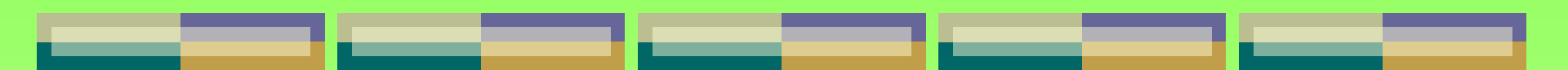



Коррекция артериальной гипертензии на этапах ведения ОНМК





Этапы оказания помощи больным с мозговым инсультом


- **Догоспитальный** (врачи семейные, поликлинические, линейные и специализированные неврологические бригады скорой помощи).
 - **Интенсивной терапии** (отделения нейрореанимации, блоки интенсивной терапии, нейрохирургические отделения) в специализированных стационарах.
 - **Восстановительного лечения** (нейрососудистые, неврологические, реабилитационные отделения в стационарах или центрах, местных санаториях).
 - **Диспансерный** (семейный врач, районный невропатолог).
- 



Догоспитальный этап

На этом этапе можно оказать только неспециализированную помощь.

Цель – обеспечение условий для экстренной госпитализации больных.

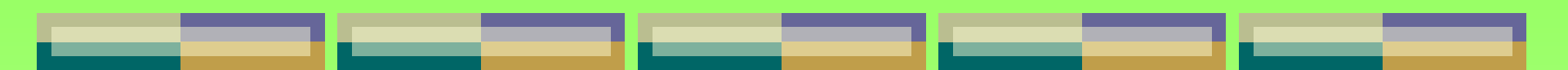


Лечебные мероприятия на догоспитальном этапе

- обеспечение достаточной вентиляции лёгких и оксигенации;
- поддержание стабильности системной гемодинамики;

(АД > 220/120 мм рт ст не снижать без острой необходимости: ОИМ, отек легких, декомпенсированная застойная сердечная недостаточность, острое поражение почек);


- купирование психомоторного возбуждения и судорожного синдрома;
- профилактика отёка мозга.



Стабилизация системной гемодинамики

достигается поддержанием оптимального уровня системного АД.

Если АД не **>210-220/110-120 мм рт. ст.**, то от экстренного введения антигипертензивных препаратов стоит воздержаться, так как церебральное перфузионное давление часто зависит от уровня системного АД.




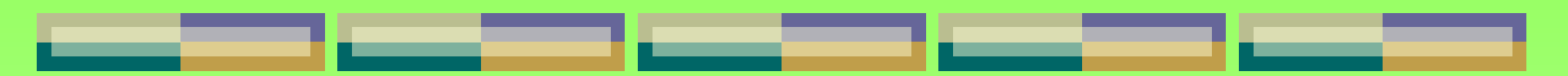


При более высоких цифрах больным без нарушения глотания:

- **клофелин** 0,075 мг или 0,15 мг внутрь,
- **каптоприл** (капотен) 25-50 мг,
- **атенолол** 25-50 мг.


Для более быстрого достижения эффекта и предупреждения аспирации препараты следует рассасывать или разжёвывать.

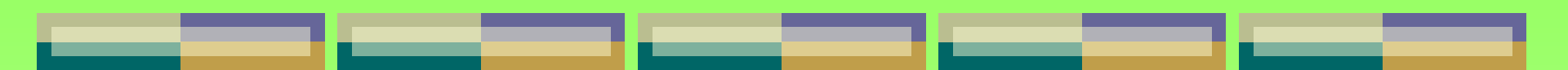





При угнетении сознания, нарушении глотания, осложнениях (ОИМ, отек легких, декомпенсированная застойная сердечная недостаточность, острое поражение почек);

- *лакардия (лабеталол)* – струйно 20 мг (1 флакон - 4 мл; 1 мл раствора содержит 5 мг лабеталола); повторять введение по 20-80 мг каждые 10 минут (суточная доза 200 мг) или в/в 100-125 мг одним болюсом;
- *клофелин* 0,01% р-р 0,5-1,0 мл в/м или 0,5-1,0 мл в 10-20 мл инфузионного р-ра (NaCl) в/в медленно (за 3-5 мин);
- *эналаприлат в/в* медленно (не менее 5 мин.) в дозе 1,25 мг в 50 мл инфузионного раствора;
- *ганглиоблокаторы (бензогексоний 2,5%, пентамин 5%)*, вводить не более 0,3-0,5 мл в 10-20 мл инфузионного раствора в/в очень медленно (3-5 мин);
- *дибазол* — при отсутствии выше перечисленных препаратов — 1% р-р 2-4 мл в/в или 4-6 мл в/м.





Антагонисты кальция короткого действия (нифедипин, коринфар) **не следует применять** в связи с резкой и выраженной вазодилатацией, приводящей к усилению гипоперфузии ишемизированных зон мозга





Госпитальный этап

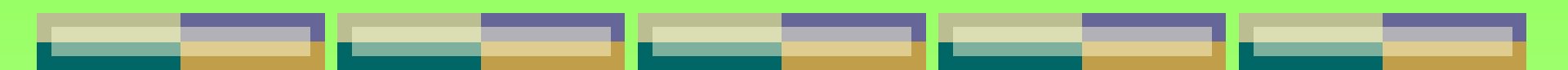
Лечение больных с ОНМК должно проходить в специализированных центрах.

- Базисная (общая) терапия направлена, в первую очередь, на *спасение жизни* человека.
- Дифференцированная терапия - после определения типа инсульта.


при ОИИ АД 210-220/100-110 мм.рт.ст.

при ГИ АД 180/100 мм.рт.ст.





К коррекции АД нужно подходить осторожно. У большинства пациентов снижение АД происходит без применения гипотензивных препаратов, так как повышенное АД является компенсаторной реакцией.




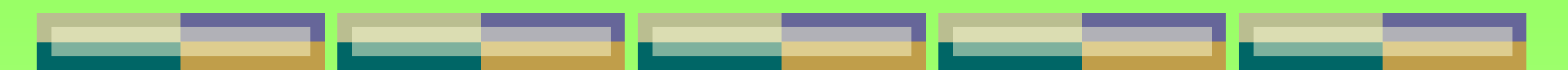


Поддержание оптимального уровня гемодинамики:


снижение АД в первые сутки допустимо на 15-20% от исходного уровня т.к. быстрое снижение является риском развития дополнительных очагов ишемии за счёт гипоперфузии мозга.

В дальнейшем поддержание АД должно быть на 10% выше цифр, к которым адаптирован больной. Предпочтительны препараты с постепенным снижением АД.





Современная концепция снижения АД значительно менее агрессивна.

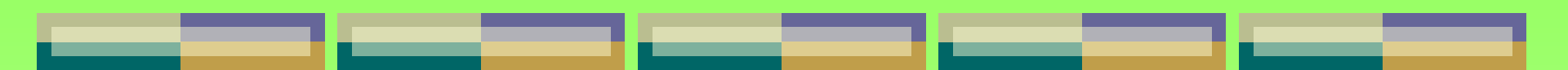
- перед назначением гипотензивных препаратов: повторно измерить АД через 8-10 мин.;
 - устранить беспокойство, возбуждение, боль, тошноту, задержку мочи, оценить вероятность повышенного ВЧД;
 - рассмотреть возможность приёма тех препаратов, которые больной принимал перед ОИИ.
 - при снижении АД контролировать динамику уровня сознания и выраженности неврологического дефицита.
- 

Препараты для снижения АД на госпитальном этапе


- **Каптоприл (капотен)** — при сублингвальном применении 50 мг через 20 мин. снижает АД на 15%, через 60 мин. — на 20% от исходного уровня; при приёме внутрь действие медленнее; при в/в введении болюсом 0,5-1,0 мг/кг веса действует через 3-5 мин. в течении 4-х часов.
- **Клофелин** – быстрое снижение АД при введении 0,1% р-ра 0,5-1,0 в 20 мл инфузионного р-ра в/в медленно. Он снижает центральную симпатическую активацию адренэргических сердечно-сосудистых центров, является альфа-адреностимулятором, поэтому его действие идёт в 2 фазы, которые заметны при в/в введении: в первый момент может быть повышение АД в течение 20-30 мин, а затем наступает снижение, которое держится 4-6-х часов. При сублингвальном приёме эффект наступает через 20-40 мин. Гипотензивное действие сопровождается уменьшением сердечного выброса или минутного объёма крови.

Препараты для снижения АД на госпитальном этапе

- **Ганглиоблокаторы:**
 - **Бензогексоний** назначают 0,5-1,0 мл 2,5% р-ра, -
 - Пентамин** 0,5-1,0 мл 5% р-ра в/м медленно или 0,2-0,5 мл в/в медленно в инфузионном р-ре хлорида натрия.
- **Лакардия (лабеталол)** – струйно 20 мг (1 флакон 4 мл – 1 мл раствора содержит 5 мг лабеталола); повторять введение по 20-80 мг каждые 10 минут (суточная доза 200 мг) или в/в 100-125 мг одним болюсом; в/в капельно 50-200 мг/сутки в 200 мл изотонического раствора натрия хлорида.
При введении необходимо осуществлять мониторинг АД.

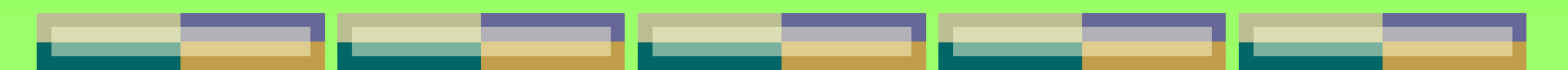


Избегать применения
вазоактивных и антигипертензивных
препаратов, которые индуцируют
церебральную вазодилатацию




Вторичная профилактика инсульта.

- Начинают в течение острого периода:
 - при ВМК – с первых суток,
 - при ОИИ - с 7-14 дня.
- За время лечения в стационаре необходимо **отработать схему**, куда входит 3 направления:
 - антигипертензивная терапия (А),
 - блокаторы тромбообразования (Б),
 - статины (С).



Перед уточнением схемы вторичной профилактики необходимо исследовать **степень стеноза** магистральных артерий шеи (УЗДГ).



- Приём ингибиторов АПФ (периндоприл, рамиприл) и диуретиков (тиазидных или индапамида) как в отдельности, так и вместе снижал риск развития инсульта (на 40-45%), ИМ и других сосудистых осложнений (PAST – 1995 г., PROGRESS – 2001 г.)
- В остром периоде инсульта приём β -адреноблокаторов (пропранолола) ассоциировал с ухудшением исхода ОИ, а включение в схему вторичной профилактики данные были нейтральными или незначительно ухудшали прогноз (Cochrane Library).
- Риск развития инсульта возрастает более чем на 50% при повышении ДАД на 10 мм.рт.ст. Снижение ДАД на 6 мм.рт.ст. снижает риск развития инсульта более чем на 1/3.
- Имеется прямая и продолжительная во времени связь между уровнем АД (САД и ДАД) и развитием повторного инсульта у больных, ранее перенесших ТИА или малый инсульт.