Телефонное интервью диспетчера СМП должно содержать:

- точное время начала заболевания,

- темп возникновения симптомов,

- наличие достоверных признаков инсульта.

- сообщить ориентировочное время доставки пациента в стационар.

Мероприятия на догоспитальном этапе

- **Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 928н**
- **"*Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения*"**

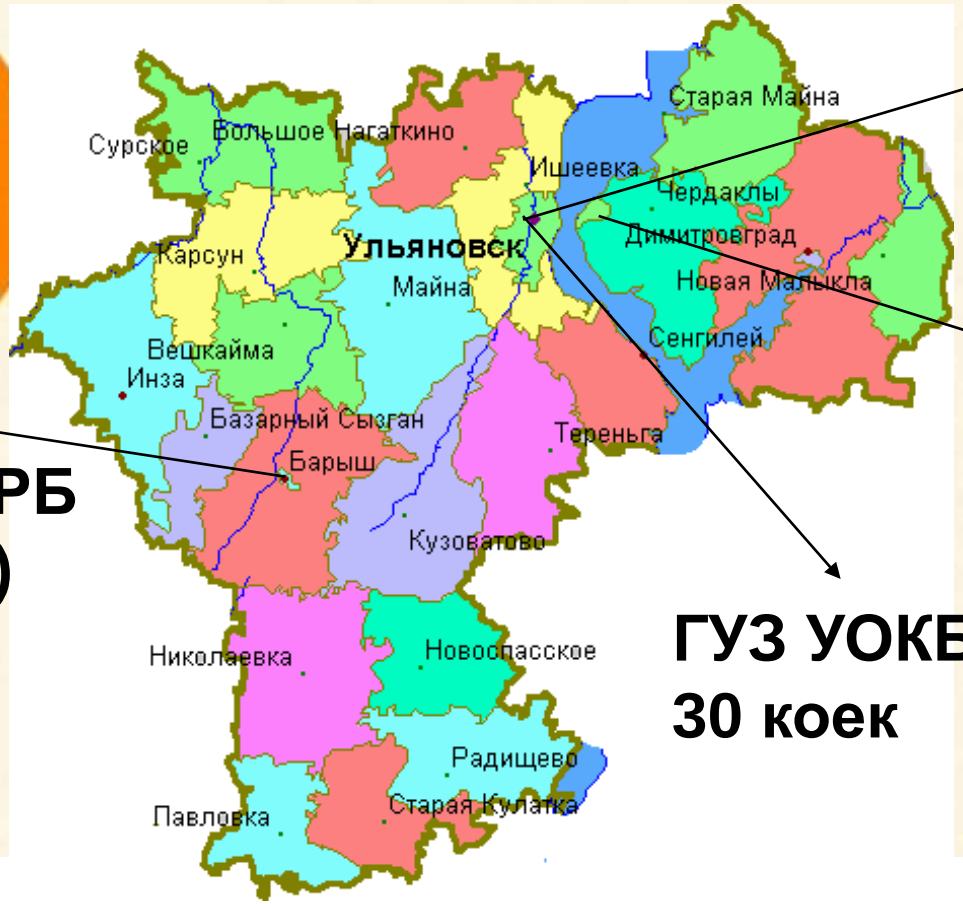
- **Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 июля 2016 г. № 466н**
- ***“Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения”***

NB! Все больные с подозрением на ТИА или инсульт должны быть доставлены в сосудистый центр (ПСО, РСЦ).

Противопоказания для госпитализации:

- Агональное состояние;
- Терминальное состояние соматических или онкозаболеваний.

Количество центров и основные данные о них
Расположение РСЦ и ПСО



МУЗ ЦК МСЧ
30 коек

МУЗ ЦГКБ
30 коек

ГУЗ УОКБ
30 коек

Барышская ЦРБ
(115970 тыс. чел)
30 коек

Схема территориального прикрепления населения районов Ульяновской области к ПСО и РСЦ.

Отделение ОНМК РСЦ ГУЗ УОКБ

- Сенгилеевский р-н
- Ульяновский р-н
- Новоульяновск
- Железнодорожный р-г (г.Ульяновск)

ПСО МУЗ ЦКМСЧ (404,22)

Засвияжский р-н (г.Ульяновск)
Ленинский р-н (г. Ульяновск)
Сурский р-н
Тереньгульский р-н
Майнский р-н
Цильнинский р-н
Карсунский р-н

ПСО МУЗ Барышская ЦРБ (*115,97*)

- Кузоватовский р-н
- Барышский р-н
- Вешкаймский р-н
- Инзенский р-н
- Николаевский р-н
- Базарно-Сызганский р-н
- Павловский р-н
- Радищевский р-н
- Старокулаткинский р-н
- Новоспасский р-н

ПСО МУЗ ЦКГБ (379,2)

- Заволжский р-н (г.Ульяновск)
- Димитровград
- Мелекесский р-н
- Новомалыклинский р-н
- Старомайнский р-н
- Чердаклинский р-н

Мероприятия на догоспитальном этапе

- **Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 928н**
- **"*Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения*"**

- **Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 июля 2016 г. № 466н**
- ***“Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения”***

Базисная терапия

- **<u>Адекватный уровень АД</u>**:

АД не снижается, если не превышает 220/120 сс.рт.ст.

Наиболее оптимальный уровень для СМП 160-170 мм.рт.ст. для АДс;

- Коррекция оксигенации (SpO2 >95%);
- Купирование судорог;
- Поддержание уровня глюкозы.

ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ СНИЖЕНИЯ АД:

ингибиторы АПФ

В-блокаторы

Магнезия сульфат

При снижении АД

Адекватная волемическая нагрузка

Дофамин —предпочтительнее с использованием инфузомата (начальная доза – 5мкг\кг\мин.)

Гормоны не показаны

Базисная терапия

- Адекватный уровень АД:

АД не снижается, если не превышает 220/120 сс.рт.ст.

Наиболее оптимальный уровень для СМП 160-170 мм.рт.ст. для АДс;

- **Коррекция оксигенации (SpO2 >95%)**;
- Купирование судорог;
- Поддержание уровня глюкозы.

Адекватность оксигенации

***Оценка*: число и ритмичность дыхательных движений, состояние видимых слизистых и ногтевых лож, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, набухание шейных вен.**

***Мероприятия*: при необходимости – очищение верхних дыхательных путей, постановка воздуховода, а при показаниях (тахипноэ 35-40 в 1 мин., нарастающий цианоз, артериальная дистония) – перевод больного на ИВЛ. Используются аппараты дыхательные ручные (АДР-2, типа Амбу), аппараты с автоматическим приводом.**

Базисная терапия

- Адекватный уровень АД:

АД не снижается, если не превышает 220/120 сс.рт.ст.

Наиболее оптимальный уровень для СМП 160-170 мм.рт.ст. для АДс;

- Коррекция оксигенации (SpO2 >95%);
- **Купирование судорог**;
- Поддержание уровня глюкозы.

При развитии психомотор-ного возбуждения или судорожного припадка – защитить больного от травм и ввести 10 мг. (2 мл. 0,5% раствора) диазепама (реланиума, седуксена) в/м или в/в с 20 мл. 40% раствора глюкозы (повторное введение через 5 минут).

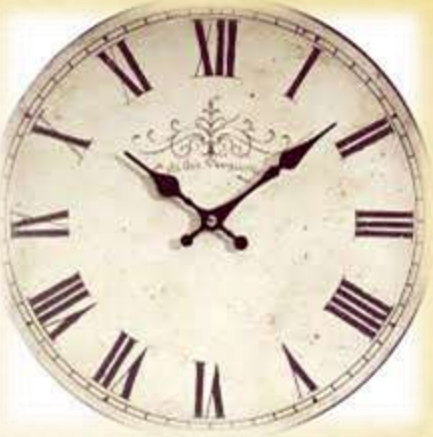
ИЗБЕГАТЬ:

- Аспирин;
- Глюкозу в качестве растворителя (взаимодеййствие с альтеплазой);
- в/м или в/в инъекции в некупируемую вену;
- Салуретики;
- Вазоактивные вещества и Ноотропы.

3. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата*(3)	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД* (4)	СКД* (5)
A03BA	Алкалоиды белладонны, третичные амины		0,05			
		Атропин		мг	0,5	0,5
B05AA	Кровезаменители и препараты плазмы крови		0,1			
		Гидроксиэтилкрахмал		мл	400	400
B05CB	Солевые растворы		0,5			
		Натрия хлорид		мл	400	400
B05XA	Растворы электролитов		0,7			
		Магния сульфат		мг	1000	1000
C07AA	Неселективные бета-адреноблокаторы		0,1			
		Пропранолол		мг	10	10
M03AB	Производные холина		0,05			
		Суксаметония йодид		мг	100	100
		Суксаметония хлорид		мг	100	100
N05BA	Производные бензодиазепина		0,1			
		Диазепам		мг	10	10
N07XX	Прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы		0,6			
		Этилметилгидроксипиридина сукцинат		мг	250	250
		Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота		мл	10	10
V03AN	Медицинские газы		0,2			
		Кислород		л	120	120

«Терапевтическое окно»



- Терапевтическое окно – определенный интервал времени, в течение которого возможно восстановление кровотока в мозгу с полным возвращением всех функций.
- Потенциальное время, на которое мы ориентируемся сегодня расширено **до 4,5 часов**.

Стратегии реперфузионной терапии при инсульте

Медикаментозная ТЛТ

Внутривенный тромболизис
Системный

Внутри-артериальный тромболизис
Селективный

Этапный тромболизис (bridging)
В/В+В/А *(IMS 3)*

Комбинированный тромболизис
В/А+механич

Механическая ТЛТ

- УЗ деструкция тромба
- Аспирация тромба (Penumbra)
- Механическое удаление (Merci Retrieval System, Catch)

Системный тромболизис

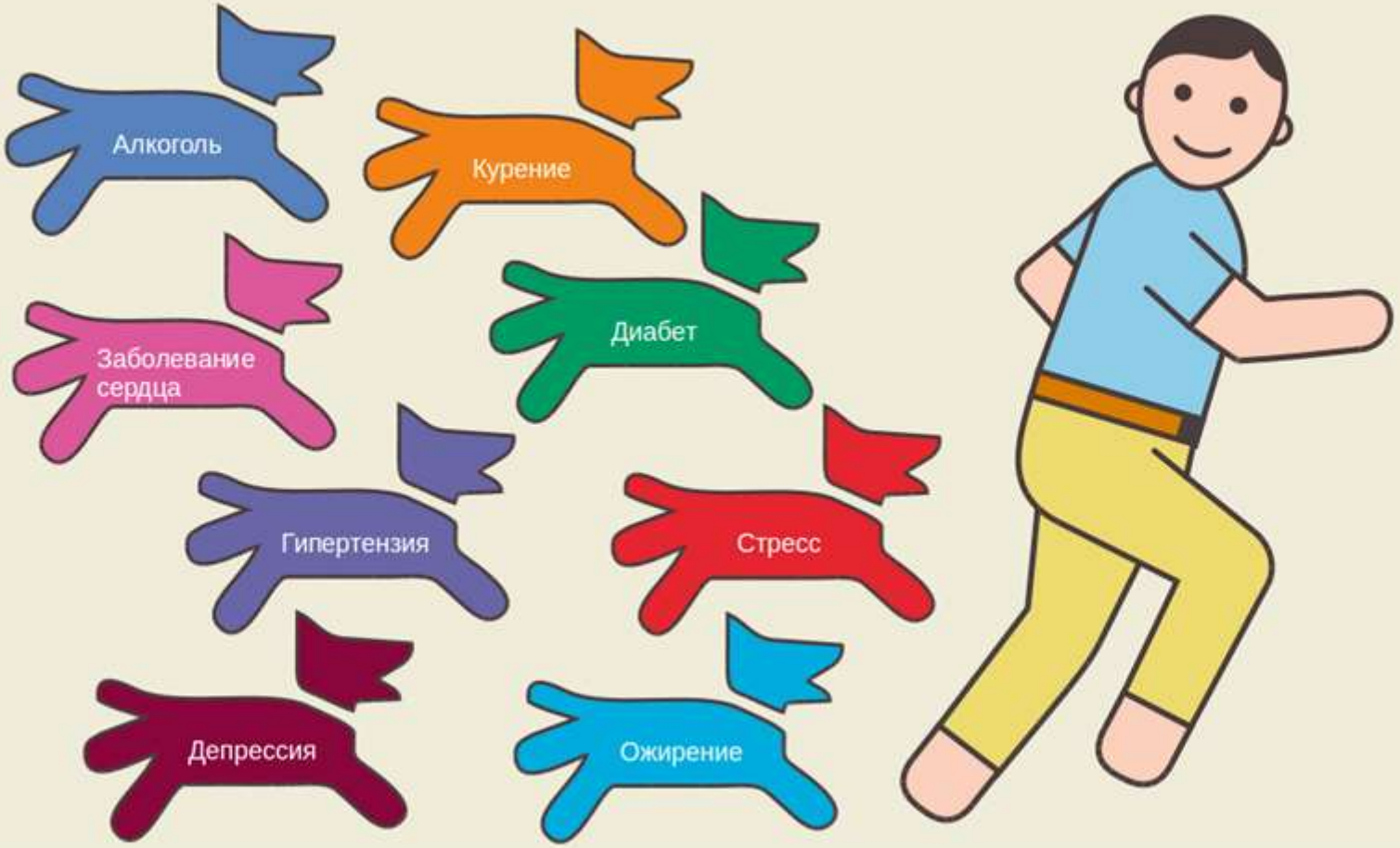
Селективный внутриартериальный тромболизис

Механическая тромболитическая терапия

Инсульт – сосудистая катастрофа,

но СКОРОСТЬ И ПРАВИЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ В ДЕБЮТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ ИСХОД!

БЕГОМ ОТ ИНСУЛЬТА



ОРБИ ФОНД ПО БОРЬБЕ С ИНСУЛЬТОМ

Федеральный социально-образовательный проект СТОП-ИНСУЛЬТ

Узнай все об инсульте на Горячей линии 8-800-707-52-29

orbifond
orbifond
orbifond

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!