



Руководителям медицинских организаций
Курганской области

направлено по электронной почте

**ПРАВИТЕЛЬСТВО
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Томина, 49, г.Курган,
Курганская область, 640000

Тел./факс (83522) 498501, (83522) 498503

<http://www.UZO.Kurgan-med.ru>

e-mail: DZO@kurganobl.ru

на № 05.11.15. № 01-12/9418

Департамент здравоохранения Курганской области направляет протокол видеоконференции от 29 октября 2015 года для использования в работе. Все материалы видеоконференции размещены на сайте Департамента здравоохранения Курганской области и Государственного бюджетного учреждения «Курганская областная клиническая больница».

Материалы видеоконференции направить на фельдшерско-акушерские пункты для использования в работе.

Приложение: на 15 л. в 1 экз.

Директор Департамента здравоохранения
Курганской области

Л.И. Кокорина

Косарева С.Р.
46-51-03

ПРОТОКОЛ № 8
видеоконференции Департамента здравоохранения Курганской области

от 29 октября 2015 года

для заместителей главного врача по организационно-методической работе, фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов и скорой медицинской помощи.

1. Цирроз печени: диагностика и лечение.

(Попова О.А. – главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения Курганской области)

Цирроз печени (далее – ЦП) находится на шестом месте как причина смерти в возрастной группе от 35 до 60 лет. Частота заболевания за последние 10 лет увеличилась на 12%. Мужчины болеют в три раза чаще. Основной пик заболеваемости приходится на период после сорока лет.

Причины цирроза печени: вирусный (30–40%); алкогольный (по разным данным от 40-50% до 70-80%); метаболический (1-3%); лекарственный (5-10%), аутоиммунный (5-10%); холестатический 7-11%; вследствие нарушения венозного оттока от печени (3-7%); криптоценный (10–35%).

Общие признаки ЦП:

- Астенический синдром,
- Дефицит истинной массы тела, кахексия,
- Невысокая гипергаммаглобулинемия,
- Гиперкинетический тип кровообращения (тахиардия, снижение церебрального почечного и печеночного кровотока) и артериальная гипотония.

Диагностика цирроза:

1. Анализ анамнеза заболевания (когда / как давно появились и были ли боли в животе, сонливость, слабость, повышенная утомляемость, возможные кровотечения, зуд кожи, отечность ног, с чем пациент связывает возникновение симптомов).

2. Анализ анамнеза жизни (были ли заболевания печени, отравления, операции, другие заболевания желудочно-кишечного тракта (какие именно), каков характер стула (цвет, консистенция, запах), есть ли у пациента вредные привычки, какие условия труда и быта).

3. Анализ семейного анамнеза (наличие у родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта: желчнокаменной болезни (образование камней в желчном пузыре, гепатитов (воспаление печени)).

4. Осмотр. При осмотре пациента определяется болезненность живота при его пальпации (прощупывании) чаще в верхних отделах живота, над пупком справа, определение свободной жидкости в брюшной полости, желтушность кожи, белков глаз, возможен «печеночный запах» изо рта.

5. Оценка психического состояния человека для своевременной диагностики печеночной энцефалопатии (заболевания, развившегося в результате токсического (отравляющего) действия продуктов распада нормальных клеток печени на мозговую ткань и нарушения циркуляции крови).

Признаки цирроза:

Синдром «малых» печеночных признаков:

1. телеангиоэкстазии (сосудистые «звездочки» на лице и теле, на ладонях, подошвах стоп, покраснение кожи);

2. мужчина приобретает часть очертаний и внешнего вида женщины: отложение жира на бедрах и на животе, тонкие конечности), скучное оволосение в подмышечной

области и на лобке, образование и увеличение молочных желез у мужчины, гипертрофия околоушных слюнных желез;

3. расширенная капиллярная сеть на лице;

4. склонность к образованию «синяков»;

5. желтушная окраска кожи, слизистых оболочек полости рта и склер (белых оболочек глазного яблока);

6. мелкие белые полоски на ногтях;

7. симптомы «барабанных палочек» (увеличение размеров кончиков пальцев рук, отчего их внешний вид похож на барабанные палочки) и «часовых стекол» (увеличение размеров и округлое изменение ногтевых пластин).

Клинические признаки	Лабораторные признаки
Печеночная энцефалопатия	Гипераммониемия
Отечно-асцитический с-м	↓ общего белка ↓ альбумина
Геморрагический синдром	↓ ПТИ, ↑ АПТВ, ↑ частичного тромбопластинового времени
Прогрессирующая желтуха	↑ билирубина ↓ холестерина, Гипокалиемия

1. С-м печеночно-клеточной недостаточности

2. С-м портальной гипертензии - постоянное повышение давления в системе портальной вены более 13мм.рт .ст и\или повышение портального градиента (разница между давлением в портальной вене и нижней полой вене) более мм.рт.ст

- Сplenомегалия
- Изолированный асцит (редко в сочетании с гидротораксом)
- Расширение венозных коллатералей
- Расширение паравумбиликальных вен («голова медузы»), варикозное вен
- Портальная гастро-, энтеро- и колопатия
- Расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка, верхних прямокишечных увеличение диаметра воротной и селезеночной вен и наличие портокавальных коллатералей (реканализация пупочной вены) при УЗИ-исследовании

Осложнения портальной гипертензии:

- «Гиперспленизм» (↓ эритроцитов, ↓лейкоцитов, ↓ тромбоцитов)
- Спонтанный бактериальный перитонит
- Формирование грыж (пупочной, белой линии живота и др.)
- Кровотечение из варикозорасширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка
 - Геморроидальные кровотечения
 - Окклютивные желудочно-кишечные кровотечения вследствие портальной гастро-, энтеро- и колопатии
- Портосистемная энцефалопатия
- Гепато-рениальный и печеночно-легочный синдромы

Лечение цирроза. Этиотропное (воздействие на причину цирроза) лечение:

- противовирусная терапия – приме противовирусных препаратов (при вирусном гепатите (воспалении печени));
 - отказ от употребления алкоголя, избавление от алкогольной зависимости;
 - отмена лекарственного вещества, вызвавшего повреждение печени.

Патогенетическое (воздействующее на процессы в организме при циррозе):

- удаление избытка меди (при болезни Вильсона-Коновалова — заболевание, при котором в печени накапливается медь из-за дефекта в ее обмене веществ);
- иммуннодепрессивная терапия (снижающая реакцию иммунной системы на клетки печени);
- лечение холестаза (застоя желчи в желчных путях) желчегонными препаратами.

Симптоматическое (воздействие на причины симптомов) лечение:

1. Печеночной энцефалопатии (повреждение головного мозга веществами, в норме обезвреживаемыми печенью) диетотерапией (снижение белка и повышение растительных продуктов в рационе) и антибактериальными препаратами;

2. Синдрома портальной гипертензии (повышения давления в системе воротной вены — комплексной венозной структуры, участвующей в циркуляции крови и обменных процессах в печени)

3. Диуретическими препаратами (стимулируют функции почек для выведения скопившейся в брюшной полости жидкости).

Препараты, используемые для лечения и коррекции нарушений гепатобилиарной системы (печень, желчный пузырь и желчевыводящие пути).

- Цитостатики (препараты, снижающие образование рубцовой ткани в печени).
- Гепатопротекторы (препараты, сохраняющие активность клеток печени).
- Желчегонные средства (усиливающие выведение желчи).
- Противоспалительные препараты — уменьшающие или устраниющие процесс воспаления в печени.

• Антиоксиданты (препараты, снижающие и/или устраниющие повреждающее действие токсических (отравляющих) веществ и продуктов обмена в организме).

• Диуретические препараты при асците (свободной жидкости в брюшной полости) - стимулируют функции почек для выведения скопившейся в брюшной полости жидкости.

Печеночная энцефалопатия — потенциально обратимое расстройство центральной нервной системы, обусловленное метаболическими расстройствами, возникающими в результате печеночно-клеточной недостаточности.

Простейшая диагностика: Нарушение подчерка (ежедневное ведение дневника самочувствия больного)

Стадии печеночной энцефалопатии (ад. по Conn H.O., 2002)

Стадия ПЭ	Состояние сознания	Интеллект	Поведение	Нейромышечные нарушения
0 (МПЭ)	Не изменено	Не изменен	Не изменено	Клинически не обнаруживаются
I (легкая)	Нарушение ритма сна: сонливость днем, бессонница ночью	Снижение внимания, концентрации, быстроты реакции	Акцентуация личности. Неврастения, эйфория, депрессия, болтливость, раздражительность	Нарушение тонкой моторики, изменение почерка. Мелкоразмашистый трепор
II (средняя)	Летаргия	Отсутствие чувства времени, амнезия, нарушение счета	Изменения личности. Страх, апатия, отсутствие торможения	Астериаксис. Смазанная речь. Гипорефлексия, оцепенение, атаксия

III (тяжелая)	Сомноленция, дезориентация в пространстве и времени	Неспособность к счету	Неадекватное поведение, ярость, паранойя	Гиперрефлексия, нистагм, патологические рефлексы, спастичность
IV (кома)	Отсутствие сознания и реакции на боль	Отсутствие функции	Прекращение функции	Арефлексия, потеря тонуса

Факторы, вызывающие печеночную энцефалопатию: нагрузка пищевым белком; запор; инфекции; ограничение жидкости; диуретики; диарея; кровотечения; алкоголь; прогрессирование повреждения паренхимы печени, развитие гепатомы.

Общие принципы лечения печеночной энцефалопатии (далее – ПЭ):

1. Выявление и устранение факторов, способствующих развитию ПЭ
2. Диета: ограничение белка до 1,0 – 1,5 г/кг в зависимости от неврологического статуса: преимущество отдается растительным белкам (СОЯ).

Регулирование частоты стула (не реже, чем 2, не чаще, чем 3). При острой или обострении хронической ПЭ – очистительные клизмы с лактулозой.

Режим дозирования лактулозы Лактулоза (Дюфалак, Нормазе, Порталак) при ПЭ

1. Per os 45-120 г в сутки (рН<6) – (1 – 3 приема)

2. Через назогастральный зонд (45мл\час до появления стула, в клизмах (20-30%) внутрь затем длительно поддерживающая доза для достижения мягкого стула 2 – 3 раза в сутки

3. Введение в клизме 300 мл лактулозы на 700 мл воды

Схема назначения L-орнитин-L-аспартата (Гепа-Мерц)

Острый гепатит (тяжелое течение), цирроз печени Первые 5 -7 дней внутривенно по 20-40 г на 500-1000 мл физиологического раствора, 5 г/час, последующие 4-12 недель внутрь по 3-6 г (гранулят) 3 раза/сут

Острый гепатит (среднетяжелое и легкое течение), хронический гепатит, стеатоз печени - 4-8 недель внутрь по 3-6 г (гранулят) 3 раза/сут

Рифаксимин: хорошо переносится, безопасен, не развивается резистентность при длительном приеме

Используется для лечения и профилактики ПЭ в качестве монотерапии и в сочетании с другими препаратами.

- Печеночная энцефалопатия: 2 x 200мг X 3 раза в день (1200мг в день) в течении 7-14 дней. Возможно повторение курсов 7 – 14 дней каждого месяца
- Ципрофлоксацин по 500мг* 2р\день 7дней
- Неомицин в дозе 0,5г 2-4 р\сут per os не более 7 дней только в острых и тяжелых случаях (сейчас применение ограничено из-за ото-нефротоксичности)
- Ванкомицин per os 1г*2р\сут не более 7 дней
- Метронидазол 250мг*3р\день 7 дней

В марте 2011 года FDA одобрила Рифаксимин в качестве лекарственного средства, предотвращающего рецидивы ПЭ.

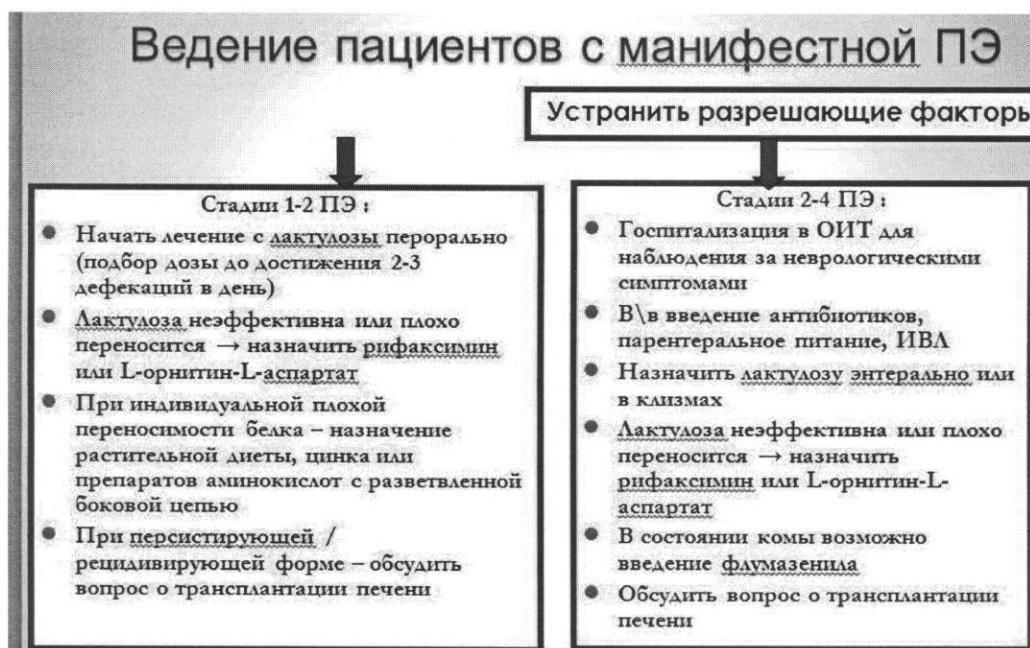
Первичная профилактика кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП).

Варикозное (изменение структуры стенки, возникшее вследствие повышенного венозного давления) расширение вен пищевода, кровотечение из этих вен.

Симптомы желудочно-кишечных кровотечений: кровавая рвота; мелена (черный стул); пониженное артериальное давление (менее 100/60 мм рт.ст.); частота сердечных сокращений более 100 ударов в минуту (норма – 60-80).

Назначение неселективных В-адреноблокаторов (пропранолол по 20мг* 2р\день с постепенным повышением дозы каждые 3-4 дня, надолол 40-80мг\1р\сут, целевая ЧСС-55 уд\мин).

Эндоскопическое лигирование ВРВ (только при непереносимости бетта-адреноблокаторов (БАБ), и наличии противопоказаний к БАБ).



При остром кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода необходимы срочная госпитализация в хирургический стационар, восполнение ОЦК (обеспечение сосудистого доступа+ инфузионная терапия), голод, введение сосудосуживающих средств (вазопрессин (20 Ед на 100мл 5 % раствора глюкозы в течение 20 мин, затем 4-24 часа со скоростью 20 Ед\час до полной остановки кровотечения, Терлипрессин в/в в

дозе 1-2мг с интервалом 4-6 часов в течение 3-5 дней, соматостатин и его синтетический аналог октреотид (доза 50мкг в\в болюсно с последующей длительной инфузией 50мкг\ч до 5 дней).

Профилактика спонтанно бактериального перитонита (СБП) - антибактериальная терапия в условиях ЦРБ:

Норфлоксацин 400мг*2р\день 7дней

Ципрофлоксацин в\в500мг*2р\день 7дней

Цефтриаксон по1г\сут

Классификация асцита

I степень – асцит, выявляемый только при УЗИ органов брюшной полости

II степень – симметричное увеличение живота

III степень - большой асцит с выраженным напряжением живота

Симптоматическая терапия изолированного (минимального) асцита:

1. Строгий постельный режим (улучшается почечный кровоток и значит выведение натрия);

2. Диета (бессолевая 1-2г соли\сут, ограничение приема жидкости только при гипонатриемии 120- 125 ммоль/л (800-1000 мл/сут.);

При минимальном асците для его купирования иногда достаточно только назначения бессолевой диеты.

3. Мочегонные препараты;

4. Следует избегать назначения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) - снижают экскрецию натрия с мочой, может индуцировать азотемию и способствовать развитию диуретико-резистентного асцита.

Диета при асците

• Приготовление без соли, отсутствие соли на столе. Использование заменителей соли.

• Бессолевые хлеб, сухари, крекеры, масло, маргарин без ограничений.

• Использование приправ (лимонный сок, лук, уксус, перец, чеснок, бессолевой кетчуп и майонез, горчица, тмин, петрушка и т.д.) для улучшения вкусовых ощущений

• Исключение продуктов, содержащих соду и пекарский порошок (пирожные, бисквиты, торты, обычный хлеб), конфеты, пастилы.

• Исключение солений, мясных и рыбных копченостей, оливок, паштетов, сыров, мороженого.

• Исключение всех видов круп, кроме манной.

• Мясо (говядина, рыба, птица, кролик) 100 грамм в день и 1 яйцо. Яйцо может заменить 50 грамм мяса.

• Молоко не более 250 мл/сут. Разрешаются сливки, сметана.

• Отварной рис без соли

• Любые овощи и фрукты в сыром или приготовленном в домашних условиях виде.

Назначение диуретиков

Лечение асцита спиронолактоном и фуросемидом следует начинать с малых доз (40 мг фуросемида и 100 мг спиронолактона в сутки).

• Спиронолактон ежедневно (однократный утренний прием) - верошпирон или альдактон.

• Фуросемид reg os. Внутривенное введение фуросемида (лазикса) вызывает острое снижение клубочковой фильтрации!!

• Доза фуросемида и спиронолактона увеличивается каждые 3-4-5 дней до того, пока снижение веса больного не достигнет 400 г в сутки, а количество выпитой

жидкости будет соответствовать количеству выделенной мочи (макс. дозы фуросемид - 160мг\сут, верошпирон-400мг\сут).

- При отсутствии снижения веса рекомендовано определение суточной экскреции натрия с мочой

Рефрактерный асцит. Сохранение асцита при

- Адекватном ограничении поступления натрия,
- Максимально переносимых дозах диуретиков (при дозе фуросемида 160 мг, а спиронолактона 400 мг в сутки),
- Отсутствии других причин асцита,
- Недостаточное снижение массы тела,
- Суточная экскреция натрия с мочой меньше поступающего с пищей,
- Лечение – парацентез.

Для лечения рефракторного асцита используют хирургическое наложение портокавальных анастомозов.

Показания к отмене диуретической терапии:

- Печеночная энцефалопатия,
- Гипонатриемия менее 120 ммоль/л при ограничении жидкости,
- Креатинин сыворотки более 2 мг/дл.

Контроль эффективности мочегонной терапии

- за количеством принятой жидкости и количеством выделяемой мочи в сутки, а также ежедневное взвешивание больного (масса тела),
- измерение объема талии,
- изолированный асцит оптимальное снижение МТ – 0,3-0,5 кг/сут.

При наличии выраженного асцита в сочетании с массивными периферическими отеками суточная потеря МТ – 1 кг/сут. (не более).

Тактика ведения пациента

- Взвешивание пациента и измерение объема талии при каждом посещении,
- Определение K, Na, остаточного азота, креатинина

Напряженный асцит если сопровождается:

- выраженным увеличением размеров живота, развитием дыхательной недостаточности по рестриктивному типу, ограничением подвижности больного - необходимо проведение лечебного парацентеза.

Напряженный асцит: тактика ведения больных

1. Объемный парацентез (5 литров)

2. Парацентез с удалением более 5 литров с замещением альбумином 6-8 г на 1 литр удаленной асцитической жидкости.

3. При удалении менее 5 литров жидкости возможно использование плазмозаменителей (или декстранов).

4. Замещение удаленной асцитической жидкости альбумином достоверно снижает риск развития гиповолемии, ухудшение почечной перфузии с нарастанием гипонатриемии и гиперкреатининемии, появления или усугубления печеночной энцефалопатии.

5. Лист ожидания трансплантации печени(проводить беседу с родственниками).

6. Мониторинг: вес, симптомы ортостатизма, электролиты сыворотки и мочи, креатинин сыворотки

Показания для проведения лапароцентеза:

1. Напряженный асцит без или с отеками.

2. Диуретикорезистентный асцит (отсутствие ответа на недельный прием спиронолактона 400 мг/сутки и фуросемида 160 мг/сутки).

3. Наличие противопоказаний к проведению диуретической терапии (кровотечение, печеночная энцефалопатия, рвота, диарея, электролитные расстройства, лихорадка, тахикардия, гипотония, гиперазотемия).

4. Появление осложнений диуретической терапии (электролитные нарушения, печеночная энцефалопатия, гепаторенальный синдром, эндокринные расстройства).

5. Неясный генез асцита.

Лечебный парacentез. Плюсы:

- Более эффективен, чем диуретики,
- Реже вызывает гипонатриемию и ПЭ,

• Не приводит к развитию почечной недостаточности и спонтанного бактериального перитонита.

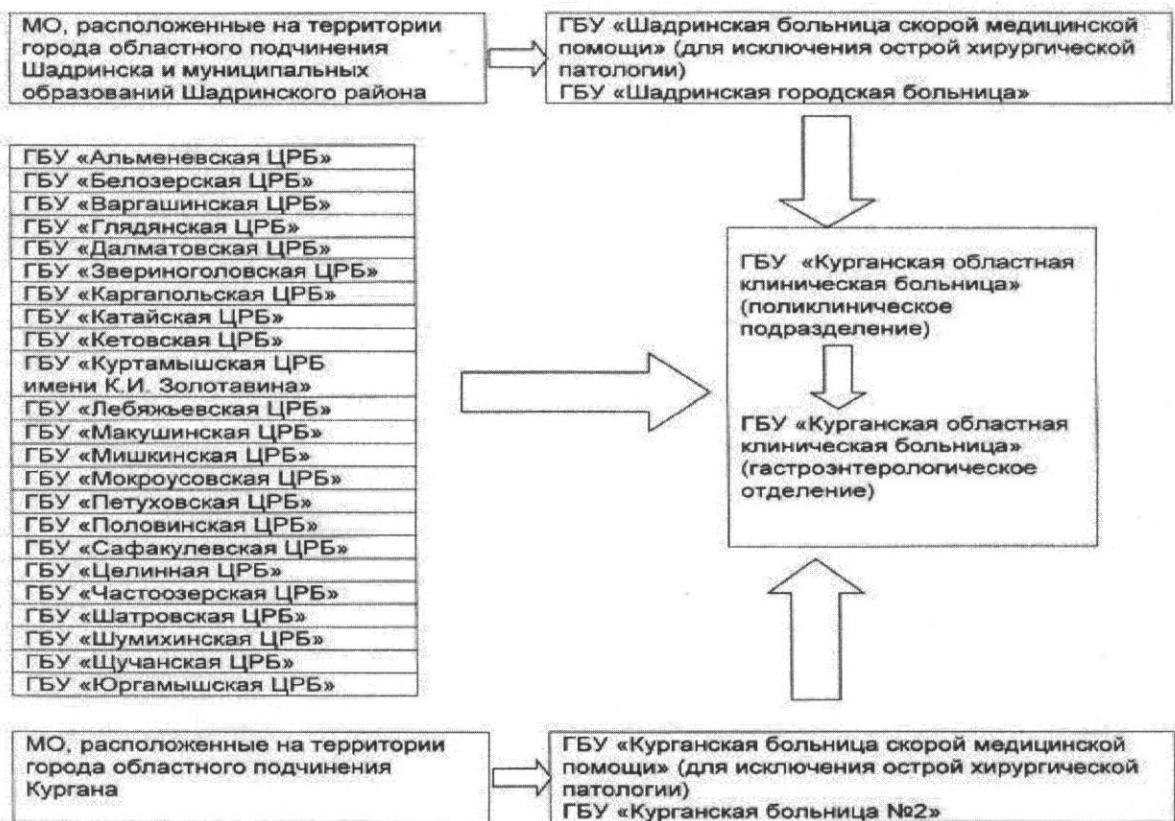
Минусы: замещение альбумином 6-8 г на 1 литр удаленной асцитической жидкости.



100% больных циррозом печени подлежат диспансерному наблюдению (динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации).

Контрольный осмотр не реже 2 раз в год без отрицательной динамики, не реже 4 раз в год и более при отрицательной динамике (контроль печ проб (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, Билирубин + фракции, белок + фракции) ОАК+тр. Сахар крови, креатинин, мочевина, электролиты при асците, Коагулограмма (МНО, ПТИ, УЗИ ГБЗ при асците), ФГС контроль 1 раз в 3 года при ВРВП.

Схема маршрутизации в соответствии с приказом Департамента здравоохранения Курганской области от 25 апреля 2014 года №509



Показания для направления к врачу-гастроэнтерологу в поликлинику «КОКБ»:

- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (подозрение на заболевание, отсутствие эффекта от терапии по месту жительства при динамическом наблюдении);
 - - синдром мальабсорбции (подозрение на целиакию, муковисцидоз, лактозную недостаточность и другие, отсутствие эффекта при динамическом наблюдении);
 - - язвенный колит, болезнь Крона;
 - - гемоколиты неуточненной этиологии при наличии отрицательных бактериологических посевов на кишечные инфекции;
 - - хронические копростазы (отсутствие эффекта при динамическом наблюдении);
 - - длительно текущие (более 3 месяцев) диареи неуточненного генеза при наличии отрицательных бактериологических посевов на кишечные инфекции и результатов исследований на ротовирусную инфекцию;

- - заболевания желчного пузыря и билиарных путей (хронический холецистит, хронический холецистохолангит, ЖКБ);
- - заболевание печени (хронические вирусные гепатиты, аутоиммунные гепатиты, криптогенный гепатит, цирроз печени, фиброз печени, стеатоз, стеатогепатиты, гипербилирубинемия неясного генеза, подозрение на метаболические заболевания печени);
 - - гепатомегалия, спленомегалия;
 - - хронический панкреатит;
 - - синдром хронической абдоминальной боли неясного генеза,

Для плановой консультации к врачу-гастроэнтерологу необходимо

1. Направление на консультацию;

2. Результаты амбулаторного исследования по месту жительства:

- общий анализ крови,
- анализ мочи,
- копrogramма,
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости,
- при необходимости фиброгастроскопия,
- ректороманоскопия,
- ирригограмма.

2. Профилактика инсульта и лечение на догоспитальном этапе.

(Алексейцева Т.Е. – врач-невролог неврологического отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения Государственного бюджетного учреждения «Курганская областная клиническая больница»)

Сосудистые заболевания головного мозга вышли в России на второе место после кардиоваскулярных болезней среди всех причин смерти населения, при этом ишемические поражения занимают доминирующее место, занимая до 80% всех сосудистых заболеваний. В России ежегодно переносят инсульт более 450 тыс. человек, т.е. каждые 1.5 минуты у кого то из россиян впервые развивается данное заболевание, при этом до 200 тысяч заканчивается летальным исходом, а из выживших до 80% остаются инвалидами. Лишь 20% выживших больных могут вернуться к работе.

Каждый пациент с диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения» должен быть госпитализирован, причем наиболее эффективна терапия в стационаре, в случае госпитализации больного в первые часы от момента развития мозговой катастрофы.

Факторы риска ОНМК

1. Неизменяемые:

- возраст (с увеличением которого риск инсульта увеличивается).
- мужской пол.
- генетическая предрасположенность к некоторым заболеваниям приводящим к инсульту (гипертоническая болезнь, ожирение.
- раса.

Поддающиеся коррекции факторы риска:

- артериальная гипертензия.
- атеросклероз сосудов головного мозга.
- ишемическая болезнь сердца, мерцательная аритмия.
- сахарный диабет.
- курение.

- инсульт или ТИА в анамнезе.
- инфаркт миокарда в анамнезе.
- повышенное содержание холестерина.
- злоупотребление алкоголем.

Классификация ОНМК.

Транзиторная ишемическая атака (ТИА) характеризуется внезапным развитием и полным регрессом очаговой симптоматики в течении 24 часов.

Острая гипертензивная энцефалопатия - характеризуется возникновением общемозговых симптомов в результате развития явлений отека мозга при срыве регуляции мозгового кровообращения на фоне высоких цифр АД.

Инсульт-заболевание характеризующееся развитием очаговых симптомов поражения ЦНС, продолжающихся более 24 часов.

Инсульт подразделяется на: геморрагический, ишемический, смешанный.

Механизм развития ишемического инсульта:

при снижении мозгового кровотока (сужение просвета или закупорка мозговых артерий атеросклеротической бляшкой, тромбом, эмболом из полости сердца) уже через 6-8 минут формируется необратимо поврежденная область мозга «ядерная зона». В течении нескольких часов эта зона окружена обедненной но жизнеспособной тканью мозга. Формирование очага поражения продолжается до 2-3 суток, но в течении 2-3 часов процесс можно обратить.

Геморрагический инсульт развивается как следствие артериальной гипертензии, обусловленное гипертонической болезнью, заболеваниями почек, эндокринными нарушениями.

Вторая по частоте причина - артериальная аневризма или мальформация. Основной фактор спонтанных субарахноидальных кровоизлияний- разрыв аневризмы на основании мозга.

Клиническая картина ОНМК характеризуется внезапным возникновением очаговой симптоматики.

Очаговые симптомы

1. Односторонние двигательные нарушения в конечностях в виде пареза (снижение мышечной силы) или паралича (полное отсутствие движения)

2. Речевые нарушения (дизартирия, афазия). Тест чтобы выявить нарушение речи попросите назвать больного свое имя или простую фразу Больной не будет выполнять просьбы и команд или не может строить свою речь.

3. Ассиметрия лица. Сглаженность носогубной складки. Необходимо попросить больного улыбнуться.

4. Односторонние нарушения чувствительности в руке и/или в ноге. Ощущение будто больной отлежал свою конечность.

Для выявления нарушения чувствительности нужно наносить уколы на симметричные участки конечностей справа и слева. Общемозговые симптомы: изменение уровня сознания, головная боль, тошнота, рвота, головокружение, генерализованные судороги.

Формы изменения сознания: оглушение (умеренное, глубокое) нарушение внимания, утраты связности мыслей или действий. Больной вял, сонлив.

Сопор-больной открывает глаза после интенсивного торможения или болевого раздражения. При этом целенаправленные защитные реакции сохранены.

Кома-полная потеря сознания, больной неразбудим. Кома поверхностная. Кома глубокая. Кома атоническая.

Менингеальные симптомы характерны для геморрагического инсульта- регидность мышц затылка-невозможность приведения подбородка к груди. Симптом Кернига-невозможность разогнуть ногу в коленном суставе при согнутой в тазобедренном.

Дифференциальная диагностика ОНМК:

гипогликемия; эпилептический припадок; черепно-мозговая травма; менингит; энцефалит; осложненный приступ мигрени; опухоль мозга; истерия.

Тактика ведения больного с ОНМК на вызове.

Транспортировка больных с ОНМК.

Инсульт - неотложное состояние, поэтому все пациенты (так и с ТИА) должны госпитализироваться первой бригадой, прибывшей на вызов. Необходимо оповещение принимающей стороны с указанием времени довоза больного. Максимально быстрая транспортировка больного в стационар, желательно, минуя приемное отделение для проведения КТ головного мозга.

Противопоказаний для госпитализации больных с ОНМК нет, имеются относительные ограничения такие как терминальная кома, деменция в анамнезе с инвалидизацией, терминальная стадия онкологических заболеваний.

Вопросы больному и\или родственникам:

- Точное время начала заболевания?
- Имеется ли нарушение сознания, речи, двигательных функций, асимметрия лица, нарушение чувствительности, судороги.
- Имеются ли факторы риска мерцательная аритмия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ИБС, ОНМК в анамнезе?
- Был ли больной инвалидирован до данного заболевания?

Диагностические мероприятия: оценка общего состояния и жизненно важных функций: уровень сознания, проходимость дыхательных путей, кровообращение.

Осмотр и пальпация мягких тканей головы для выявления ЧМТ.

Измерение АД, пульса, аускультация сердца и легких. ЭКГ.

Исследование глюкозы крови.

Пульсоксиметрия.

Лечебные мероприятия:

Базисная терапия. Направлена на коррекцию жизненно-важных функций.

1. Коррекция дыхательных нарушений

2. Коррекция гемодинамики. **Рутинное снижение АД при инсульте недопустимо!** Систолическое АД 190-200мм.рт.ст и диастолическое 105-110мм активная гипотензивная терапия не требуется .Если цифры превышают ,то снижение не более 20%. Использование нифедипина, эуфиллина, папаверина, клофелина противопоказано. Применяют дробное введение сульфата магния 25%, ингибиторы АПФ (капотен)

Артериальная гипотензия - ухудшает церебральную гемодинамику. Инфузионная терапия 0.9% хлорид натрия. Для быстрого восполнения ОЦК препараты ГЭК 6% или 10%.

Растворы 5%глюкозы при инсульте противопоказаны.

Раствор Допамина, в\венно капельно 5 МКГ\кг массы в минуту. Противопоказано введение сердечных гликозидов,ГКС ввиду неэффективности и риска кардиальных осложнений.

Купирование судорожных припадков: Диазепам 10мг в\венно, при неэффективности повтор через 3-4 мин.

Препараты, применение которых при инсульте не рекомендуется на догоспитальном этапе:

- Фуросемид
- Пирацетам
- Эуфиллин
- Дексаметазон
- Преднизолон
- Нифедипин

3. Тактика ведения больных с ОРВИ и пневмониями в период сезонного роста заболеваемости.
 (Носова Е.Г. – главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения Курганской области)

№п/п	Клинические признаки	Исполнитель	Мероприятия	Тактика
1	Признаки острого ринита, фарингита не более трех суток, температурная реакция в норме		Наблюдение участкового терапевта, (фельдшера ФАПа) до 7 суток, (при отсутствии отрицательной динамики)	Лечение ОРЗ, согласно приложению №1
2	При отсутствии эффекта от лечения в течение 3 дней: -		Исследование крови, мочи, рентгенологическое исследование легких, пульсоксиметрия Нет данных за пневмонию	Лечение амбулаторное согласно приложению № 2
3.	Температурная реакция до 38 гр. С. в сочетании с признаками острого ринита, фарингита, трахеита при вероятности вирусной инфекции (по данному вопроса), 3 суток и более	Фельдшер скорой медицинской помощи, фельдшер ФАП, участковый терапевт (фельдшер	Исследование крови, мочи. рентгенологическое исследование легких пульсоксиметрия в течение 1 часа с момента обращения в ЛПУ - Нет признаков пневмонии	Лечение амбулаторное согласно приложению № 2, в соответствии со степенью тяжести
4	Температурная реакция выше 38 гр. С. в сочетании с признаками острого ринита, фарингита (или без них) и поражения бронхов (кашель, одышка, боли мышцах, боли в грудной клетке, хрипы в легких)		Исследование анализов крови, мочи, рентгенография, легких, пульсоксиметрия в течение 1 часа с момента обращения в ЛПУ Нет признаков пневмонии.	Лечение амбулаторное согласно приложению №2

5	<p>То же, что в пункте 1, 2, или 3 + наличие на рентгенограммах в легких очаговых или инфильтративных теней (вероятные признаки пневмонии)</p>	<p>Исследование анализов крови, мочи, рентгенография, легких, пульсоксиметрия в течение 1 часа с момента обращения в ЛПУ</p> <p>Сатурация кислорода в крови (SaO_2) - 95-98%, ЧДД <22 в мин. АД - 110/80 в мин) (вероятные признаки пневмонии)</p> <p>Сатурация кислорода в крови (SaO_2) менее 95%, ЧДД <24-28 в мин. АД - 110/80 в</p>	<p>Амбулаторное лечение пневмонии согласно приложению 2, пневмония легкой степени, активное посещение врача терапевта, фельдшера ФАПа ежедневно, при отсутствии отрицательной динамики - контроль ОАК 1р/3 дня, рентгенография органов грудной клетки 1раз в 7 дней</p> <p>Госпитализация в ЛПУ по месту жительства, лечение согласно приложению № 2</p> <p>пневмония средней степени тяжести;</p> <p>Консультация пульмонолога через диспетчера ГКУ «Курганский областной центр медицины катастроф» по телефону 835(22)653874</p> <p>Контроль анализов крови и рентгенологический контроль ежедневно при положительной динамике через 7-10 дней,</p> <p>при отрицательной динамике контроль ежедневный</p> <p>повторная консультация пульмонолога</p> <p>Госпитализация в ЛПУ по месту жительства, лечение согласно приложению № 2, №3</p> <p>пневмония тяжелой степени тяжести:</p> <p>наличие показаний к ИВЛ</p> <p>Консультация пульмонолога, анестезиолога-реаниматолога через диспетчера ГКУ «Курганский областной центр медицины катастроф» по телефону 835(22)653874.</p> <p>Контроль анализов крови и рентгенологический контроль ежедневный, до положительной динамики</p> <p>повторная консультация пульмонолога консультация анестезиолога-реаниматолога</p>
---	--	---	---

		Сатурация кислорода в крови (SaO_2) менее 90 %, ЧДД >30 в мин. АД -90/60 в ЧСС 120 в мин	Показание для госпитализации ОРИТ, проведение интенсивной терапии согласно приложению 2,3, ИВЛ Контроль анализов крови и рентгенологический контроль ежедневный, до положительной динамики						
6.	Все случаи пневмоний, подтвержденных рентгенологически, без признаков инфекции верхних дыхательных путей и отрицательном вирусном эпидемионике	Фельдшер скорой медицинской помощи Фельдшер ФАП Участковый терапевт (фельдшер)	<p>Исследование анализов крови, мочи, рентгенография, легких, пульсоксиметрия в течении 1 часа с момента обращения в ЛПУ</p> <table border="1"> <tr> <td>Сатурация кислорода в крови (SaO_2) - 98-95%, ЧДД <22 в мин. АД - 110/80 в мин)</td> <td>Лечение согласно приложению №2 Легкой степени пневмония</td> </tr> <tr> <td>Сатурация кислорода в крови (SaO_2) 95-90%, ЧДД <24-28 в мин. АД - 110/80 в №3</td> <td>Лечение средней степени тяжести пневмония, согласно приложению №2, Кислородная поддержка Консультация пульмонолога, анестезиолога-реаниматолога</td> </tr> <tr> <td>Сатурация кислорода в крови (SaO_2) менее 90- %, ЧДД <24-28 в мин. АД - 110/80 в</td> <td>Тяжелой степени пневмония, лечение в ОРИТ Кислородная поддержка Показания для ИВЛ, приложение 2,3 Консультация пульмонолога, анестезиолога-реаниматолога</td> </tr> </table>	Сатурация кислорода в крови (SaO_2) - 98-95%, ЧДД <22 в мин. АД - 110/80 в мин)	Лечение согласно приложению №2 Легкой степени пневмония	Сатурация кислорода в крови (SaO_2) 95-90%, ЧДД <24-28 в мин. АД - 110/80 в №3	Лечение средней степени тяжести пневмония, согласно приложению №2, Кислородная поддержка Консультация пульмонолога, анестезиолога-реаниматолога	Сатурация кислорода в крови (SaO_2) менее 90- %, ЧДД <24-28 в мин. АД - 110/80 в	Тяжелой степени пневмония, лечение в ОРИТ Кислородная поддержка Показания для ИВЛ, приложение 2,3 Консультация пульмонолога, анестезиолога-реаниматолога
Сатурация кислорода в крови (SaO_2) - 98-95%, ЧДД <22 в мин. АД - 110/80 в мин)	Лечение согласно приложению №2 Легкой степени пневмония								
Сатурация кислорода в крови (SaO_2) 95-90%, ЧДД <24-28 в мин. АД - 110/80 в №3	Лечение средней степени тяжести пневмония, согласно приложению №2, Кислородная поддержка Консультация пульмонолога, анестезиолога-реаниматолога								
Сатурация кислорода в крови (SaO_2) менее 90- %, ЧДД <24-28 в мин. АД - 110/80 в	Тяжелой степени пневмония, лечение в ОРИТ Кислородная поддержка Показания для ИВЛ, приложение 2,3 Консультация пульмонолога, анестезиолога-реаниматолога								