**ОНМК**

**МКБ:**

ОНМК (I64), ТИА и др. церебральные ишемические атаки (G45.9).

**Примеры формулировки диагноза:**

ОНМК (от 28.02.2018 1430). ИБС: Постоянная форма фибрилляции предсердий. Н2А.

Транзиторная ишемическая атака (от 28.02.2018 1430).

АГ III, риск IV. Гипертонический криз, осложненный ОНМК (от 28.02.2018).

**Медицинская помощь:**

|  |
| --- |
| Коррекция АД проводится при САД>220, ДАД>120.  При наличии сопутствующей патологии, снижение АД при меньших цифрах: расслаивающая аневризма аорты, ОКС, сердечная недостаточность, ОПН, потенциальный кандидат на тромболизис.  Tab. Captoprili 25 mg внутрь – оценка эффекта через 30 мин. **или**  Sol. Clophelini 0,01% - 0,5-2 ml в/в или в/м (с осторожностью)  Sol. Nitroglycerini 20 - 400 мкг/мин в/в под контролем АД (титровать через инфузомат)  \*Sol. "Tachyben" 0,5% - 2-10 ml (10-50 mg) в/в  Справочно: целевая цифра САД при геморрагическом инсульте (140 мм.рт.ст.)  \* Урапидил не указан в протоколе прямо, но разрешен в качестве гипотензивного средства и не противопоказан при ОНМК. Не снижает мозговой кровоток и обладает быстрым началом действия. |
| САД<90 мм.рт.ст.:  Sol. "Gamoven" 250 ml в/в кап. **или**  Sol. Dextrani / Natrii chloride 250-500 ml/сут.  Sol. Dopamini 4%-10 ml (200 mg) + Sol. NaCl 0,9%-500 ml (при неэффективности коллоидных растворов) |
| Нейропротекция:  Tab. Glicini до 1000 mg/сут (нагрузочная доза ~400mg) – при сохранении глотания  Sol. Emoxipini 3% – 10-15 ml в/в кап.  Sol. Magnesii sulfatis 25% – 10-20 ml в/в (медленно 0,5-1 мл/мин) |
| Головная боль:  Sol. Analgini 50% – 2 ml в/в или в/м  Sol. Tramadoli 5% – 2-4 ml в/м или в/в в разведении с NaCl 0,9% – 10 ml |
| Возбуждение/судороги:  Sol. Diazepami 0,5% – 2 ml в/м или в/в |
| Температура >38°C:  Sol. Analgini 50% – 2 ml в/м или в/в в разведении с NaCl 0,9% |
| Рвота >1 раза:  Sol. Metoclopramidi 0,5% – 2 ml (10 mg) в/м или в/в в разведении с NaCl 0,9% |
| Кома (ШКГ<8 баллов), высокий риск аспирации (дисфония, отсутствие глоточного рефлекса), ДН:  – ларингеальная маска, интубация трахеи или воздуховод необходимого размера  – оксигенотерапия (цианоз, ДН, SpO2<95%) 50% O2 |
| Транспортировка с приподнятым до 30° головным концом (профилактика отека мозга). |

**Дифференциальная диагностика типа инсульта**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Клинические проявления, данные дополнительных методов исследования | Геморрагический инсульт | Ишемический | |
| Неэмболический | Эмболический |
| Возраст | 45-60 лет, при САК 20-40 лет | После 50 лет | Любой возраст при наличии источника эмболии |
| Предшествующие заболевания | При ВМК - АГ, длительно существующая с кризовым течением | Симптомы ишемии миокарда, нижних конечностей | Заболевания сердца |
| Продром | Головные боли | Преходящие очаговые симптомы | Нет |
| Начало болезни | Внезапное, чаще днем после физического или эмоционального напряжения. При САК - ощущение "удара" в голову. | Внезапное, чаще ночью, под утро, возможно постепенное нарастание симптомов | Внезапное |
| Цвет лица | Гиперемия | Бледность | Бледность |
| Конъюнктивы | Инъецированные | Без особенностей | |
| Дыхание | Храпящее | Чаще - спокойное | |
| АД | Выраженная АГ | Нормо, гипо-, гипертензия | |
| Пульс | Напряженный, нередко - брадикардия, может быть тахикардия | Снижение пульсации периферических и магистральных артерий, наличие синдрома обкрадывания. Может быть тахикардия | Зависит от заболевания сердца (НЖТ, ФП) |
| Нарушение сознания | Часто, быстро развивается до глубокой комы | Постепенное развитие, коррелирует с нарастанием очаговой симптоматики | Часто в дебюте заболевания или может быстро развиться впослдствии, коррелирует с тяжестью очаговой симптоматики |
| Двигательное возбуждение | Часто | Редко | Редко |
| Рвота | 70-80% | Редко (2-5%) | Часто (25-30%) |
| Параличи, парезы конечностей | Гемиплегия с гиперрефлексией, горметонии | Неравномерный гемипарез, может нарастать до гемиплегии | Неравномерный гемипарез, чаще гемиплегия |
| Патологические симптомы | Часто двусторонние, более выраженные контрлатерально очагу | Односторонние | Чаще односторонние |
| Судороги | Нечасто, при САК - до 30% | Редко | Часто как дебют заболевания |
| Менингеальные симптомы | Часто, при САК - всегда | Редко | Легкие |
| Плавающий взор | Часто | Редко | Редко |
| Вегетативно-трофические нарушения: сальность, потливость кожи, пароксизмальные нарушения мышечного тонуса, горметонии, буллезные пролежни | Часто, выраженные | Редко, умеренно выраженные | |
| Аускультация МАГ | Без патологии | Снижение пульсации сонных артерий, патологические шумы | |
| ЭКГ | Гипертрофия отделов сердца | Ишемические, постинфарктные изменения миокарда, нарушения ритма | |

**Критерии отбора кандидатов на ТЛТ:**

Возраст больных от 18 до 80 лет, время начала заболевания менее 3-х часов назад, выраженная очаговая симтоматика.

Противопоказания:

|  |
| --- |
| Признаки быстрого восстановления неврологического дефицита (транзиторная ишемическая атака) |
| Судорожный припадок в дебюте инсульта |
| Применение гепарина в предшествующие 48 часов до инсульта |
| Перенесенный инсульт в течение последних 3 месяцев |
| Диагностированный геморрагический диатез |
| Больные, получающие оральные антикоагулянты, такие как варфарин |
| Недавнее или проявляющееся выраженное кровотечение |
| Заболевания ЦНС в анамнезе: опухоль, аневризма, артерио-венозные мальформации |
| Состояние после оперативных вмешательств на головном или спинном мозге любой давности |
| Недавний (менее чем в течение 10 дней) перенесенный наружный массаж сердца, акушерское родовспоможение, состояние после пункции центральных вен |
| Острый панкреатит |
| Документально подтвержденные обострения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки в течение последних 3 месяцев, эрозии пищевода |
| Тяжелые заболевания печени, включая активный гепатит, цирроз печени, печеночную недостаточность, портальную гипертензию, варикозное расширение вен пищевода |
| Серьезное хирургическое вмешательство или тяжелая травма в течение последних 3 месяцев |
| Беременность |
| Признаки быстрого восстановления неврологического дефицита (транзиторная ишемическая атака) |

Если отобран кандидат на ТЛТ, сообщить старшему врачу смены или заведующему. Заполнить карту ведения пациента с подозрением на острый инфаркт головного мозга (Приложение 10 к приказу УЗО от 03.04.2017г. № 145).

Отдать карту врачу вместе с сопроводительным листом и ЭКГ.

**Нормативные документы, регулирующие оказание помощи при ОНМК:**

– Постановление МЗ РБ №1030 от 30.09.2010 «Об утверждении клинических протоколов оказания скорой медицинской помощи взрослому населению»

– Приказ МЗ РБ №155 от 09.02.2012 «Об утверждении алгоритма оказания медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией, острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения на амбулаторном этапе»