

Перечень случаев по неотложке

- Острый коронарный синдром
- Анафилактический шок
- Гипертонический криз
- Кардиогенный шок
- ОНМК
- Преэклампсия / эклампсия
- Гипергликемическая/гипогликемическая кома
- Судорожный синдром



Определение

Острый коронарный синдром – термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию.

Алгоритм оказания медицинской помощи при ОКС

- 1. Сбор жалоб (боль в груди, характеристика боли)
- 2. Сбор анамнеза (Состоит ли на Д учете, аллергоанмнез)
- 3. Объективный осмотр (АД, пульс)
- 4. Постановка предвотительного диагноза и вызов СМП
- 5. Назначение лабораторно-инструментального исследования (ЭКГ, тропонины)
- 6. Терапия ОКС (доступ кислорода)
- 7. Маршрут пациента (госпитализация специализированную клинику)

ОКС без подъёма ST

Утверждено Протоколом
Экспертного Совета МЗ РК от
08.01.12

высокий риск

- Утяжеление ишемических симптомов в предш. 48 ч
- >20мин продолж.боль в покое
- Шум митральной регургитации, III тон, хрипы в легких с обеих сторон обусловленные острой ишемией миокарда, отеком легких.
- Артериальная гипотензия брадикардия, тахикардия
- Возраст > 75 лет
- Симптомы ишемии со смещениями ST > 0,05 мВ (0,5мм) на ЭКГ

промежуточный

- ИМ, периферический/ церебральный атеросклероз, АКШ/ЧКВ, прием аспирина в анамнезе.
- >20мин купированная боль
- Стенокардия покоя <20мин купированная после приема НТГ
- Возраст > 70 лет
- Инверсия зубца T >0,2 мВ (2мм)
- Патологические зубцы Q

низкий риск

- Появление впервые возникшей (de novo) тяжелой стенокардии не менее III-IV ФК (CCS) в ближайшие 2 недели
- Нет изменений ЭКГ в т. ч. во время Дискомфорта

Срочно вызвать скорую медицинскую помощь – 103

Первичные терапевтические мероприятия должны начинаться при первом контакте с пациентом и продолжаться на всех последующих этапах

Срочно вызвать скорую медицинскую помощь - 103

Приемное отделение медицинских организаций, утвержденных приказом Управления здравоохранения г. Алматы по экстренной госпитализации пациентов кардиологического профиля

Отделение реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций, утвержденных приказом Управления здравоохранения г. Алматы по экстренной госпитализации пациентов кардиологического профиля



Первичные терапевтические мероприятия должны начинаться при первом контакте с пациентом и продолжаться на всех последующих этапах

В ближайшие 10 мин

- ЧДД, ЧСС, АД, насыщение O_2
- постельный режим
- мониторное наблюдение за ЭКГ
- готовность к дефибрилляции и сердечно-легочной реанимации
- обеспечение в/в доступа
- ЭКГ в 12-ти отведениях
- короткий прицельный анамнез
- физикальное обследование

Не откладывая

- кровь на маркеры некроза, электролиты, креатинин, Нв, Нт, тромбоциты, АЧТВ, МНО
- Эхо-КГ
- R-графия грудной клетки (<30 минут)

Неотложное лечение

Кислород подача 4-8 л/мин, если насыщение кислородом <90%

Нитраты под язык или в/венно (осторожно при САД <90мм рт.ст.) (I C)

Аспирин начальная доза 150 - 300 мг в таблетках

Клопидогрель нагрузочная доза 300 мг (возраст >75 лет - 75мг!) (I A)
при ЧКВ 600 мг для более быстрого начала действия (I B),
или **Тикагрелор** в нагрузочной дозе 180 мг (I B)

Антикоагулянты выбор между различными вариантами зависит от стратегии:

Фондапаринукс натрия п/к в дозе 2,5 мг/сут (I A)

Эноксапарин натрия п/к в дозе 1 мг/кг 2 раза в сут, (>75 лет – 0,75мг/кг) (I B)

Нефракционированный гепарин в/в в виде болюса 60-70 МЕ/кг (максимум 5000 МЕ), с последующей инфузией 12 - 15 МЕ/кг в час (максимум 1000 МЕ/ч) с титрованием АЧТВ до 1,5 - 2,5 контрольного времени (I C)

Бивалирудин болюсно в дозе 0,1 мг/кг с послед. дозой 0,25 мг/кг в час (I B)

Морфин 3 - 5 мг в/в или п/к от выраженности болевых ощущений

Метопролол тартарат при тахикардии или гипертензии (без симптомов СН) в/в 5 мг 2-3 раза с интервалом 2 мин до общей дозы 15 мг, под контролем АД и ЧСС (II aC). Через 15 мин назначить внутрь 50 мг метопролола тартарата каждые 6 ч на протяжении 48 ч.

Атропин в дозе 0,5 - 1 мг в/в в случае, если имеется брадикардия.

Алгоритм лечения Острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST

1. Первичная диагностика и интерпритация ЭКГ в 12 отведениях должны быть выполнены в пределах 10 мин.
2. Вызов скорой помощи и/или экстренная госпитализация
3. Нитраты-под язык нитроглицерин по 0,4 или изосорбид динитрат по 1,25 мг (спрей).Соблюдать осторожность при систолическом артериальном давлении (САД) меньше 90 мм.рт.ст.
4. Кислород показан пациентам с гипоксией или острой сердечной недостаточностью
5. Морфин-при продолжающейся боли 4-8 мг в/в с дополнительным введением 2 мг через 5-15 мин.
6. Аспирин при планировании первичного ЧКВ-нагрузочная доза 150-300 мг .перорально (или 80-150 мг в/в,если проглатывание невозможно)
7. Тикагрелор –при планировании первичного ЧКВ-нагрузочная доза 180 мг.перорально,затем поддерживающая доза 90 мг 2 раза в сутки.
8. Клопидогрель-нагрузочная доза 300 мг,при возрасте старше 75-75 мг
9. Пероральный бета-блокатор-при тахикардии или артериальной гипертензии (без симптомов сердечной недостаточности)

Алгоритм лечения Острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST

1. Первичная диагностика и интерпритация ЭКГ в 12 отведениях должны быть выполнены в пределах 10 мин.
2. Вызов скорой помощи и/или экстренная госпитализация
3. Кислород показан пациентам с гипоксией или острой сердечной недостаточностью
4. Морфин-при продолжающейся боли 4-8 мг в/в с дополнительным введением 2 мг через 5-15 мин.
5. Аспирин при планировании первичного ЧКВ-нагрузочная доза 150-300 мг .перорально (или 80-150 мг в/в,если проглатывание невозможно)
6. Тикагрелор –при планировании первичного ЧКВ-нагрузочная доза 180 мг.перорально,затем поддерживающая доза 90 мг 2 раза в сутки.
7. Клопидогрель-нагрузочная доза 300 мг,при возрасте старше 75-75 мг



- **Анафилактический шок (АШ)** - остро развивающийся, угрожающий жизни патологический процесс, обусловленный аллергической реакцией немедленного типа при введении в организм аллергена, характеризующийся тяжелыми нарушениями кровообращения, дыхания, деятельности центральной нервной системы.

Клиническая картина

• **Легкое течение.** Анафилактический шок начинается с появления предвестников (продромальный период)— чувства тревоги, страха, слабости, ощущения жара. Могут появляться кожный зуд, высыпания по типу крапивницы, эритема, отёк Квинке, осиплость голоса (вплоть до афонии), затруднение глотания, головокружение, головная боль, шум в ушах, онемение и покалывание пальцев, языка и губ, симптомы ринита и конъюнктивита, боли в животе, пояснице и в области сердца

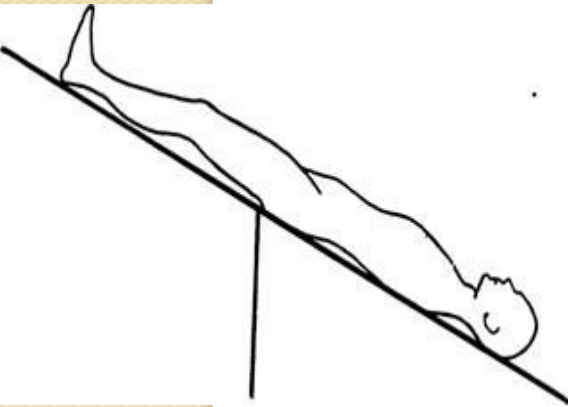
Течение средней тяжести. Указанные выше симптомы носят более выраженный характер. Потеря сознания происходит быстро, нередко отмечаются тонические и клонические судороги, холодный липкий пот, цианоз губ, расширение зрачков. Тоны сердца глухие, сердечный ритм неправильный, пульс нитевидный, АД не определяется.

• **Тяжёлое течение.** Развитие стремительное. Потеря сознания немедленная. Тоны сердца не выслушиваются, АД не определяется. Дыхание не выслушивается изза полной обструкции дыхательных путей.

Алгоритм оказания догоспитальной помощи при анафилактическом шоке

Неотложная помощь:

1. Уложить больного в положение Тренделенбурга: с приподнятым ножным концом, повернуть его голову набок, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Обеспечить поступление свежего воздуха или проводить оксигенотерапию.



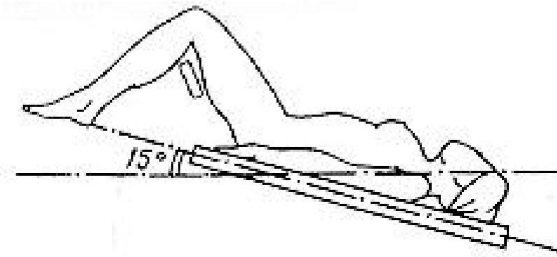
Положение Тренделенбурга

2. **Необходимо прекратить дальнейшее поступление аллергена в организм:**

а) при парентеральном введении аллергена: — наложить жгут (если позволяет локализация) проксимальнее места введения аллергена на 30 минут, не сдавливая артерии (каждые 10 мин ослабляют жгут на 1-2 мин);

б) при закапывании аллергенного медикамента в носовые ходы и конъюнктивальный мешок необходимо промыть проточной водой;

в) при пероральном приеме аллергена зондовое промывание желудка.



3. Противошоковые мероприятия:

а) немедленно ввести внутримышечно:

— 0,18 % раствора эпинефрина 0,3 – 0,5 мл (не более 1,0 мл). Повторное введение эпинефрина осуществляется с интервалом в 5 - 20 минут, контролируя артериальное давление;

б) восстановление внутрисосудистого объема начать с проведения внутривенной инфузионной терапии 0,9% раствором натрия хлорида с объемом введения не меньше 1 л.

При отсутствии стабилизации гемодинамики в первые 10 минут в зависимости от тяжести шока повторно вводится коллоидный раствор (реополиглюкин, рефортан) 1-4 мл/кг/мин. Объем и скорость инфузионной терапии определяется величиной АД, ЦВД и состоянием больного.

4. Противоаллергическая терапия:

— преднизолон 90-150 мг внутривенно струйно.

- клоропирамин 2% 1,0в/м

5. Симптоматическая терапия:

а) при сохраняющейся артериальной гипотензии, после восполнения объема циркулирующей крови – вазопрессорные амины внутривенное титрованное введение до достижения систолического артериального давления ≥ 90 мм рт.ст.: допамин внутривеннокапельно со скоростью 4-10 мкг/кг/мин, но не более 15-20 мкг/кг/мин (200 мг допамина на 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора декстрозы) – инфузию проводят со скоростью 2-11 капель в минуту;

б) при развитии брадикардии вводят 0,1% раствор атропина 0,5 мл подкожно, при необходимости – вводят ту же дозу повторно через 5-10 мин;

в) при манифестировании бронхоспастического синдрома показано внутривенное струйное введение 2,4 % раствора аминофиллина 1,0 мл (не более 10,0 мл) на 20 мл изотонического раствора натрия хлорида; или ингаляционное введение β 2-адреномиметиков – сальбутамол 2,5 – 5,0 мг через небулайзер;

г) оксигенотерапия. В случае остановки дыхания показано проведение искусственной вентиляции легких. При отеке гортани – коникотомия;

д) обязательный постоянный контроль за функциями дыхания, состоянием сердечно-сосудистой системы (измеряя частоту сердечных сокращений и АД)!

Госпитализация в аллергологический стационар на носилках.

Гипертонический криз — неотложное тяжёлое состояние, вызванное чрезмерным повышением артериального давления, проявляющееся клинически и предусматривающее немедленное снижение уровня артериального давления для предотвращения или ограничения поражения органов-мишеней.

Осложнённый гипертонический криз — экстренное состояние, сопровождающееся поражением органов-мишеней; может привести к летальному исходу, требуется немедленная медицинская помощь и срочная госпитализация в стационар.

Не осложненный гипертонический криз — состояние, при котором происходит значительное повышение артериального давления при относительно сохранных органах-мишенях. Требуется медицинской помощи в течение 24 часов после начала; госпитализация, как правило, не требуется.

Алгоритм оказания догоспитальной помощи при не осложненных гипертонических кризах

1. Первичный осмотр: АВС (оценка дыхания, сердечной деятельности)
2. Повторный осмотр (сбор жалоб, анамнеза, физикальные данные: обязательное измерение АД на обеих конечностях)

3. ВАЖНО! Не снижать АД до адаптированных цифр, снижать АД от исходного не более 30%, назначение двух и более препаратов- обосновать, целевые АД 160/90 мм.рт.ст.

4. Каптоприл 25 мг под язык или Нифедипин 10-20 мг под язык (не назначать при тахикардии, сахарном диабете и с осторожностью пожилым).

5. Эналаприлат (ингибитор АПФ) 0,625-1,250 мг внутривенно медленно в течение 5 минут, предварительно развести в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида;

6. Урапидил (Эбрантил) 25 мг -5,0 в/в, предварительно развести в 15 мл 0,9% раствора натрия хлорида; медленно, дробно, под контролем АД.

7. Метопролол (Эгилок) 50 мг внутрь при тахикардии выше 100 в мин.

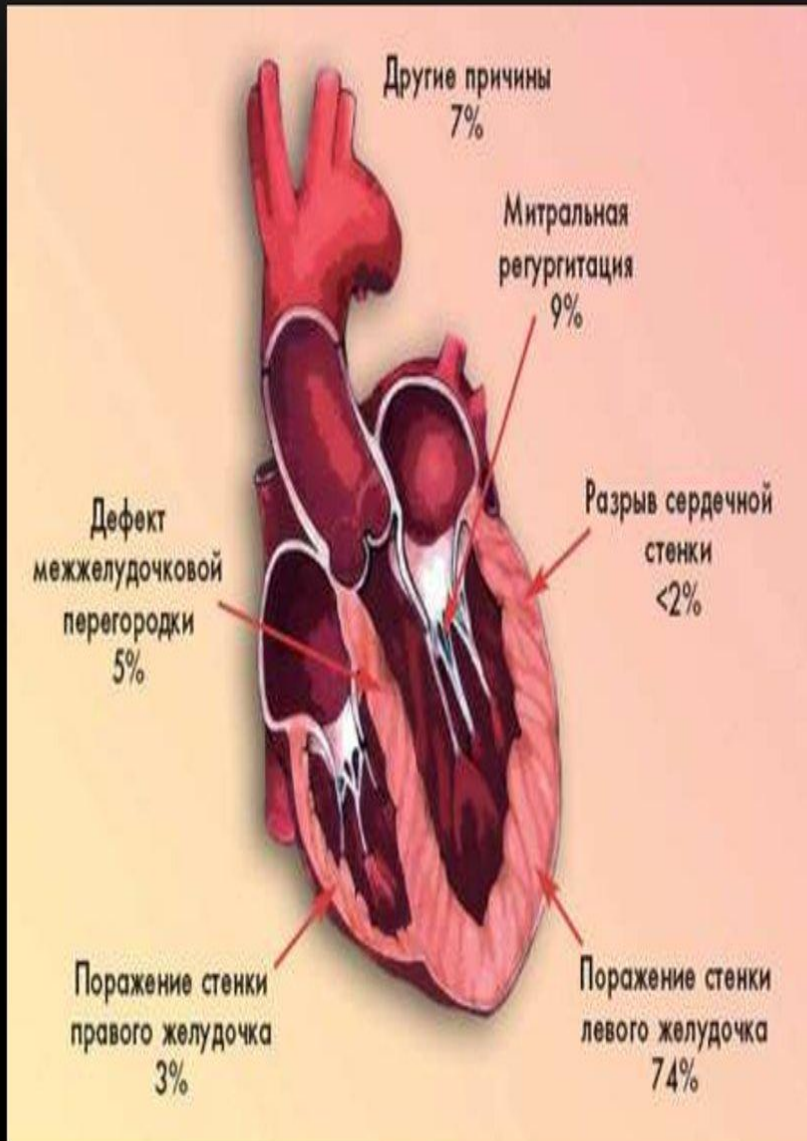
8. Фуросемид 40-80 мг в/м

9. Показания к экстренной госпитализации:

-Неосложненный гипертензивный криз, не купирующийся на этапе скорой медицинской помощи, - госпитализация в кардиологическое отделение.

Примечание: при введении эбрантила учитывать ранее принятые гипотензивные препараты.

ПРИЧИНЫ КАРДИОГЕННОГО ШОКА В ПРОЦЕНТНОМ СООТНОШЕНИИ



Кардиогенный шок — крайняя степень левожелудочковой недостаточности, характеризующаяся резким снижением сократительной способности миокарда (падением ударного и минутного выброса), которое не компенсируется повышением сосудистого сопротивления и приводит к неадекватному кровоснабжению всех органов и тканей, прежде всего — жизненно важных органов. Чаще всего он развивается как осложнение инфаркта миокарда, реже миокардита или отравления кардиотоксическими субстанциями.

Кардиогенный шок

- Фактором, вызывающим кардиогенный шок, является уменьшение МОС как следствие нарушенной производительности сердца.

причины кардиогенного шока:

- 1) острый инфаркт миокарда,
- 2) миокардит
- 3) отравления кардиотоксическими субстанция.

механизмы, вызывающие шок

- 1. расстройство насосной функции сердечной мышцы;
- 2. тяжелые нарушения сердечного ритма;
- 3. тампонада желудочков выпотом или кровотечением в сердечную сумку;
- 4. шок вследствие массивной эмболии легочной артерии как особая форма кардиогенного шока.

Алгоритм оказания догоспитальной помощи при кардиогенном шоке

Неотложное лечение осуществляют по этапам, быстро переходя к следующему этапу.

- уложить больного с приподнятыми под углом 20* нижними конечностями;
 - провести оксигенотерапию;
 - обезболивание – морфин 2 – 5 мг в/в, повторно через 30 мин или фентанил 1-2 мл 0,005% (0,05 - 0,1 мг в/в, при психомоторном возбуждении диазепам 3-5 мг);
 - тромболитики по показаниям;
 - гепарин 5000 ЕД в/в струйно;
 - Аспирин 325 мг разжевать
 - осуществить коррекцию ЧСС (пароксизмальная тахикардия с ЧЖС более 150 в 1мин – абсолютное показание к кардиоверсии)
 - Р-р Допамина 200 мг -5,0 мл на 200 мл 0,9% натрия хлорида в/в капельно, со скоростью 10-12 капель в мин., под контролем АД.
- Госпитализация в ОРИТ в кардиологического стационара.

Инсульт — острое нарушение мозгового кровообращения, приводящее к стойкому очаговому поражению головного мозга.

геморрагический — для этой болезни характерный разрыв сосуда, заполнение и вытеснение мозговой ткани кровью, образование кровяной опухоли, вызванный одной из целого ряда причин;

ишемический — возникает в результате нарушения кровообращения мозга, вызванного спазмом, сгустком, бляшкой и др.

ПРИЗНАКИ ИНСУЛЬТА



Попроси человека улыбнуться. Если улыбка выходит однобокой – бей тревогу.



Попроси высунуть язык. При нарушении мозгового кровообращения он будет отклоняться в одну сторону.



Поднять равномерно обе руки. Одна рука "не слушается" – это инсульт.



Пусть пройдет по прямой линии. Из-за нарушения координации больной этого сделать не сможет.



Попроси написать СМС. Больные, у которых отсутствуют другие признаки инсульта, пишут бессмысленный набор слов, не замечая этого.

Алгоритм оказания догоспитальной помощи при неуточненном инсульте

Недифференцированная терапия:

- **Нормализация дыхания** – туалет верхних дыхательных путей и ротоглотки.
- При **нарушении сознания** – оксигенотерапия. Искусственная вентиляция легких показана при апноэ, брадипноэ (ЧДД <10 в мин), тахипноэ (ЧДД >40 в мин).
- При наличии **артериальной гипертензии** (систолическое артериальное давление > 200 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление >110 мм рт.ст.) показано медленное снижение артериального давления (не более чем на 15-20% от исходных величин, или не ниже 160/110 мм рт.ст.):
 - эналаприлат 1,25 мг в/в струйно дробно в течении 5 мин под контролем АД;
 - При **артериальной гипотензии** (систолическое артериальное давление < 100 мм рт.ст.) внутривенно капельно вводят кристаллоидные растворы (0,9% NaCl 500,0мл в/в капельно) При **выраженной артериальной гипотензии** полиглюкин 400,0 мл (первые 50 мл струйно) или пентакрахмал 500,0 в/в капельно медленно. При неэффективности - внутривенное капельное введение 200 мг допамина в 250 мл 5% р-ра декстрозы или изотонического р-ра NaCl- со скоростью от 3-6 до 10-12 капель/мин.

- 5. При возникновении **судорожного синдрома**: диазепам в начальной дозе 10 мг в/в. При продолжающихся или повторении судорог повторно ввести диазепам 10мг в/в, в/м через 5-7 минут. При неэффективности оксибутират натрия 20%-10,0 мл в/в медленно под контролем ЧДД.

• **Нейропротективная терапия:**

- цераксон 1000мг в/венно капельно на 0,9% р-ре натрия хлорида
- магния сульфат 25% раствор – 5-10 мл внутривенно медленно капельно с 100-200 мл 0,9% раствора натрия хлорида;
- депротеинизированный гемодериват 5мл внутривенно струйно в течение 5-7 мин или капельно 100-500 мг в 200-400 мл 0,9% раствора натрия хлорида со скоростью 60 -80 кап/мин;
- церебролизин 5 – 10 мл внутривенно струйно медленно или 10-60 мл в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно капельно в течение 60-90 мин,
- пирацетам 10-20 мл внутривенно без разведения (не следует использовать при тяжело протекающих формах инсульта, сопровождающихся глубоким угнетением сознания)

Госпитализация в горизонтальном положении с приподнятым на 30⁰ головным концом с фиксации головы воротником Шанца.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ/ЭКЛАМПСИЯ ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ

- × С возникновением и прогрессированием беременности связаны следующие гипертензивные состояния:
 - + Артериальная гипертензия беременных (т.е. впервые возникшая во время беременности);
 - + Преэклампсия;
 - + Эклампсия.
- × Артериальная гипертензия (АГ) беременных – это повышение АД более 140/90 мм.рт.ст., которое возникает после 20 недели беременности и не сопровождается другими признаками/симптомами преэклампсии (протеинурией и/или другими симптомами).
- × Преэклампсия (ПЭ) – это синдром, который характеризуется артериальной гипертензией (АД более 140/90 мм.рт.ст.), протеинурией и/или другими симптомами (наиболее часто – отёками).
- × Эклампсия – появление первого приступа судорог у беременных с ПЭ, при этом судорожные припадки этиологически не связаны с эпилепсией.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ

ЛЕЧЕНИЕ

Показания для ургентного родоразрешения (независимо от срока гестации):

- × прогрессирувание симптомов преэклампсии;**
- × появление одного из угрожающих симптомов по возникновению эклампсии:**
 - + сильная головная боль
 - + внезапное повышение или очень высокое кровяное давление
 - + тошнота или рвота
 - + боли в эпигастральной области (в правом верхнем квадрате)
 - + нарушение зрения
 - + гиперрефлексия
 - + желтушность
 - + уменьшенное выделение мочи (моча темного цвета)
 - + внезапный или обширный отек, в особенности в области лица или крестца/ нижней части спины
- × появление признаков дистресса плода.**

Алгоритм неотложной помощи и интенсивной терапии на догоспитальном этапе при тяжелой преэклампсии, эклампсии

Алгоритм неотложной помощи и интенсивной терапии на догоспитальном этапе при тяжелой преэклампсии, эклампсии

1. Первичный осмотр: ABC (оценка дыхания, сердечной деятельности)
2. Повторный осмотр- сбор жалоб, анамнеза, физикальные данные).
2. Венозный доступ: периферическая вена
3. Стартовая доза Магния сульфат 25% 20 мл в/в медленно в течении 10 мин.

Поддерживающая доза:

К 320мл 0,9% р-ра натрия хлорида добавить 80мл 25% раствора магния сульфата (20г сухого вещества) вводить в/вено капельно со скоростью 11 капель в 1мин.

При наличии судорог вводится дополнительная доза в/венно 25% раствора магния сульфата 20,0 мл на 0,9% 20,0 физиологического р-ра- в течение 5 мин

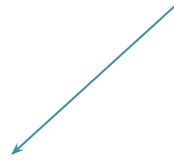
4. При АД выше 160/100мм.рт.ст. гипотензивная терапия: нифедипин 10-20 мг внутрь

5. При отсутствии сознания или серии судорожных приступов – перевод на ИВЛ.

При первых признаках передозировки магния сульфата : частота дыханий меньше 16 в 1мин., невнятная речь, диплопия, угнетение коленных рефлексов – медленно внутривенно ввести 10мл. 10% р-ра глюконата кальция.

госпитализация на носилках, на левом боку, для профилактики аорто-кавальной компрессии реанимационной бригадой с мониторингом АД , пульс, число дыханий, сатурация кислорода в родовспомогательное учреждение 3-го уровня (ПНЦ, ГНЦ, родильный дом АМКБ)

Диабетическая кома — состояние, развивающееся в результате недостатка инсулина в организме у больных сахарным диабетом.

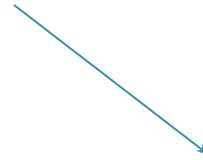


Гипергликемическая кома-

развивается постепенно, в течение суток и более, сопровождается сухостью во рту, больной много пьёт, если в этот момент уровень глюкозы в крови повышен (в норме 3,3—5,5 ммоль/л) в 2—3 раза.

Её появлению предшествуют недомогание, ухудшение аппетита, головная боль, запоры или поносы, тошнота, иногда боли в животе, изредка рвота.

Если в начальный период развития диабетической комы своевременно не начать лечение, больной переходит в состояние прострации (безразличия, забывчивости, сонливости); сознание его затемнено.



Гипогликемическая кома — остро возникающее патологическое состояние, проявляющееся реакцией нервной системы в определённой последовательности (кора больших полушарий → мозжечок → подкорково-диэнцефальные структуры → жизненно важные центры продолговатого мозга), связанное с падением или резким перепадом уровня гликемии (концентрации углеводов в плазме крови).

1. Первичный осмотр: ABC (оценка дыхания, сердечной деятельности)

После проведения глюкометрии, полного обследования пациента, оказывается помощь в зависимости от этиологии комы.

2. Повторный осмотр- сбор жалоб, анамнеза, физикальные данные:

Кожа: влажная, сухая, гиперемированная, цианотичная, желтушная

Голова и лицо: наличие травм, «симптом очков»

Глаза: кровоизлияние, желтушность, реакция зрачков на свет, анизокория, нистагм, птоз

Нос и уши: ликворея, гематоррея.

Язык: сухость, следы прикусывания, девиация, отек.

Дыхание: запах алкоголя, ацетона, мочи.

Шея: ригидность затылочных мышц, набухание шейных вен.

Грудная клетка: частота, глубина, ритмичность дыхания, деформация, парадоксальное дыхание.

Сердце: нарушение ритма, патологические шумы, глухость тонов.

Живот: форма, участие в акте дыхания, увеличение печени.

Конечности: плегия, парезы, параличи, следы от инъекций

Важно! В первую очередь при обследовании пациента следует исключить ЧМТ.

СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

А. Восстановление проходимости дыхательных путей: поворот головы набок, очищение ротовой полости от рвотных масс, слизи

Б. Интубация или применение ларингеальной маски (по показаниям):

1. Ингаляция кислорода.
2. Ведите 40-60мл 40% р/р глюкозы при гипогликемии.
3. Куприруйте судорожные припадки введением бензодиазепинов: брюзепам, диазепам, седуксен.
4. Катетризация периферической вены (магистральных сосудов в условиях специализированных бригад). Инфузионная терапия кристаллоидными или полиионными растворами.
5. Введите витамин В1 или В6 180-300мг (3-5мл) в/венно при алкогольной коме.
6. Налоксон при наркотической коме 2,0-8,0 мл в/в.
7. Госпитализация в ОРИТ профильного стационара.

Судороги – это приступообразное, непроизвольное сокращение мышц в результате их перенапряжения.

Алгоритм действия при судорожном синдроме у детей
Классический тонико-клонический припадок у детей первых месяцев жизни проявляются в виде оральных автоматизмов- сосание, причмокивание, также закатывание глаз, замирание взгляда, вздрагивания, подергивание рук, ног, кивательные движения
Неотложная помощь:

1. Первичный осмотр (по системе ABC -оценка дыхания, сердечной деятельности).
- Уложить ребенка на спину, голову повернуть на бок. **Не предпринимать попыток открыть рот посторонними предметами!**
 - Если судороги длятся менее 7 мин:
 - 0,5% раствор **Диазепам (Брюзепам 10 мг-2,0 мл) в/в, в/м** с расчетом дозы 0,1-0,3 мл/кг массы тела;
 - подача кислорода

ВАЖНО! Начинать купирование судорожного синдрома натрия оксибутиратом нежелательно

Если судороги длятся более 7 мин:

- Повторить **0,5% раствор Диазепама (Брюзепам, Реланиум, Сибазон 10 мг-2,0 мл)** с расчетом дозы 0,1-0,3 мл/кг массы тела;
- подача кислорода через маску или назальный катетер
- обеспечение в/в доступа (если позволяет возраст ребенка);
- **Преднизолон**, из расчета 5 мг/кг массы тела;
- Если приступ продолжается, в/в очень медленно раствор **Оксибутирата натрия** на 5% растворе Глюкозы 10,0.
- При неэффективности проведенной терапии – **вальпроевая кислота (конвулекс)** с расчетом 5-10 мг/кг массы тела в/в медленно

4. Повторный осмотр (сбор жалоб, анамнеза, физикальные данные)

- Симптоматическая терапия
- Госпитализация в профильный стационар.

5. При доставке в стационар наблюдение за витальными функциями организма ребенка.