



Клиническая фармакология препаратов для лечения острого нарушения мозгового кровообращения

Фролов М.Ю.

Волгоградский государственный университет, кафедра фармакологии и фармации ИНМФО
Главный внештатный клинический фармаколог Волгоградской области и ЮФО
Руководитель рабочей группы экспертов МОО «Ассоциация клинических фармакологов»

Клинический случай (1)

- Пациент В.А.П., 45 лет, заболел остро. 15.10.2018 г., когда внезапно на фоне благополучия **развилась слабость и неловкость движений в правых конечностях, нарушилась речь**. По экстренным показаниям с подозрением ОНМК в правом каротидном бассейне госпитализирован в стационар.
- Из анамнеза жизни: с **33 лет отмечались подъемы АД до 180/100 мм рт. ст.**, сопровождающиеся головной болью, шумом в ушах; **не обследовался по этому поводу**, периодически с целью купирования повышения АД принимал сублингвально каптоприл.
- Объективно: **состояние средней степени тяжести**, стабильное. Занимаемое положение – пассивное (ввиду **левосторонней гемиплегии**). Отмечено наличие синевато-бледных пятен на коже бедер, голеней и предплечий, усиливавшихся при пребывании на холоде (по типу сетчатого ливеда). Гемодинамика стабильная, АД – 140/90 мм рт. ст. ЧСС – 75 уд. в мин.



Клинический случай (продолжение)

- В неврологическом статусе при поступлении: в сознании. **Моторная афазия**. Элементарные инструкции выполняет, за осмотром следит. Менингеальных знаков нет. Глазные щели S=D. Зрачки симметричные, 3 мм в диаметре. ФРЗ и корнеальные рефлексы сохранены. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. **Лицо асимметрично справа: опущен угол рта, сглажена левая носогубная складка**. Девиации языка нет. Глотание не нарушено. Рефлексы орального автоматизма отрицательные. **Мышечный тонус снижен в левых конечностях**. Мышечная сила в правых конечностях достаточная, 5 баллов, в левых конечностях 0 баллов (гемиплегия). Глубокие рефлексы в конечностях, асимметричные, D>S. **Симптом Бабинского слева**. Чувствительные нарушения в виде **левосторонней гемигипестезии**. Динамические координаторные пробы правыми конечностями в положении лежа выполняет удовлетворительно. Мочеиспускание по уретральному катетеру. По шкале NIH 15 баллов; по шкале Ренкина 4 балла, по шкале Ривермид 1 балл.
- Проведена нейровизуализация: на КТ-сканах от 15.10.2018. выявлен **обширный очаг ишемии правой лобно-теменно-подкорково-затылочной области**.

Через 2 месяца.

[Главная](#) / [Заболевания](#) / [Нервная система](#) / [Информация](#) / [Реабилитация после инсульта](#)

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

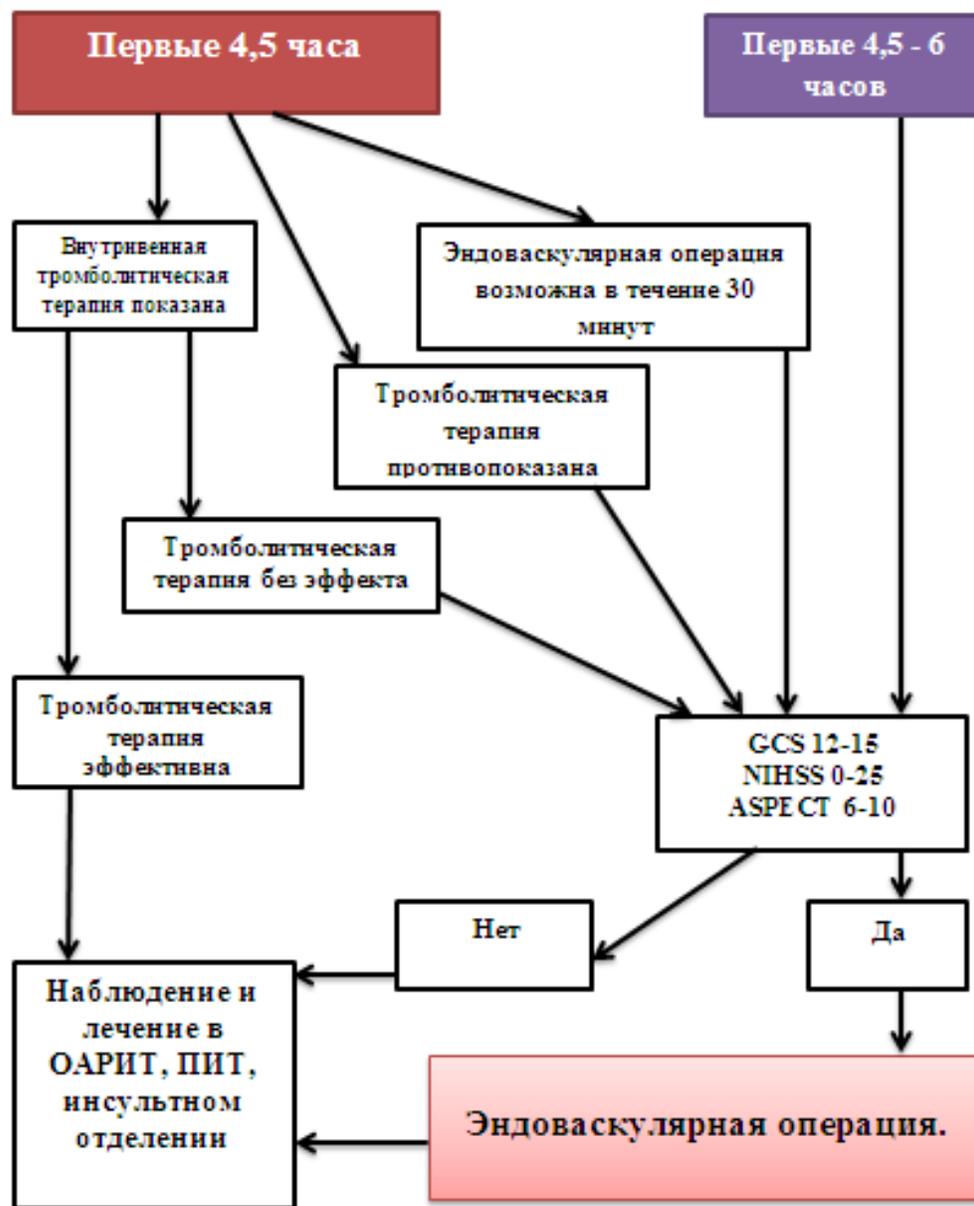
Инсульт – грозное последствие сосудистых нарушений, таких как атеросклероз и гипертоническая болезнь. Суть инсульта – нарушение мозгового кровоснабжения, приводящее к трагическим последствиям: с отмиранием даже небольшого участка мозговых клеток в организме выходят из строя важнейшие системы: движение, память, чувствительность, речь.



Горечь и отчаяние человека, чьи близкие столкнулись с последствиями инсульта, не поддаются описанию. Но обширная медицинская практика показывает: восстановление после инсульта возможно. Какой бы неподъемной ни казалась задача, упорные усилия практически всегда вознаграждаются положительным результатом.

Даже если инсульт был тяжелым, поврежден значительный участок мозга и доктора не дают прогнозов относительно объема восстановления, реабилитационные мероприятия – специальные упражнения, массаж, рефлексотерапия и т.д. – в любом случае пойдут на пользу больному.

Алгоритм отбора пациентов с ишемическим инсультом в первые 6 часов от начала симптомов болезни на эндоваскулярное лечение



Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «30» октября 2015 года
Протокол № 14

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ОПЕРАТИВНОГО И ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В
ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Эндоваскулярное лечение ишемического инсульта в острейшем периоде.

2. Код протокола:

3. Коды МКБ – 10:

- I63 – Инфаркт мозга
- I65 – Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга
- I66 – Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга
- G45 – Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы и родственные синдромы
- G46 – Сосудистые мозговые синдромы при цереброваскулярных болезнях

4. Сокращения, используемые в протоколе:

- АСТ – аспартатаминотрансфераза
- АЛТ – аланинотрансфераза
- ВСА – внутренняя сонная артерия
- ИИ – ишемический инсульт
- КТ – компьютерная томография
- КТА – компьютерная томография – ангиография
- МРТ – магнитно-резонансная томография
- МРА – магнитно-резонансная томография - ангиография
- ПА – позвоночная артерия
- СМА – средняя мозговая артерия
- СА – селективная церебральная ангиография
- ФГДС – фиброгастроудоденоскопия
- ЭКГ – электрокардиограмма



Рубрикатор

клинических рекомендаций

[О рубрикаторе](#)

[Обратная связь](#)

[Вход](#)

- [Главная](#)
- [Клинические рекомендации](#)
- [Методические рекомендации](#)
- [Алгоритмы действий врача](#)
- [Справочники](#)

[Расширенный поиск](#)

ID	Название
171	Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых
343	Геморрагический инсульт у беременных
461	Ишемический инсульт: злокачественный инфаркт мозжечка
573	Ишемический инсульт: злокачественный инфаркт в бассейне средней мозговой артерии

Клинические рекомендации

[Классификатор клинических рекомендаций по МКБ 10](#)

[Клинические рекомендации](#)

[Номенклатура специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование](#)

[Методические рекомендации](#)

Справочники

[Международная классификация болезней 10 - ого пересмотра](#)

[Клинические шкалы, индексы, опросники](#)

[Перечень ЖНВЛП](#)

[Номенклатура медицинских услуг](#)

[Перечень медицинских специальностей](#)

[Профессиональные некоммерческие медицинские организации](#)



Введите заболевания или код по МКБ



[Расширенный поиск](#)

Главная / Все клинические рекомендации / Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых

Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых

ID: **KP171**

МКБ - 10: **I63/G45/G46**

Возрастная категория: **Взрослые**

Дата утверждения: **2015 (пересмотр каждые 3 года)**

Дата окончания действия (актуальности):

Статус: **Действует**

Профессиональные медицинские организации разработчики:

Главная страница

Главная страница

Главная страница

Не защищено | cr.rosminzdrav.ru/#/recommend/321



Введите заболевания или код по МКБ



[Расширенный поиск](#)

Главная / Все клинические рекомендации / Ишемический инсульт: злокачественный инфаркт мозжечка

Ишемический инсульт: злокачественный инфаркт мозжечка

ID: **KP461**

МКБ - 10: **I63.0/I63.1/I63.2/I63.3/I63.4/I63.5/I63.8**

Возрастная категория: **Взрослые**

Дата утверждения: **2016 (пересмотр каждые 3 года)**

Дата окончания действия (актуальности):

Статус: **Действует**

[Открыть](#)

[Скачать в формате .pdf](#)

Профессиональные медицинские организации разработчики:

Главная страница | Главная страница | Главная страница

Не защищено | cr.rosminzdrav.ru/#/recomend/717

МЮФ Кругок.ДМ Gmail Я.Почта WhatsApp Mail.Ru Yahoo Fb ДК MeP KФ YeePo YT Tr savef PubM eLIB SciHub UpToD Home НБМЗ Горячее GeekBrains Tr

 **Рубрикатор**
клинических рекомендаций

[О рубрикаторе](#) [Обратная связь](#) [Вход](#)

[Главная](#) [Клинические рекомендации](#) [Методические рекомендации](#) [Алгоритмы действий врача](#) [Справочники](#)

Введите заболевания или код по МКБ [Расширенный поиск](#)

Главная / Все клинические рекомендации / Ишемический инсульт: злокачественный инфаркт в бассейне средней мозговой артерии

Ишемический инсульт: злокачественный инфаркт в бассейне средней мозговой артерии

ID: **КР573**

МКБ - 10: **163.0/163.1/163.2/163.3/163.4/163.5/163.8**

Возрастная категория: **Взрослые**

Дата утверждения: **2016 (пересмотр каждые 10 лет)**

Дата окончания действия (актуальности):

Статус: **Действует**

Профессиональные медицинские организации разработчики:

Ассоциация нейрохирургов России

Главная страница | Главная страница | Главная страница

Не защищено | cr.rosminzdrav.ru/#/recomend/783

МЮФ Кругок.ДМ Gmail Я.Почта WhatsApp Mail.Ru Yahoo Fb ДК MeP KФ YeePo YT Tr savef PubM eLIB SciHub UpToD Home НБМЗ Горячее GeekBrains Tr

 **Рубрикатор**
клинических рекомендаций

[О рубрикаторе](#) [Обратная связь](#) [Вход](#)

[Главная](#) [Клинические рекомендации](#) [Методические рекомендации](#) [Алгоритмы действий врача](#) [Справочники](#)

Введите заболевания или код по МКБ [Расширенный поиск](#)

Главная / Все клинические рекомендации / Геморрагический инсульт у беременных

Геморрагический инсульт у беременных

ID: **КР343**

МКБ - 10: **I60/ I61/ I62**

Возрастная категория: **Взрослые, Дети**

Дата утверждения: **2015 (пересмотр каждые 3 года)**

Дата окончания действия (актуальности):

Статус: **Действует**

[Открыть](#)

[Скачать в формате .pdf](#)

Профессиональные медицинские организации разработчики:

Ассоциация нейрохирургов России



О проекте | Электронная клиника

Для пациентов | Справочники

Войти

Внутрисосудистое лечение ишемического инсульта в острейшем периоде

 Версия: Клинические рекомендации РФ (Россия)

Категории МКБ: Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга (I65), Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга (I66), Инфаркт мозга (I63), Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы и родственные синдромы при цереброваскулярных болезнях (I60-I67+)

Разделы медицины: Нейрохирургия

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «30» октября 2015 года
Протокол № 14

Общая информация

Краткое описание

Ассоциация нейрохирургов России

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ВНУТРИСОСУДИСТОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ (Москва, 2015)

Клинические рекомендации обсуждены и утверждены на Пленуме Правления Ассоциации нейрохирургов Р

Данные клинические рекомендации охватывают основные вопросы лечения ишемического инсульта в острейшем периоде с помощью интравентрикулярных рентгенохирургических вмешательств для восстановления проходимости интра- и экстракраниальных артерий. Острые нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу продолжают оставаться одной из наиболее частых причин инвалидности, несмотря на большое внимание, уделяемое своевременной профилактике и лечению этого, наиболее частого осложнения тромболитической терапии при инсульте дает шанс улучшить исходы лечения ишемического инсульта [1].

Инсульт – это внезапно развившееся острое нарушение мозгового кровообращения, сопровождающееся очаговыми поражениями соответствующего бассейну кровоснабжения мозговых артерий и патогенетическому подтипу инсульта: инфаркту мозга, межлобочечные пространства или их сочетание. Типы ин

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОПЕРАТИВНОГО И ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

- 1. Название протокола:** Эндоваскулярное лечение ишемического инсульта в острейшем периоде.
- 2. Код протокола:**
- 3. Коды МКБ – 10:**
 - I63 – Инфаркт мозга
 - I65 – Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга
 - I66 – Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга
 - G45 – Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы и родственные синдромы
 - G46 – Сосудистые мозговые синдромы при цереброваскулярных болезнях

4. Сокращения, используемые в протоколе:

- АСТ – аспаргатаминотрансфераза
- АЛТ – аланинотрансфераза
- ВСА – внутренняя сонная артерия
- ИИ – ишемический инсульт
- КТ – компьютерная томография
- КТА – компьютерная томография – ангиография
- МРТ – магнитно-резонансная томография
- МРА – магнитно-резонансная томография - ангиография
- ПА – позвоночная артерия
- СМА – средняя мозговая артерия
- СЦА – селективная церебральная ангиография
- ФГДС – фиброгастродуоденоскопия
- ЭКГ – электрокардиограмма



Клинические рекомендации

Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых

МКБ 10: I63/G45/G46

Год утверждения (частота пересмотра): 2015 (пересмотр каждые 3 года)

ID: KP171

URL

Профессиональные ассоциации

- Национальная ассоциация по борьбе с инсультом Всероссийское общество неврологов Ассоциация нейрохирургов России МОО Объединение нейроанестезиологов и нейрореаниматологов Союз реабилитологов России



Клинические рекомендации

Геморрагический инсульт у беременных

МКБ 10: I60/ I61/ I62

Год утверждения (частота пересмотра): 2015 (пересмотр каждые 3 года)

ID: KP343

URL

Профессиональные ассоциации

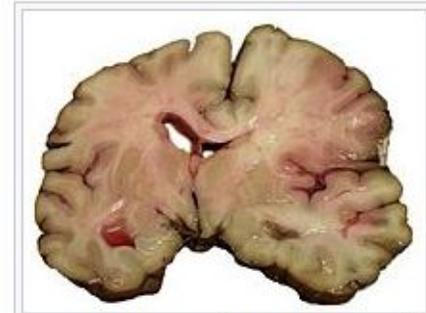
- Ассоциация нейрохирургов России

Определения

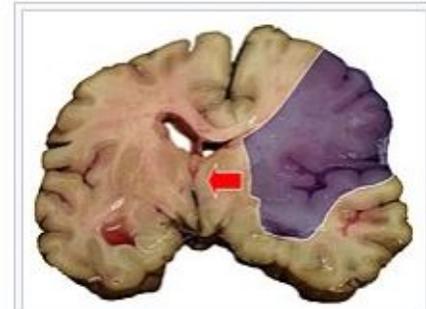
- **Преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК)** - синдромы, представленные неврологическими очаговыми и/или общемозговыми симптомами, и/или ретинальной дисфункцией, которые **не сопровождаются формированием инфаркта мозга по данным методов нейровизуализации**. Клинические симптомы **внезапно развиваются и сохраняются менее 24 часов с последующим полным восстановлением** нарушенных функций.
- **Инсульт** — синдром характеризующиеся **быстрым** (в течение минут, реже часов) **развитием стойких** (более 24 часов) **признаков** очагового и/или общего **нарушения функций головного мозга** или **приводящий к смерти** при отсутствии каких-либо причин, кроме причин сосудистого происхождения.
 - Данное определение охватывает все типы инсульта (**субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговое кровоизлияние, инфаркт мозга и инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт**).

Ишемический инсульт (ИИ)

- **Ишемический инсульт (ИИ)** – клинический синдром, обусловленный острой фокальной церебральной ишемией, приводящей к инфаркту (зона ишемического некроза) головного мозга.
- Вазотопическая локализация инфаркта мозга связана с определенной сосудистой системой (или определенным бассейном артериального кровоснабжения).
- Постепенное или ступенеобразном нарастание неврологической симптоматики свидетельствует о «прогрессирующем инсульте» или об инсульте в развитии.
- «Злокачественный» ишемический инсульт (более 50% бассейна средней мозговой артерии) сопровождающегося прогрессирующим вазогенным отеком мозга, который приводит к летальному исходу заболевания в 80% случаев.
- Если неврологическая симптоматика стабилизировалась и не прогрессирует в течение, по крайней мере, семи суток, или постепенно регрессирует имеет место «завершившийся инсульт».



Ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии. Аутопсия.



Фиолетовым обозначена зона инфаркта. Стрелкой показана дислокация срединных структур головного мозга

Ишемический инсульт

Лечение пациентов с ТИА и ишемическим инсультом включает два основных направления: базисную и дифференцированную терапию.

- Базисная терапия направлена на нормализацию жизненно важных функций:
 - дыхания,
 - кровообращения,
 - борьбу с отеком мозга,
 - купирование судорожного синдрома и вегетативных нарушений,
 - коррекцию гипергликемии и гипертермии,
 - профилактику тромбоэмболических и инфекционных осложнений.

Ишемический инсульт

- Дифференцированная терапия острого ИИ проводится в соответствии с его патогенетическим вариантом, локализацией и объемом очага поражения головного мозга и включает реперфузию (медикаментозную и/или с помощью интервенционной реваскуляризации), нейропротекцию и вторичную профилактику (контроль АД, глюкозы и липидов крови, а также применение истинных антиагрегантов или антикоагулянтов).
- Один из механизмов нейропротекции направлен на прерывание быстрых процессов некротической смерти клеток, связанных с деятельностью глутамат- кальциевого каскада.
- Второе направление нейропротекции - уменьшение выраженности «отдаленных последствий» ишемии – окислительного стресса, избыточного синтеза NO, активации микроглии, дисбаланса цитокинов, иммунных сдвигов, локального воспаления, нарушений микроциркуляции, трофической дисфункции и апоптоза, лежащих в основе отсроченной смерти клеток нервной ткани.



В аптеке г. Гуанчжоу, Китай, январь 2019 г, фото автора.

Консервативное лечение ИИ

- Всем пациентам с ТИА и ишемическим инсультом рекомендовано проведение базисной терапии направленной на профилактику и лечение нарушений дыхания, системной гемодинамики, коррекцию уровня оксигенации, сердечной деятельности, основных параметров гомеостаза. Длительность базисной терапии определяется тяжестью состояния пациента.
- Всем пациентам со снижением уровня сознания и/или признаках бульбарного синдрома – рекомендована защита дыхательных путей и респираторная поддержка.



Всем пациентам с ТИА и ИИ: коррекция АД и сердечной деятельности.

- Коррекция нарушений сердечного ритма, влияющих на ударный объем и снижающих толерантность к инфузионной терапии, проводятся на основании соответствующих рекомендательных протоколов.
- **Основные принципы гипотензивной терапии: постепенное и плавное снижение уровня АД, стабилизация и поддержание уровня АД на 15 – 20 мм рт. ст. выше «рабочего» АД.**
- Пациентам со значительным повышением АД, не имеющим показания для ТЛТ, показано **снижение АД на 15% в течение первых 24 часов** от начала инсульта. Обычно АД снижают до цифр **180/100 – 105** мм рт. ст. у пациентов с АГ в анамнезе, а в остальных случаях – до уровня **160 – 180/90 – 100** мм рт.ст.
- **Целесообразно продолжение гипотензивной терапии начатой до ОНМК.** Пациентам, получавшим гипотензивную терапию до инсульта целесообразно ее возобновление через 24 часа от начала ОНМК при отсутствии специфических противопоказаний и стабилизации неврологического и соматического статуса.

Всем пациентам с ТИА и ИИ: коррекция АД и сердечной деятельности.

- Наиболее перспективными группами антигипертензивных средств являются **ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов ангиотензина II**.
- Препаратом выбора может быть **никардипин 5 мг/ч в/в с последующей инфузией 2,5 мг/ч каждые 5 – 15 минут** (максимум 15 мг/ч).
- При диастолической гипертензии > 140 мм рт. ст. показано осторожное в/в нитропрусида натрия (противопоказание - внутричерепная гипертензия).
- Необходимо избегать лекарственных средств, вызывающих резкое снижение АД.
- **Артериальная гипотензия при ОНМК является прогностически неблагоприятным фактором.** При уровне систолического АД ниже 120 мм рт. ст. в остром периоде ишемического инсульта отмечается увеличение частоты летальных исходов.
 - Рекомендовано назначение вазопрессорных препаратов при артериальной гипотензии под постоянным неинвазивным или инвазивным мониторингом АД и ЭКГ.
 - Вазопрессоры применяются в отдельных случаях, когда системная артериальная гипотензия является фактором развития ИИ.

Плановая гипотензивная терапия

- При сохраняющейся артериальной гипертензии - плановая гипотензивная терапия всем пациентам с ТИА и ИИ.
- Подбор рациональной гипотензивной терапии проводится на основании СМАД и контроля субъективного состояния пациента.
- Оптимальный уровень АД индивидуален. Следует постепенно снизить АД (на 10/5 мм рт. ст.) до нормальных значений АД (ниже 140/90 мм рт. ст.).
- У пациентов с сахарным диабетом и/или почечной недостаточностью оптимален уровень АД 130/80 мм рт. ст. У пациентов с лакунарным инсультом возможен уровень АД 130/80 мм рт. ст.
- У пациентов со стенокклюзирующими поражениями брахиоцефальных артерий целесообразен более высокий уровень систолического АД.

Коррекция водно-электролитного баланса

- С первых часов больному должен быть обеспечен нормальный баланс жидкости. Это достигается коррекцией гиповолемии и назначением суточной потребности в жидкости в форме инфузии или энтерально.
- Для ориентировочного определения потребности в жидкости рекомендуется применять расчет 30 мл/кг массы тела в сутки.
- Предпочтение отдается энтеральному пути введения жидкости. Коррекция гиповолемии проводится внутривенной инфузией 0,9% физиологического раствора.
- Нецелесообразна гемодилюция в качестве метода увеличения объема циркулирующей жидкости при ишемическом инсульте.
- Не рекомендовано назначение альбумина и других коллоидно-осмотических сред для лечения ИИ.

Всем пациентам с гипергликемией или гипогликемией: коррекция уровня глюкозы в крови

- При коррекции уровня глюкозы крови целевым показателем является 6 – 8 ммоль/л.
- Гипергликемия ≥ 11 ммоль/л корригируется в/м инъекциями простого инсулина в индивидуальном режиме (4 – 6 ЕД 4-6 раз в сутки) до достижения нормогликемии.
- При СД 1 типа пролонгированные формы инсулина заменяют на простой инсулин.
- При зондовом кормлении при наличии умеренной гипергликемии (8 – 10 ммоль/л) используют безуглеводные энтеральные смеси, при полноценном энтеральном питании - диету № 9.
- Стойкая гипергликемия является симптомом впервые выявленного СД или указывает на тяжелое неблагоприятное развитие ишемического инсульта.
- Гипогликемия ($\leq 3,3$ ммоль/л) может быть устранена путем медленного в/в 25% раствора декстрозы или в/в 40% 20 – 40 мл раствора глюкозы, при необходимости - инфузией 5% раствора глюкозы под контролем гликемии.
- Возможен пероральный прием глюкозы. Эта, терапия потребует более длительного времени и неосуществима при нарушении глотания.

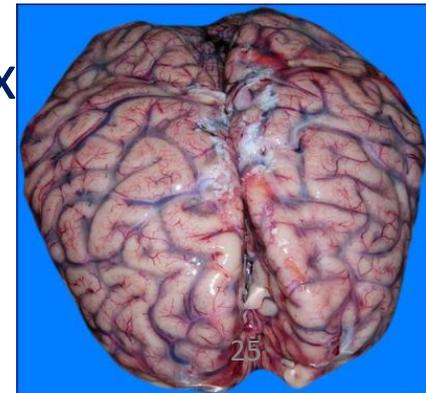


Коррекция гипертермии

- При гипертермии $> 38^{\circ}\text{C}$ необходимо установить источник возможной инфекции и назначить антипиретики (парацетамол) в дополнение к физическим методам снижения температуры.
- Целевым показателем является нормотермия.

Профилактика и лечение отека мозга, внутричерепной гипертензии (у тяжелых пациентов)

- Отёк мозга является главной причиной ухудшения состояния и смерти при больших супратенториальных инфарктах.
- Угрожающий жизни отек головного мозга обычно развивается между 2-5 сут. ОНМК, хотя у трети пациентов нарастание неврологического дефицита может отмечаться в течение первых 24 часов.
- Критическим уровнем внутричерепного давления (ВЧД), требующим лечения, считают величину 20 – 25 мм рт. ст.
- Для объективной оценки критического уровня используют мониторинг ВЧД, проведение КТ, транскраниальной доплерографии, данные которой зачастую позволяют выявить признаки ВЧГ до появления клинического ухудшения, а также оценку неврологического статуса.
- Медикаментозное лечение при больших инфарктах мозга сопровождающихся отеком основывается, в основном, на данных клинического наблюдения.
- Рекомендовано соблюдать базовые принципы коррекции внутричерепной гипертензии.



~~Возвышенное положение головного конца кровати до 30 градусов для улучшения венозно оттока (исключение флексии головы).~~

Поддержание центральной гемодинамики (в качестве ориентира принимают уровне среднего АД = 100 мм рт. ст.). В экстренной ситуации можно ориентироваться на величин систолического АД = 140 мм рт. ст.

Достаточная оксигенация (интубация трахеи и ИВЛ при сопоре и коме). Содержание O₂ дыхательной смеси должно быть не менее 40 – 50%, необходимо поддержание нормокапни (минутный объем дыхания - МОД = 7 – 10 л/мин).

Адекватная обезболивающая терапия.

Церебральное перфузионное давление (ЦПД) должно быть на уровне 70 мм. рт. ст.

~~Осмотротерапия может быть использована для лечения предполагаемого повышено внутричерепного давления. При уточненной ВЧГ (по данным нейровизуализации ультразвуковой доплерографии) показано внутривенное введение 10% раствор глицерола 4 x 250 мл до 30 - 60 минут или гиперосмолярных растворов гипертонический раствор 5,85% - 200 мл.~~

Запрещается применение глюкозосодержащих и гипотонических замещающих растворо Дексаметазон и кортикостероиды не эффективны при терапии отека мозга.

~~Тиопентал натрия (болюсно) показал свою результативность в острой фазе ВЧГ. Возможен капельное применение барбитуратов, при мониторинге ЭЭГ, АД, т.к. артериальное давлени может резко снизиться.~~

Нет доказательных рекомендаций по гипотермической терапии у пациентов с инфаркто мозга, сопровождающимся объемным эффектом.

Базовые принципы коррекции внутричерепной гипертензии

- Поддержание центральной гемодинамики (в качестве ориентира принимают уровне среднего АД = 100 мм рт. ст.). В экстренной ситуации можно ориентироваться на величину систолического АД = 140 мм рт. ст.
- Достаточная оксигенация (интубация трахеи и ИВЛ при сопоре и коме). Содержание O₂ дыхательной смеси должно быть не менее 40 – 50%, необходимо поддержание нормокапнии (минутный объем дыхания - МОД = 7 – 10 л/мин).
- Адекватная обезболивающая терапия.
- Церебральное перфузионное давление (ЦПД) должно быть на уровне 70 мм. рт. ст.
- Осмотерапия может быть использована для лечения предполагаемого повышенного внутричерепного давления. При уточненной ВЧГ (по данным нейровизуализации ультразвуковой доплерографии) показано внутривенное введение 10% раствор глицерола 4 x 250 мл до 30 – 60 минут или гиперосмолярных растворов гипертонический раствор 5,85% - 200 мл.
- Запрещается применение глюкозосодержащих и гипотонических замещающих растворо Дексаметазон и кортикостероиды не эффективны при терапии отека мозга.
- Тиопентал натрия (болюсно) показал свою результативность в острой фазе ВЧГ. Возможно капельное применение барбитуратов, при мониторинге ЭЭГ, АД, т.к. артериальное давление может резко снизиться.
- Нет доказательных рекомендаций по гипотермической терапии у пациентов с инфарктов мозга, сопровождающимся объемным эффектом.

Психомоторное возбуждение и эпилепсии (1)

- При психомоторном возбуждении применяют бензодиазепины, антипсихотики (галоперидол), препаратов вальпроевой кислоты, лития, антидепрессанты, липофильные бета-адреноблокаторы.
- Психомоторное возбуждение в остром периоде инсульта чаще возникает при повторных ОНМК, при сочетании с болезнью Альцгеймера или мультиинфарктной деменцией. Оно может быть не только следствием инсульта, но и осложнением гипертермии, инфекции, колебания АД.
- При эпилептических приступах и для профилактики повторных припадков назначают антиконвульсанты. Не рекомендуется профилактическое назначение антиконвульсантов без эпилептических приступов.
- Тактика ведения пациентов отличается при ранних и поздних эпилептических приступах.
- Ранние (острые симптоматические) приступы развиваются в течение 7 суток ОНМК, поздние приступы (симптоматическая фокальная эпилепсия) - после 7 суток (чаще через 2 - 3 месяца ОНМК). В большинстве случаев отмечаются фокальные приступы с моторными проявлениями (судорогами).

Психомоторное возбуждение и эпилепсии (2)

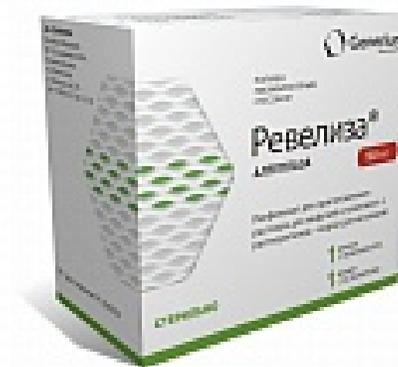
- Для купирования судорог используются стандартные противоэпилептические препараты.
 - При возможности перорального приема предпочтение отдается препаратам, не требующим длительной титрации и не имеющим выраженных побочных эффектов со стороны ЦНС, при невозможности перорального приема препараты вводят парентерально.
- Профилактическое назначение противоэпилептических препаратов нецелесообразно.
 - Однако, если у пациента приступ произошел повторно в течение первых 7 суток или развился ближе к концу первой недели, при этом имел признаки фокальности, выявлены изменения на ЭЭГ, есть выраженный дефект на КТ или МРТ корковой локализации, то назначение противоэпилептических препаратов с профилактической целью возможно.
- Назначение/продолжение противоэпилептических препаратов показано пациентам с эпилепсией в анамнезе, пациентам с нарушением сознания, у которых мониторинг ЭЭГ выявляет эпилептиформную активность и есть признаки бессудорожного эпилептического статуса, а также пациентам с повторными, острыми симптоматическими приступами.

Дифференцированная терапия. Специфическая реперфузионная терапия.

- 1. Медикаментозная внутривенная тромболитическая терапия (ВТТ)
- 2. Методики эндоваскулярной реканализации (могут применяться как самостоятельно, так и одновременно с ВТТ или после нее)
 - 2.1 Медикаментозный внутриартериальный (в/а) тромболизис
 - 2.2 Разрушение и фрагментация тромба микропроводником
 - 2.3 Эндоваскулярная тромбэктомия (тромбоэмболэктомия): механическая тромбэкстракция (МТЭ) и тромбаспирация (ТА)
 - 2.4 Баллонная ангиопластика со стентированием
- 3. Комбинированная ТЛТ (в/а + тромбэкстракция)
- 4. Этапный тромболизис (в/в + в/а + тромбэкстракция или в/в + тромбэкстракция или в/в + в/а).

Внутривенная тромболитическая терапия (ВТТ)

- Рекомендовано внутривенное введение рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (rt-PA, алтеплаза) в дозе 0,9 мг/кг массы тела (максимальная доза 90 мг) пациентам с ишемическим инсультом старше 18 лет при отсутствии противопоказаний в первые 4,5 часа от начала развития заболевания.



Противопоказания к внутривенной ТЛТ (1)

- Время появления первых симптомов больше 4,5 часов от начала заболевания или времени появления первых симптомов инсульта не известно (например, развитие инсульта во время сна — так называемый «ночной инсульт»).
- Нейровизуализационные (КТ, МРТ) признаки внутрочерепного кровоизлияния, опухоль мозга.
- Геморрагический инсульт или инсульт неуточненного характера в анамнезе.
- Быстрое улучшение состояния или слабая выраженность симптомов (NIH \leq 4 баллов) к моменту начала ТЛТ (неинвалидизирующая симптоматика).
- Признаки тяжелого инсульта: клинические (NIH $>$ 25 баллов), нейровизуализационные (по данным КТ головного мозга и/или МРТ головного мозга в режиме ДВИ очаг ишемии распространяется на территорию более $\frac{1}{3}$ бассейна СМА).
- Судорожные приступы в дебюте заболевания, если нет уверенности, что приступ является клинической манифестацией ишемического инсульта с постиктальным резидуальным дефицитом.
- Предшествующий инсульт или тяжелая ЧМТ в течение 3 месяцев.
- Систолическое АД выше 185 мм рт. ст. или диастолическое АД выше 110 мм рт. ст. или необходимость в/в введения препаратов для снижения АД до этих границ.
- Подозрение на субарахноидальное кровоизлияние.
- Хирургическое вмешательство на головном или спинном мозге в анамнезе.
- Артериальные аневризмы, дефекты развития артерий или вен, опухоли с высоким риском кровотечения, геморрагический диатез, острый панкреатит, бактериальный эндокардит, перикардит, недавний инфаркт миокарда.

Противопоказания к внутривенной ТЛТ (2)

- Тяжелые заболевания печени, включая печеночную недостаточность, цирроз печени, портальную гипертензию (с варикозным расширением вен пищевода), активный гепатит.
- Повышенная чувствительность к алтеплазе, гентамицину (остаточные следы от процесса производства).
- Желудочно-кишечные кровотечения или кровотечения из мочеполовой системы за последние 3 недели. Подтвержденные обострения язвенной болезни желудка и 12п. кишки в течение последних 3 месяцев, настоящее кровотечение или обширное кровотечение за последние полгода, данные о кровотечении или острой травме (переломе) на момент осмотра.
- Обширное хирургическое вмешательство, травма, пункция некомпенсируемых сосудов, сердечно-легочная реанимация в течение последних 10 дней.
- Беременность, роды, родовспоможение, 10 дней после родов.
- Прием непрямых антикоагулянтов (варфарин), если МНО > 1,3, применение гепарин натрия в течение 48 часов с повышенным АЧТВ.
- При предшествующем приеме новых оральных антикоагулянтов (НОАК – дабигатран этексилат, ривароксабан, апиксабан) показатели АЧТВ, МНО, количество тромбоцитов, тромбиновое время или активность Ха фактора должны быть в пределах нормальных значений. При отсутствии возможности определения данных показателей последний прием препарата из группы НОАК должен быть > 2 дней до развития инсульта (при условии нормальной функции почек).
- Гликемия менее 2,8 и более 22,5 ммоль/л, тромбоцитопения менее 100000/мм³.
- Дополнительные противопоказания к ВТТ для временного периода 3 — 4,5 часов от начала заболевания
 - 1. Применение оральных антикоагулянтов, вне зависимости от значений МНО
 - 2. Предшествующий инсульт в сочетании с диабетом или без такового.

Внутривенная тромболитическая терапия (ВТТ)

- На результат ВТТ влияет калибр пораженного сосуда: вероятность успешной реканализации варьирует от 77% для М2 сегмента СМА до 35% при поражении ВСА.
- Низкая способность к проникновению в тромб ограничивает эффективность ВТТ при протяженных тромбозах.
- 10% дозы фибринолитика вводится в виде болюса внутривенно струйно в течение 1 минуты, а оставшаяся часть (90%) – внутривенно капельно в течение 1 часа.
- При проведении процедуры фибринолиза не следует одновременно вводить другие препараты.
- Если пациент нуждается в проведении инвазивных манипуляций (установка назогастрального зонда, мочевого катетера), необходимо данные манипуляции провести до начала введения фибринолитика.
- У пациентов старше 80 лет вопрос о проведении внутривенной тромболитической терапии (ВТТ) необходимо решать индивидуально, с учетом предполагаемого риска развития осложнений.
- Подробная последовательность действий и особенности ведения пациентов представлены в соответствующем Протоколе проведения ВТТ.

Внутривенная тромболитическая терапия (ВТТ)

- Рекомендовано перед началом ВТТ обеспечить пациентам уровень систолического АД < 185 мм рт. ст., диастолического АД < 110 мм рт. ст.
- Следует поддерживать стабильность АД в пределах указанных цифр в течение 24 часов после завершения терапии. Данная рекомендация правомочна и для других видов реперфузионной терапии (внутриартериальный тромболизис, тромбоэмболэктомия).
- Рекомендовано проведение ВТТ при наличии показаний, даже если рассматривается вопрос о возможном эндоваскулярном лечении.



Применение эндоваскулярной реканализации

- Выполнение эндоваскулярной реканализации не откладывают, в т.ч. ожидая эффект от системной ВТТ.
- Эндоваскулярные вмешательства показаны пациентам с окклюзией дистальных отделов ВСА, с Т-окклюзией, с окклюзией М1 и М2 сегментов СМА, окклюзией основной и/или позвоночных артерий и выполняются под многокомпонентным медикаментозным наркозом в отделении рентгенхирургических методов диагностики и лечения.
- Применение в/а и/или тромбоэкстракции предполагает круглосуточное функционирование службы рентгенхирургических методов диагностики и лечения.
- Соответственно, эндоваскулярное лечение при помощи стент-ретриверов является более предпочтительным по сравнению с внутриартериальной тромболитической терапией.



Применение эндоваскулярной реканализации

- Методика механической тромбэкстракции с применением стент-ретриверов позволяет достичь быстрой и полной реканализации окклюзированного сегмента артерии. Метаанализы свидетельствуют о высоких показателях реканализации (82%;83%), низкой частоте кровоизлияний и связанных с устройствами осложнений (6%;5%), высоком проценте хороших исходов заболевания (47%; 51%).
- Рекомендовано проведение внутрисосудистой тромбэктомии с применением стент-ретриверов:
 - В первые 6 часов от начала ОНМК у тщательно отобранных пациентов с вероятной окклюзией М2 или М3 сегментов СМА, передней мозговой, позвоночной, базилярной артерий.
 - В первые 6 часов от развития инсульта у пациентов при наличии следующих условий: балл по модифицированной шкале Рэнкина 0 или 1 до развития инсульта, вероятная окклюзия ВСА или М1 сегмента СМА, возраст ≥ 18 лет, балл по шкале инсульта NIH ≥ 6 , балл по шкале ASPECTS ≥ 6 .

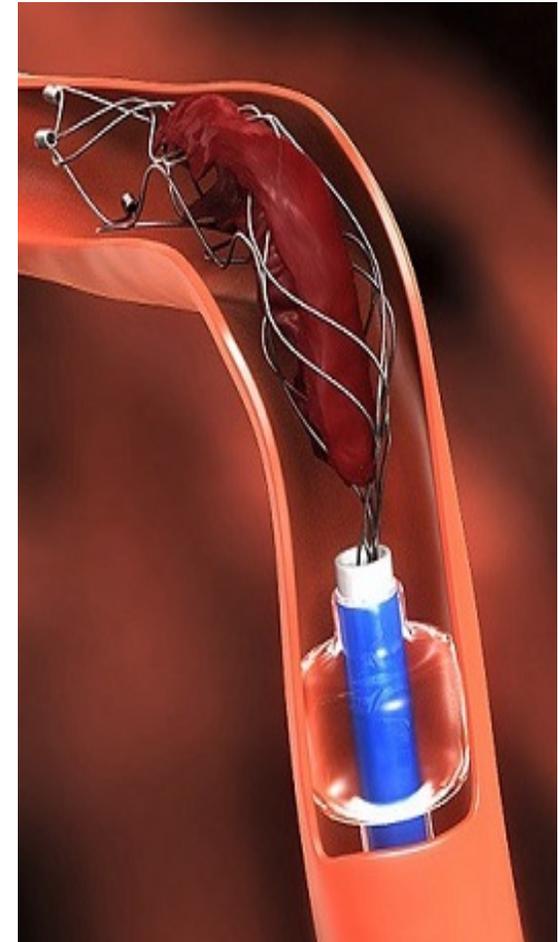


Фото - <https://pubs.rsna.org/journal/radiology>

Антиагрегантная терапия

- Рекомендуется назначение ацетилсалициловой кислоты в дозе 325 мг в течение от 24 до 48 часов острейшего периода ишемического инсульта.
 - Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).
- Не рекомендуется отдавать преимущества назначению клопидогрела в острейшем периоде ишемического инсульта.
 - Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2b).
- Не рекомендуется назначение ацетилсалициловой кислоты в качестве заместительной терапии других методов лечения, таких как внутривенный тромболизис.
 - Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).
- Не рекомендуется назначение ацетилсалициловой кислоты или других антиагрегантов в качестве сопутствующей терапии в течение 24 часов после проведения внутривенного тромболизиса.
 - Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2).

• Антикоагулянтная терапия

- Не рекомендуется назначение антикоагулянтов в качестве сопутствующей терапии в течение 24 часов после проведения внутривенного тромболизиса.
 - Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).
- Не рекомендуется ранняя антикоагулянтная терапия состояний, не связанных с цереброваскулярной патологией, у пациентов с инсультом средней тяжести вследствие высокого риска развития тяжелых внутричерепных геморрагических осложнений.
 - Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3).

Нейропротективная терапия

- Рекомендовано применение глицина в дозе 1 – 2 г/сут в течение 5 дней у пациентов с острым ишемическим инсультом (начиная с 6 ч после развития первых симптомов).
- Назначение глицина позволяет обеспечить противоишемическую защиту мозга при различной локализации сосудистого поражения и разной тяжести состояния пациентов, ускорить регресс неврологической симптоматики, улучшить функциональное восстановление и снизить 30-дневную летальность.
 - Уровень убедительности – В (уровень достоверности – 1b).
- Комментарии: Молекулярной основой действия препарата является эффект амплификации метаболических и нейротрансмиттерных процессов, регуляция глициновой и глутаматной рецепции, альфа1-адренолитическое действие.
- Глицин является центральным нейромедиатором тормозного типа действия и универсальным конъюгатом низкомолекулярных токсических соединений.
- Глицин ограничивает токсическое действие возбуждающих аминацидергических нейротрансмиттеров (аспартат, глутамат), способствует связыванию высвобождающихся в процессе церебральной ишемии альдегидов и фенолов.
- Активация синтеза глутатиона приводит к увеличению компенсаторных возможностей клетки в период окислительного стресса.



Нейропротективная терапия

- Рекомендованы антиоксиданты.
- Антиоксидантные свойства препаратов:
 - альфа-липоевой кислоты,
 - депротеинизированного гемодеривата крови телят,
 - этилметилгидроксипиридина сукцината, инозин+никотинамид+рибофлавин+янтарной кислоты

дают основание для применения их пациентов с ТИА и ишемическим инсультом.

- Уровень убедительности – С (уровень достоверности – 2b).



Классификация заболеваний

Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых

МБЕ 10.303.14.016
Год утверждения (или внесения изменений): 2018 (пересмотр) классиф. 5.06.20

ИД: 11771
УД:

Профессиональное издание:

• Национальная ассоциация по борьбе с инсультами. Европейское общество неврологов. Ассоциация неврологов России. 2008. Общероссийское профессиональное издание в сфере здравоохранения. Классификация болезней.

Нейропротективная терапия

- Препараты тиоктовой (α -липоевой) кислоты способствуют активации митохондриального синтеза. Кроме того, они уменьшают выраженность окислительного стресса у больных, путем снижения содержания в крови свободных радикалов, способствующих повреждению клеточных и митохондриальных мембран во время ишемии.
- Лечение следует начинать с внутривенного капельного введения в дозе 1200 мг/сутки внутривенно капельно в течение 10 суток.



Торговые названия

Название	Значение Индекса Вышка
Октолипен®	0.0708
Тиоктацид® БВ	0.0521
Берлитион® 300	0.0427
Тиогамма®	0.0308
Нейролипон	0.0162
Тиоктацид® 600 Т	0.0154
Тиолепта®	0.0133
Эспа-Липон®	0.011
ЛИПОТИОКСОН®	0.0069
Липоевая кислота	0.0064
Берлитион® 600	0.0049
Тиоктовая кислота	0.0039
Альфа-липоевая кислота	0.002
Тиолипон	0.0017
Тиоктовая кислота-Виал	0.0011
Липамида таблетки, покрытые оболочкой, 0,025 г	0.0009
Политион®	0.0004

Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых

МФУ «Здравице»
Государственный университет и практический институт Здравице
Учреждение образования «Государственный университет и практический институт Здравице»
Информационно-методический центр
Министерства здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования «Государственный университет и практический институт Здравице»
Информационно-методический центр
Министерства здравоохранения Республики Беларусь

Нейропротективная терапия

- Этилметилгидроксипиридина сукцинат - ингибитор свободнорадикальных процессов и мембранопротектор.
- Лечение следует начинать с внутривенных инфузий один раз в день в/в капельно в дозе 200 – 300 мг/сут в течение 7 – 10 сут.
 - Уровень убедительности – С (уровень достоверности – 2b).

Торговые названия	
Название	Значение Ин
Мексидол®	0.3169
Нейрокс®	0.1341
Мексикор®	0.0587
Мексидол® раствор для инъекций 5%	0.0393
Мексиприм®	0.0248
Медомекси®	0.0067
Церекард	0.0061
Мексифин®	0.0038
Этилметилгидроксипиридина сукцинат	0.0035
Астрокс®	0.0035
Мексидант®	0.0019
2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат	0.0008
Мексипридол	0.0003
Метостабил	0.0003
3-гидрокси-6-метил-2-этилпиридина сукцинат	0.0002
Нейрокард	0
Проинин®	0
Мексилек-Лекфарм	0
МетуцинВел	0
Мексидол® ФОРТЕ 250	0

Нейропротективная терапия

- Депротеинизированный гемодериват крови телят.
- Фармакологический эффект базируется на улучшении микроциркуляции и неспецифической стимуляции клеточного метаболизма, связанной с активацией окислительного фосфорилирования, синтеза углеводов и белков, увеличением концентрации аденозинтрифосфата, аденозиндифосфата, фосфокреатина, глутамата, аспартата, гамма-аминомасляной кислоты.
- Лечение следует начинать с внутривенных инфузий, один раз в день препарат вводят в дозе 8 мг/мл в форме раствора для инъекций (0,9% NaCl 250 мл/200 мг) до 20 инфузий.
 - Уровень убедительности – В (уровень достоверности – 2a).

Депротеинизированный гемодериват крови телят

https://www.rlsnet.ru/mnn_index_id_6748.htm

МЮФ Кругок ДМ Gmail Я.Почта WhatsApp Mail.Ru Yahoo Fb

РЛС > Лекарства и субстанции > Действующие вещества > Депротеинизированный гемодериват крови телят

Депротеинизированный гемодериват крови телят (Deproteinized calves blood gemoderivat)

Добавить в аптечку для проверки взаимодействия и цен

Русское название
Депротеинизированный гемодериват крови телят

Фармакологическая группа вещества Депротеинизированный гемодериват крови телят

Антигипоксанта и антиоксиданта
Ангиопротекторы и корректоры микроциркуляции
Регенеранты и репаратанты

Взаимодействия с другими действующими веществами
Перейти

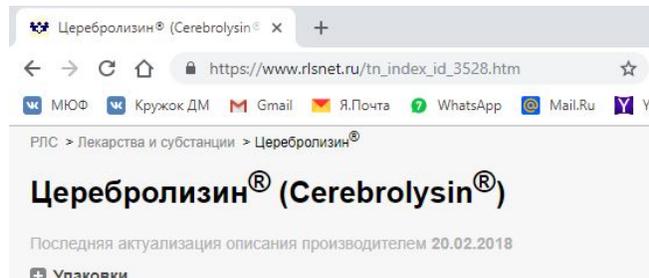
Торговые названия

Название	Значение Индекса Вышки
Актовегин®	0.1174

Инициальный инцидент и транкасторная ишемическая атака у взрослых

Нейропротективная терапия

- Рекомендовано назначение регуляторных пептидов с нейротрофическим, антиоксидантным действием: церебролизина и полипептида коры головного мозга скота.
- Церебролизин – комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи, часть из которых обладает структурным и функциональным сходством с нейротрофическими факторами (цилиарным нейротрофическим фактором CNTF, нейротрофическим фактором глиальных клеток GDNF, инсулиноподобными факторами роста IGF -1 и IGF-2).
- Лечение следует начинать по 10 – 30 мл/сут в/в капельно в течение 7 – 10 сут. Оптимальная суточная доза при ишемическом инсульте средней тяжести — 10 мл, при тяжелых инсультах — 20 мл внутривенно капельно на протяжении 7 – 10 дней заболевания (возможно дальнейшее продолжение курса в виде внутримышечных инъекций по 5 мл в день до 21 суток ОНМК).
 - Уровень убедительности – В (уровень достоверности – 2а).
- Полипептиды коры головного мозга скота – комплекс полипептидов и нейромедиаторов, способный оказывать тканеспецифичное воздействие на кору головного мозга, нормализовывать соотношение возбуждающих и тормозящих аминокислот в головном мозге, регулировать содержание дофамина и серотонина.
- Лечение следует начинать по 10 мг/сут в/м в течение 5 – 10 сут.
 - Уровень убедительности – В (уровень достоверности – 3)



Содержание

- 3D-изображения
- Состав
- Фармакологическое действие
- Способ применения и дозы

АТХ

N06BX Другие психостимуляторы и

Фармакологическая группа

Ноотропное средство [Ноотропы]

Нозологическая классиф

F00 Деменция при болезни Альцгей

F01 Сосудистая деменция

F03 Деменция неуточненная



Классификация заболеваний

Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых

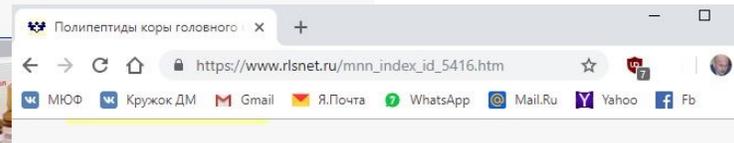
ИМЕ Ф.006BX.006
Синонимы: Церебролизин, Церебролизин 5 мл, Церебролизин 10 мл

02.02.2018

02.02.2018

Профессиональное название

• Наименование лекарственного препарата в соответствии с Фармакопейным кодексом Российской Федерации, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 12.12.2008 № 2412-ПП



Лекарства и субстанции БАДы и другие ТАА Цены Новости и события Прод

РЛС > Лекарства и субстанции > Действующие вещества > Полипептиды коры головного мозга скота

Полипептиды коры головного мозга скота (Polypeptides of the cerebral cortex of cattle)

Добавить в аптечку для проверки взаимодействия и цен

Содержание

- Латинское название вещества Полипептиды коры головного мозга скота
- Фармакологическая группа вещества Полипептиды коры головного мозга скота
- Взаимодействия с другими действующими веществами
- Торговые названия

Русское название

Полипептиды коры головного мозга скота

Латинское название вещества Полипептиды коры головного мозга скота
(род.)

Фармакологическая группа вещества Полипептиды коры головного мозга скота

Ноотропы

Взаимодействия с другими действующими веществами
Перейти

Торговые названия

Название	Значение Индекса Вышковского®
КОРТЕКСИН®	0.1387

Нейропротективная терапия

- Рекомендовано применение винпоцетина (этиловый эфир аповинкаминовой кислоты) – Препарат обладает комбинированным действием, оказывая, с одной стороны, нормализующее влияние на церебральный кровоток, а с другой — комплексное метаболическое действие, заключающееся в оптимизации окислительно-восстановительных, обменных процессов и активации энергетического метаболизма в мозговой ткани.
 - Уровень убедительности – В (уровень достоверности – 2a).
- Рекомендовано применение холина альфосцерата. В организме активный компонент препарата расщепляется на холин и глицерофосфат являясь предшественником фосфолипидов мембран, участвует в анаболических процессах, ответственных за мембранный и фосфолипидный синтез, оказывая положительное влияние на функциональное состояние мембранных структур путем улучшения цитоскелета нейронов.
- Важным преимуществом препарата является прямое сохранение, а эндогенного пула ацетилхолина [1].
- Препарат применяют по 1 г/сут в/м или в/в (медленно!) в течение 7 - 10 суток
 - Уровень убедительности – В (уровень достоверности – 2b).

Результаты поиска: винпоцетин

https://www.rlsnet.ru/search_result.htm?word=%E2%...

Только для медицинских специа...

ЖВ Цены на ЖНВЛП 3D 3D-упаковки Гармонизация Забра...

РЕГИСТР ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ РОССИИ®
РЛС Энциклопедия лекарств и товаров аптечного ассортимента

Яндекс

А Б В Г Д Е

Лекарства и субстанции БАДы и другие ТАА Цены Новости и

Результаты поиска: винпоцетин

в торговых названиях

Винпоцетин
Корректоры нарушений мозгового кровообращения

Винпоцетин-OVL
Корректоры нарушений мозгового кровообращения

Винпоцетин-Акри®
Корректоры нарушений мозгового кровообращения

Винпоцетин-АКОС
Корректоры нарушений мозгового кровообращения

Винпоцетин-САР®
Корректоры нарушений мозгового кровообращения

Винпоцетин форте
Корректоры нарушений мозгового кровообращения

Винпоцетин-С3
Корректоры нарушений мозгового кровообращения

Винпоцетин форте Канон
Корректоры нарушений мозгового кровообращения

Винпоцетин-Акрихин
Корректоры нарушений мозгового кровообращения

Винпоцетин ШТАДА
Корректоры нарушений мозгового кровообращения

1 2 3

в действующих веществах

Винпоцетин* (Vinpocetine*)
... вызывает эффект «обкрадывания». Фармакокинетика Винпоцетина
кумуляция винпоцетина отсутствует. Поэтому **винпоцетин мож**

Министерство
Здоровья
Российской Федерации

Информационный ресурс и
транзитная ишемическая атака у
взрослых

МИБ в ЗОЗОН.СИА
Поддержка и развитие проекта с 2015. Серверами сайта: 5 серверов

© 2021
С.И.

Профессиональное издание

• Заполнение и подписка на форму «отзыва». Закрытые
объекты на уровне доменной инфраструктуры Роска 2000
Облачные информационные ресурсы и информационные Службы
Министерства России

Противопоказания для известных препаратов

- Не рекомендовано применять в остром периоде ишемического инсульта препараты, способствующие истощению нейронов или вызывающие синдром обкрадывания.
- К таким препаратам относятся ноотропы и сосудистые средства (пирацетам, аминофиллин, пентоксифиллин, ницерголин).
 - Уровень убедительности – В (уровень достоверности – 1).

Topic Outline ▾

SUMMARY AND RECOMMENDATIONS

INTRODUCTION

INITIAL ASSESSMENT

Airway, breathing and circulation

History and physical

Neurologic evaluation

Immediate laboratory studies

• Neuroimaging

• Cardiac studies

STROKE MANAGEMENT ISSUES

Fluids

Hypoglycemia

Initial assessment and management of acute stroke

Authors: [Jamary Oliveira Filho, MD, MS, PhD](#), [Michael T Mullen, MD](#)**Section Editors:** [Scott E Kasner, MD](#), [Jonathan A Edlow, MD, FACEP](#)**Deputy Editor:** [John F Dashe, MD, PhD](#)[Contributor Disclosures](#)All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.Literature review current through: **Feb 2021**. | This topic last updated: **Mar 05, 2021**.

INTRO

The sub

physical

acute m

and mov

Patient a

Краткое содержание темы ▾

РЕЗЮМЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ

ВСТУПЛЕНИЕ

ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ОЦЕНКА

Дыхательные пути, дыхание и кровообращение

История и физическая

Неврологическое обследование

Немедленные лабораторные исследования

• Нейровизуализация

• Кардиологические исследования

ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ ИНСУЛЬТОМ

Жидкости

Будущие

Первоначальная оценка и лечение острого инсульта

Авторы: [Джамари Оливейра Филью, MD, MS, PhD](#), [Майкл Т. Маллен, доктор медицины](#)**Редакторы раздела:** [Скотт Э. Каснер, доктор медицины](#), [Джонатан Эдлоу, доктор медицины, FACEP](#)**Заместитель редактора:** [Джон Ф. Даш, MD, PhD](#)[Раскрытие информации для авторов](#)Все темы обновляются по мере появления новых доказательств и завершения нашего [процесса экспертной оценки](#).Обзор литературы до **февраля 2021 г.** | Последнее обновление этой темы: **5 марта 2021 г.**

ВСТУПЛЕНИЕ

Подострое и долгосрочное обследование и ведение пациентов, перенесших инсульт, включает физиотерапию и тестирование для определения точной этиологии события и предотвращения рецидива. Неотложная помощь отличается. Ближайшие цели включают минимизацию травм головного мозга, лечение медицинских осложнений и продвижение к раскрытию патофизиологической основы симптомов пациента.

UpToDate – одна из самых авторитетных, полных и непрерывно обновляемых информационных систем поддержки принятия клинических решений. Ресурс платный.

Спасибо за внимание!

Текст лекции для клинических ординаторов подготовлен в 2020 году.

Рекомендуется информационный поиск по материалам новых клинических рекомендаций.

На момент 12.03.2021 г. обновления материалов и обращения к Рубриктору на сайте <http://cr.rosminzdrav.ru/> документа по лечению ОНМК не размещено.

В материалах курса помещены клинические рекомендации, не утвержденные комиссией Минздрава России.