

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть

29 ноября 2007 г.

Регистрационный № 072-0806

**ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
ПРИ ГЕСТОЗАХ У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии», ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. Е.А. Короткевич, канд. мед. наук А.В. Астапенко, канд. мед. наук И.А. Гончар, канд. мед. наук Л.А. Василевская, канд. мед. наук В.Н. Сидоренко, канд. мед. наук Е.С. Гомон, Е.Л. Осос, В.Д. Рыбакова

Минск 2008

Инструкция предназначена для врачей, оказывающих помощь больным с неврологическими осложнениями гестоза при беременности, родах и в послеродовом периоде – неврологов, акушеров-гинекологов, реаниматологов, врачей скорой медицинской помощи, терапевтов, реабилитологов.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Молоточек неврологический – 1.
2. Фонарик-ручка для исследования зрачковых реакций – 1.
3. Нейровизуализационная аппаратура: магнитно-резонансный томограф и/или компьютерный томограф – 1, рентген-аппарат – 1.
4. Электрофизиологическая аппаратура: нейрокертограф для регистрации электроэнцефалограмм – 1, многофункциональный нейрофизиологический комплекс для регистрации вызванных потенциалов мозга – 1, эхоэнцефалоскоп – 1.
5. Медикаменты, необходимые для оказания неотложной медицинской помощи и проведения дифференцированного патогенетического лечения.
6. Аппарат неинвазивной аутогемомагнитотерапии – 1.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Неврологические осложнения гестоза у беременных, рожениц и родильниц.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Кома неустановленной этиологии у беременных, рожениц и родильниц.
2. Сочетанная острая кардиальная патология (инфаркт миокарда, острая субэндокардиальная ишемия, острые нарушения ритма сердца или внутрисердечной проводимости, сердечная недостаточность).
3. Острые инфекционные заболевания.
4. Психиатрические и поведенческие расстройства в состоянии декомпенсации.
5. Онкологические заболевания с множественными метастазами.
6. Тяжелая сопутствующая соматическая патология в стадии декомпенсации.
7. Хронические специфические и неспецифические воспалительные заболевания – туберкулез, сифилис, ВИЧ, хроническая герпетическая нейроинфекция.
8. Болезни крови – лейкоз, лимфогранулематоз.

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГЕСТОЗАХ У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ

Субарахноидальное кровоизлияние (I60)

1. Районный уровень (РУ): экстренная госпитализация в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии; при транспортабельности больной – перевод на областной/городской уровень. Долечивание после выписки из городских, областных больниц и республиканских центров.

1.1. Диагностика обязательная: консультация невролога. Общий анализ крови (+ тромбоциты, ретикулоциты). Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: мочевины, креатинина, общий белок, АлАТ, АсАТ, билирубин, глюкоза, электролиты (К, Na, Ca). Коагулограмма: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбиновое время, фибриноген А, фибриноген В, этаноловый тест, спонтанный фибринолиз, гематокрит, протромбиновый индекс (ПТИ) или международное нормализованное отношение (МНО). Электрокардиограмма (ЭКГ). Профиль артериального давления (АД). Эхо-энцефалоскопия (Эхо-ЭС). Электроэнцефалография (ЭЭГ). Консультация окулиста (острота зрения, глазное дно, поля зрения), терапевта. При наличии аппаратуры магнитно-резонансная томография (МРТ) или компьютерная томография (КТ) головного мозга (г/м) (при условии экранирования живота у беременной). Люмбальная пункция (белок, цитоз, эритроциты свежие и выщелоченные) при отсутствии признаков дислокации головного мозга. Консультация нейрохирурга. Наблюдение акушера-гинеколога.

1.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): консультация врачей: кардиолога, гематолога, эндокринолога. Ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий (УЗИ БЦА), транскраниальная доплерография (ТКД). Газовый состав крови (напряжение кислорода, углекислого газа, рН), ультразвуковое исследование (УЗИ) почек.

1.3. Лечение: *коррекция АД* (рекомендуемый уровень АД сист. до клипирования аневризмы – 120-150 мм рт. ст.).

С целью коррекции повышенного АД у беременных с неврологической патологией на фоне гестоза во II триместре беременности не рекомендуется применение всех антигипертензивных препаратов, кроме метилдопы (допегита). В III триместре беременности возможно применение β -адреноблокаторов, дигидропиридиновых антагонистов кальция, центрального α_2 -адреномиметика клонидина. В связи с высоким риском развития врожденных уродств и гибели плода при беременности противопоказано назначение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента.

Для предупреждения ангиоспазма: нимодипин* 60 мг внутрь 4-6 раз в сутки (10-21 сут). При мониторинге АД возможно внутривенно введение нимодипина 1 мг на физиологическом растворе в течение 2 ч (15 мкг/кг/ч), затем – 2 мг в течение 3 ч (30 мкг/кг/ч) 1 раз в сутки 5-7 дней с последующим пероральным приемом 10 дней. У беременных применение нимодипина – только по жизненным показаниям.

Инфузионно-трансфузионная терапия: под контролем центрального венозного давления и диуреза: гидроксипропилкрахмал** 10% раствор 250-500 мл внутривенно капельно; реополиглюкин** 100-200 мл внутривенно капельно 1-3 раз в сутки (2-3 сут); натрия хлорид 0,9% раствор 250-400 мл. При гипоальбуминемии: 5% (10%) раствор альбумина 100-200 мл 3 раза в сутки.

При коагулопатии (ПТИ менее 60%, АЧТВ более 35 с): свежемороженая плазма 400-800 мл/сут внутривенно капельно (до нормализации показателей коагулограммы).

Уменьшение отека мозга и внутричерепного давления: маннитол* 15-25% раствор 1 г/кг в течение 30 мин в сочетании с фуросемидом* 40 мг внутривенно. У беременных применение маннитола – только по жизненным показаниям. Следует оценить соотношение риска и пользы.

При головной боли: метамизол 500 мг внутрь 2-3 раза в сутки или 25%, 50% раствор 1-2 мл внутримышечно или внутривенно, парацетамол** (осторожно при беременности и лактации) 500 мг внутрь 1-3 раз в сутки.

Антибиотики при подозрении на инфекцию дыхательных или мочевыводящих путей: цефазолин* от 2 до 6 г в 2 приема внутримышечно или внутривенно; цефалексин* 0,25 г внутрь 3 раза в сутки.

Коррекция гипергликемии – при уровне глюкозы крови 10 ммоль/л и выше – дробное введение инсулина с учетом уровня гликемии независимо от наличия или отсутствия сахарного диабета в анамнезе.

Слабительные препараты: сеннадексин – по 1 таблетке 1 раз в сутки после ужина.

При возбуждении: диазепам* 5-10 мг внутривенно или внутримышечно, хлорпротиксен* 5-10 мг (по 1-2 таблетке) 2-3 раза в сутки внутрь или 2,5% раствор 1-2 мл внутримышечно.

При судорожном синдроме: диазепам* 0,5% раствор 2-4 мл внутривенно, магния сульфат** 25% 10-20 мл внутривенно.

При рвоте – метоклопрамид* 0,5% раствор 2 мл внутримышечно или внутривенно 1-3 раза в сутки.

Нейропротекторы: магния сульфат** 25% раствор 10-20 мл внутривенно 1-2 раза в сутки (7-10 сут), глицин 100 мг по 2 таблетки сублингвально 3-5 раз в сутки (30-45 сут), депротенинизированный гемодериват крови молочных телят (актовегин) 250-500 мл 10; 20% раствора для инфузий внутривенно капельно или 5-20 мл раствора для инъекций в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно капельно. У родильниц: эмоксипин 3% 10-15 мл в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно капельно.

2. Городской, областной, республиканский (РеспУ) уровни оказания помощи: для дообследования, в случае осложнений и для оперативного лечения.

2.1. Диагностика обязательная: см. п. 1.1. + церебральная ангиография (при условии экранирования живота у беременных), МРТ г/м, у родильниц – МРТ/КТ г/м, магнитно-резонансная ангиография (МРА), ТКД.

2.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): уточнение этиологического фактора: коллагеноз, ревматизм, болезни крови, опухоль, тромбоз венозных синусов мозга, антифосфолипидный синдром и др.

2.3. Лечение: продолжение лечения, начатого на РУ, после консультации нейрохирурга – перевод в специализированное нейрохирургическое отделение РеспУ для оперативного лечения.

Внутри мозговое кровоизлияние (ВМК) (I61)

1. Районный уровень: экстренная госпитализация, при транспортабельности больной – перевод на областной/городской уровень. Долечивание после выписки из городских, областных больниц и республиканских центров.

1.1. Диагностика обязательная: консультация невролога. Общий анализ крови (+тромбоциты, ретикулоциты). Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: мочевины, креатинина, общий белок, альбумин, АлАТ, АсАТ, билирубин, глюкоза, электролиты (К, Na, Са). Коагулограмма: АЧТВ, тромбиновое время, фибриноген А, фибриноген В, этаноловый тест, спонтанный фибринолиз, гематокрит, ПТИ или МНО. ЭКГ. Профиль АД. Эхо-ЭС. ЭЭГ. Консультация окулиста (острота зрения, глазное дно, поля зрения), терапевта. При наличии аппаратуры МРТ или КТ г/м (при условии экранирования живота у беременных). Люмбальная пункция при отсутствии признаков дислокации головного мозга. Консультация нейрохирурга. Наблюдение акушера-гинеколога.

1.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): консультация кардиолога, эндокринолога. ТКД.

1.3. Лечение: *коррекция АД.* При АД сист. >180 мм рт. ст. и АД диаст. >105 мм рт. ст. АД снижают не более чем на 20% от исходного значения в течение 1-1,5 ч (до 160-150/85-80 мм рт. ст., АД среднее – 120 мм рт. ст.) с последующим поддержанием на этом уровне.

Антифибринолитические препараты: у родильниц при гипертонических кровоизлияниях по типу геморрагического пропитывания этамзилат 12,5% раствор 2 мл внутримышечно или внутривенно 3 раза в сутки (5-7 сут), затем 250 мг внутрь 2-3 раза в сутки (7-10 сут).

Для профилактики ангиоспазма нимодипин* 60 мг внутрь 4-6 раз в сутки (10-21 сут). У беременных применение нимодипина – только по жизненным показаниям).

При коагулопатии (ПТИ менее 60%, АЧТВ более 35 с): свежемороженая плазма 400-800 мл/сут внутривенно капельно (до нормализации показателей коагулограммы).

Уменьшение отека мозга и внутричерепного давления: маннитол* 15-25% раствор 1 г/кг в течение 30 мин в сочетании с фуросемидом* 40 мг внутривенно. У беременных применение маннитола – только по жизненным показаниям. Следует оценить соотношение риска и пользы.

При головной боли: метамизол 500 мг внутрь 2-3 раза в сутки или 25-50% раствор 1-2 мл внутримышечно или внутривенно, парацетамол** (осторожно при беременности и лактации) 500 мг внутрь 4 раза в сутки.

Коррекция гипергликемии: при уровне глюкозы крови 10 ммоль/л и выше – дробное введение инсулина с учетом уровня гликемии.

Антибиотики при подозрении на инфекцию дыхательных или мочевыводящих путей: цефазолин* от 2 до 6 г в 2 приема внутримышечно или внутривенно; цефалексин* 0,25 г внутрь 3 раза в сутки.

Слабительные препараты: сеннадексин – по 1 таблетке 1 раз в сутки после ужина.

При возбуждении: диазепам* 5-10 мг внутривенно или внутримышечно, хлорпротиксен* 5-10 мг (по 1-2 таблетке) 2-3 раза в сутки внутрь или 2,5% раствор 1-2 мл внутримышечно.

При судорожном синдроме: диазепам* 0,5% раствор 2-4 мл внутривенно, магния сульфат** 25% 10-20 мл внутривенно.

При рвоте – метоклопрамид* 0,5% раствор 2 мл внутримышечно или внутривенно 1-3 раза в сутки.

Нейропротекторы: магния сульфат** 25% раствор 10-20 мл внутривенно 1-2 раза в сутки (7-10 сут), глицин 100 мг по 2 таблетки сублингвально 3-5 раз в сутки (30-45 сут), депротеинизированный гемодериват крови молочных телят (актовегин) 250-500 мл 10, 20% раствора для инфузий внутривенно капельно или 5-20 мл раствора для инъекций в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно капельно (10-15 сут). У родильниц: эмоксипин 3% 10-15 мл в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно капельно.

ФТ: лечение положением, дыхательная гимнастика, массаж паретичных конечностей. Занятия с логопедом.

2. Городской, областной уровни оказания помощи; республиканский уровень – для дообследования, в случае осложнений и для оперативного лечения.

2.1. Диагностика обязательная: см. п. 1.1. + МРТ г/м, у родильниц – МРТ/КТ г/м. Консультация нейрохирурга для решения вопроса о возможности оперативного вмешательства.

2.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): см. п. 1.2. + церебральная ангиография (при условии экранирования живота у беременных), МРА.

2.3 Лечение: см. п. 1.3. + при наличии показаний – перевод в нейрохирургическое отделение для оперативного вмешательства после рекомендации нейрохирурга.

Инфаркт мозга (ИМ) (I63)

1. Районный уровень: госпитализация по неотложным показаниям, долечивание после выписки из городских, областных больниц и республиканских центров.

1.1. Диагностика обязательная: консультация невролога. Общий анализ крови (+ тромбоциты). Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: мочевины, креатинина, общего белка, альбумина, АЛТ, АсАТ, билирубина, глюкозы, электролиты (К, Na, Ca). Коагулограмма: АЧТВ, тромбиновое время, фибриноген А, фибриноген В, этаноловый тест, спонтанный фибринолиз, гематокрит, ПТИ или МНО. ЭКГ. Профиль АД. Аускультация брахиоцефальных артерий. Эхо-ЭС. ЭЭГ. Консультация окулиста (острота зрения, глазное дно, поля зрения), терапевта. При наличии аппаратуры МРТ г/м или КТ г/м (при условии экранирования живота у беременных). Наблюдение акушера-гинеколога.

1.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): люмбальная пункция при отсутствии признаков дислокации головного мозга. Консультация кардиолога. Эхокардиография (Эхо-КГ). УЗИ БЦА, ТКД. Липидный спектр. При стенозе магистральной артерии мозга более 50% – консультация сосудистого хирурга.

1.3. Лечение: *коррекция АД.* АД снижают не более чем на 10-15% от исходного уровня в течение 24 ч. Если больная ранее получала антигипертензивное лечение, целесообразно его продолжение, при этом АД должно быть выше «рабочего уровня» на 15-20 мм рт. ст.

Коррекция пароксизмов нарушения сердечного ритма.

Коррекция глюкозы крови.

При коагулопатии (ПТИ менее 60%, АЧТВ более 35 с): свежемороженая плазма 400-800 мл/сут внутривенно капельно (до нормализации показателей коагулограммы).

Реополиглюкин** 200-400 мл внутривенно капельно в течение 30-60 мин (3-4 сут).

Уменьшение отека мозга и внутричерепного давления: маннитол* 15-25% раствор 1 г/кг в течение 30 мин в сочетании с фуросемидом* 40 мг внутривенно. У беременных применение маннитола – только по жизненным показаниям. Следует оценить соотношение риска и пользы.

Нейропротекторы: магния сульфат** 25% раствор 10-20 мл внутривенно 1-2 раза в сутки (7-10 сут), глицин 100 мг по 2 таблетки сублингвально 3-5 раз в сутки (30-45 сут), депротенинизированный гемодериват крови молочных телят 250-500 мл 10, 20% раствора для инфузий внутривенно капельно или 5-20 мл раствора для инъекций в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно капельно (10-15 сут). У родильниц: эмоксипин 3% 10-15 мл в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно капельно.

Пентоксифиллин 2% раствор 5 мл внутривенно капельно с 6-7 сут, затем по 100 мг 3 раза в сутки внутрь (1-2 месяца). Аминофиллин 2,4% раствор 10 мл внутривенно (на фоне хронических обструктивных заболеваний легких) 1-2 раза в сутки (5-10 сут). При наличии нейровизуализации у больных с эмболическим (кардиоэмболическим) ИМ, прогрессирующим характером ИМ, тромбозом венных синусов, а также с ДВС-синдромом, коагулопатиями – *прямые антикоагулянты* (гепарин или

низкомолекулярные гепарины) под контролем АЧТВ и количества тромбоцитов: гепарин в первые сутки 5-10 тыс. ЕД внутривенно болюсно, затем инфузионно 5-10 тыс. ЕД внутривенно со скоростью 12-15 ЕД (до 1000 ЕД)/кг час или по 2,5-5 тыс. ЕД подкожно в окологривочную клетчатку 4 раза в сутки в течение 5-7 сут с постепенным снижением дозы и последующим переводом на непрямые антикоагулянты или антиагреганты, которые назначают за 1-2 дня до отмены гепарина;

или надропарин кальция по 0,3-0,6 мл подкожно 1 раз в сутки (10 сут); или далтепарин натрия по 0,3-0,5 мл (120 МЕ/кг) подкожно 2 раза в сутки (6-10 сут); или эноксапарин натрия по 0,6-1,0 мл (1 мг/кг) подкожно глубоко в окологривочную клетчатку 2 раза в сутки (2-8 сут) под контролем коагулограммы.

Антикоагулянты непрямого действия назначают только у родильниц по жизненным показаниям (через 2 недели после родов): фениндион* 30-60 мг/сут в 2-3 приема внутрь, поддерживая ПТИ на уровне 40-60%; или варфарин (в городских больницах, имеющих консультные отделения, либо по назначению областного, республиканского центра) 2,5-5 мг/сут внутрь (целевой уровень МНО – 2,0-3,0). В первые три дня приема варфарина следует воздержаться от кормления грудью.

При противопоказаниях к гепаринотерапии – ацетилсалициловая кислота* внутрь – в первые сутки 325 мг/сут, затем – 1 мг/кг/сут. По решению консилиума при недостаточном антитромботическом эффекте – ацетилсалициловая кислота * 50 мг/сут в сочетании с дипиридамом 25 мг 3 раза в сутки. При гемодинамическом ИМ – лечение то же, за исключением антикоагулянтов. Коррекция АД. При низких цифрах АД глюкокортикоиды или допамин внутривенно (5 мкг/кг/мин).

Антибиотики при подозрении на инфекцию дыхательных или мочевыводящих путей: цефазолин* от 2 до 6 г в 2 приема внутримышечно или внутривенно; цефалексин* 0,25 г внутрь 3 раза в сутки.

У родильниц по показаниям - *транквилизаторы, антидепрессанты*: диазепам* 5-10 мг внутривенно или внутримышечно; хлорпротиксен* 5 мг по 1-2 таблетке 2-3 раза в сутки внутрь или 1-2 мл 2,5% раствора внутримышечно.

При судорожном синдроме: диазепам* 0,5% раствор 2-4 мл внутривенно, магния сульфат** 25% 10-20 мл внутривенно.

При вестибулярном синдроме у родильниц: бетастигмина гидрохлорид** 16 мг 3 раза в сутки или 24 мг 2 раза в сутки внутрь (2-4 недели).

ФТ: лечение положением, массаж паретичных конечностей, дыхательная гимнастика. Кинезотерапия. Занятия с логопедом.

2. Городской, областной уровень оказания помощи: для дообследования, в тяжелых случаях с осложнениями.

2.1. Диагностика обязательная см. п. 1.1. + при стенозе магистральной артерии мозга более 50% – консультация сосудистого хирурга. УЗИ БЦА, ТКД. МРТ г/м. У родильниц – КТ г/м.

2.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): см. п. 1.2. + консультация нейрохирурга. МРА, церебральная ангиография (при условии экранирования живота у беременных). Холтеровское мониторирование сердечного ритма и АД. ЭЭГ-картирование.

2.3. Лечение: см. п. 1.3. – то же + гипербарическая оксигенация (ГБО) № 5-8.

3. Республиканский уровень: в тяжелых случаях при осложнениях у лиц молодого возраста; для решения экспертных вопросов; для уточнения этиологического фактора.

3.1. Диагностика обязательная: см. п. 2.1.

3.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): см. п. 2.2. + акустические стволовые вызванные потенциалы, зрительные вызванные потенциалы.

3.3. Лечение: продолжение лечения, начатого на предыдущих этапах в зависимости от срока инсульта.

Транзиторные ишемические атаки (G45)

1. Районный уровень: госпитализация по неотложным показаниям.

1.1. Диагностика обязательная: см. п. 1.1. раздела «Инфаркт мозга».

1.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): см. п. 1.2. раздела «Инфаркт мозга».

1.3. Лечение: *коррекция АД.* АД снижают не более чем на 10-15% от исходного уровня в течение 24 ч. Если больная ранее получала антигипертензивное лечение, целесообразно его продолжение, при этом АД должно быть выше «рабочего уровня» на 15-20 мм рт. ст.

Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота* 50-150 мг/сут внутрь; пентоксифиллин 2% раствор 5 мл внутривенно капельно (6-7 сут), затем по 100 мг внутрь 3 раза в сутки внутрь (10-20 дней).

У больных с ТИА, вызванной кардиоэмболией, стенозом магистральных артерий г/м >70%, при повторных атаках показаны *антикоагулянты:* гепарин по 5 тыс. ЕД подкожно в околопупочную клетчатку 4 раза в сутки в течение 5-7 сут с постепенным снижением дозы и последующим переводом на непрямые антикоагулянты или антиагреганты, которые назначают за 1-2 дня до отмены гепарина; надропарин кальция по 0,3-0,6 мл подкожно 1 раз в сутки в течение 10 дней; далтепарин натрия по 0,3-0,5 мл (120 МЕ/кг) подкожно 2 раза в сутки в течение 6-10 сут; эноксапарин натрия по 0,6-1,0 мл (1 мг/кг) подкожно глубоко в околопупочную клетчатку 2 раза в сутки в течение 2-8 сут.

При повторных ТИА у родильниц – *антикоагулянты непрямого действия:* фениндион* 30-60 мг/сут в 2-3 приема внутрь, поддерживая ПТИ на уровне 40-60%; варфарин (в городских больницах, имеющих инсультные отделения, либо по назначению областного, республиканского центра) 2,5-5 мг/сут внутрь (целевой уровень МНО – 2,0-3,0). В первые три дня приема варфарина следует воздержаться от кормления грудью.

Нейропротекторы: магния сульфат** 25% раствор 10-20 мл внутривенно 1-2 раза в сутки (7-10 сут), глицин 100 мг по 2 таблетки сублингвально 3-5 раз в сутки (30-45 сут); депротенинизированный гемодериват крови молочных телят 250-500 мл 10, 20% раствора для инфузий внутривенно капельно или 5-20 мл раствора для инъекций в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно капельно (10-15 сут). У родильниц: эмоксипин 3% 10-15 мл в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно капельно.

При вестибулярном синдроме у родильниц: бетагистина гидрохлорид** 16 мг 3 раза в сутки или 24 мг 2 раза в сутки внутрь (2-4 недели).

ФТ: надвенная аутогемоманнитотерапия (НАГМТ) № 10. У родильниц дополнительно – магнитотерапия на воротниковую зону № 6-10, электрофорез аминофиллина, сернокислой магнезии на воротниковую зону № 6-8.

2. Городской, областной уровень оказания помощи

2.1. Диагностика обязательная см. п. 1.1. + при стенозе магистральной артерии мозга более 50% – консультация сосудистого хирурга. УЗИ БЦА, ТКД. МРТ г/м, у родильниц – МРТ г/м или КТ г/м.

2.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): см. п. 1.2. + консультация нейрохирурга. МРА. Церебральная ангиография (при условии экранирования живота у беременных). Холтеровское мониторирование сердечного ритма и АД.

2.3. Лечение: см. п. 1.3. – то же + у родильниц – варфарин 2,5-5 мг/сут внутрь (под контролем МНО) – по решению консилиума.

ФТ: у родильниц – внутривенная или надвенная лазеротерапия № 10. ГБО № 5-10.

3. Республиканский уровень: госпитализация для уточнения этиологического фактора в сложных диагностических случаях.

3.1. Диагностика обязательная: см. п. 2.1.

3.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): см. п. 2.2. + ЭЭГ-картирование, акустические стволовые вызванные потенциалы, зрительные вызванные потенциалы.

3.3. Лечение: продолжение лечения, начатого на предыдущих этапах в зависимости от срока заболевания.

Другие транзиторные церебральные ишемические атаки и связанные с ними синдромы (G45.8). Гипертензивная энцефалопатия (I67.4)

1. Районный уровень: госпитализация по неотложным показаниям.

1.1. Диагностика обязательная: консультация невролога. Общий анализ крови (+ тромбоциты). Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: глюкоза, мочевины, креатинин, билирубин, АлАТ, АсАТ, электролиты. Коагулограмма: АЧТВ, тромбиновое время, фибриноген А, фибриноген В, этаноловый тест, спонтанный фибринолиз, гематокрит, ПТИ или МНО. ЭКГ. Профиль АД. Аускультация брахиоцефальных артерий.

Эхо-ЭС. Консультация окулиста (острота зрения, поля зрения, глазное дно), терапевта. Наблюдение акушера-гинеколога.

1.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): люмбальная пункция. МРТ или КТ г/м (при условии экранирования живота у беременных). Консультация кардиолога, психиатра. Эхо-КГ. УЗИ БЦА. ТКД. Липидный спектр. ЭЭГ. При стенозе магистральной артерии более 50% – консультация сосудистого хирурга.

1.3. Лечение: коррекция АД с первоначальным снижением АД на 20-25% от исходного уровня, затем – до показателей на 10-15% выше привычных цифр с достижением целевых уровней АД в течение 24-48 ч.

Уменьшение отека мозга и внутричерепного давления: маннитол* 15-25% раствор 1 г/кг в течение 30 мин в сочетании с фуросемидом* 40 мг внутривенно. У беременных применение маннитола – только по жизненным показаниям. Следует оценить соотношение риска и пользы.

При судорожном синдроме: диазепам* 0,5% раствор 2-4 мл внутривенно, магния сульфат** 25% 10-20 мл внутривенно.

Нейропротекторы: магния сульфат** 25% раствор 10-20 мл внутривенно 1-2 раза в сутки (7-10 сут), глицин 100 мг по 2 таблетки сублингвально 3-5 раз в сутки (30-45 дней); депротенинизированный гемодериват крови молочных телят 250-500 мл 10, 20% раствора для инфузий внутривенно капельно или 5-20 мл раствора для инъекций в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно капельно (10-15 сут). У родильниц: эмоксипин 3% 10-15 мл в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно капельно.

ФТ: НАГМТ № 10. У родильниц дополнительно: магнитотерапия на воротниковую зону № 6-10, электрофорез аминафиллина, серноокислой магнезии на воротниковую зону № 6-8.

2. Городской, областной уровень оказания помощи: в тяжелых случаях с осложнениями.

2.1. Диагностика обязательная: см. п. 1.1. + УЗИ БЦА, ТКД.

2.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): см. п. 1.2. + МРТ или КТ г/м (при условии экранирования живота у беременных). Консультация нейрохирурга. МРА. Холтеровское мониторирование сердечного ритма и АД.

2.3. Лечение: см. п. 1.3. + у родильниц – внутривенная или надвенная лазеротерапия № 5-7.

3. Республиканский уровень – в диагностически сложных случаях для уточнения этиологического фактора.

3.1. Диагностика обязательная: см. п. 2.1.

3.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): см. п. 2.2. + ЭЭГ-картирование, акустические стволовые вызванные потенциалы, зрительные вызванные потенциалы.

3.3. Лечение: продолжение лечения, начатого на предыдущих этапах в зависимости от срока заболевания.

РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГЕСТОЗАХ У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ

Субарахноидальное кровоизлияние (I60)

1. Районная, городская межрайонная поликлиника: реабилитация после выписки из стационара.

1.1. Диагностика обязательная: общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: мочевины, креатинина, АлАТ, АсАТ, билирубин, глюкоза, натрий, калий, электролиты. Коагулограмма: АЧТВ, фибриноген, гематокрит, ПТИ/МНО. ЭКГ. Контроль АД. Консультация окулиста (острота зрения, глазное дно, поля зрения), терапевта. Наблюдение акушера-гинеколога, невролога.

1.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): см. п. 1.1. + ЭЭГ.

1.3. Лечение: по согласованию с терапевтом – у лиц с артериальной гипертензией – длительная *антигипертензивная терапия*.

Нейропротекторы: депротеинизированный гемодериват крови молочных телят 200 мг по 1 драже 3 раза в сутки 4-12 недель; глицин 100 мг по 2 таблетки сублингвально 3-5 раз в сутки (30-45 дней). У рожениц по показаниям: *транквилизаторы, антидепрессанты:* хлорпротиксен* 5 мг по 1-2 таблетки 2-3 раза в сутки внутрь; амитриптилин* 12,5-25 мг 2-3 раза в сутки внутрь.

При судорожном синдроме: диазепам* 0,5% раствор 2-4 мл внутривенно, магния сульфат** 25% 10-20 мл внутривенно.

ФТ: у рожениц: магнитотерапия на воротниковую зону № 6-10, электрофорез аминоксиллина, сернокислой магнезии по Бургиньону № 6-8.

Внутри мозговое кровоизлияние (I61)

Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние (I62)

1. Районная, городская межрайонная поликлиника: реабилитация после выписки из стационара.

1.1. Диагностика обязательная: общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: мочевины, креатинина, АлАТ, АсАТ, билирубин, глюкоза, электролиты. Коагулограмма: АЧТВ, фибриноген, гематокрит, ПТИ/МНО. ЭКГ. Контроль АД. Консультация окулиста (острота зрения, глазное дно, поля зрения), терапевта. Наблюдение акушера-гинеколога, невролога.

1.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): см. п. 1.1. + ЭЭГ.

1.3. Лечение: по согласованию с терапевтом – у лиц с артериальной гипертензией – длительная *антигипертензивная терапия*.

Нейропротекторы: депротеинизированный гемодериват крови молочных телят 200 мг по 1 драже 3 раза в сутки (4-12 недель); глицин 100 мг по 2 таблетки сублингвально 3-5 раз в сутки (30-45 дней).

У родильниц по показаниям *транквилизаторы, антидепрессанты*: хлорпротиксен* 5 мг по 1-2 таблетки 2-3 раза в сутки внутрь; амитриптилин* 12,5-25 мг 2-3 раза в сутки внутрь.

При судорожном синдроме: диазепам* 0,5% раствор 2-4 мл внутривенно, магния сульфат** 25% внутривенно 10-20 мл.

При вестибулярном синдроме: у родильниц – бетагистина гидрохлорид** 16 мг 3 раза в сутки или 24 мг 2 раза в сутки внутрь (4-6 недель). Беременным препарат противопоказан.

При спастических парезах: у родильниц – баклофен* по 2,5-5 мг внутрь 4 раза в сутки, постепенно повышая дозу до 30-70 мг/сут. Толперизон (мидокалм)* 50-150 мг внутрь 3 раза в сутки. При беременности и кормлении грудью препараты противопоказаны.

ФТ: массаж паретичных конечностей. Кинезотерапия. Занятия с логопедом. У родильниц дополнительно: магнитотерапия на воротниковую зону № 6-10, электрофорез аминофиллина, сернокислой магнезии по Бургиньону № 6-8; парафиново-озокеритовые аппликации на пораженную конечность № 6-10.

Инфаркт мозга (I63)

1. Районная, городская межрайонная поликлиника: реабилитация после выписки из стационара.

1.1. Диагностика обязательная: общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: мочевины, креатинина, АлАТ, АсАТ, билирубина, глюкозы, холестерина, электролиты. Коагулограмма: АЧТВ, фибриноген, гематокрит, ПТИ/МНО. ЭКГ. Аускультация брахиоцефальных артерий. Контроль АД. Консультация окулиста (острота зрения, глазное дно, поля зрения), терапевта. Наблюдение акушера-гинеколога, невролога.

1.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): ЭЭГ. УЗИ БЦА. ТКД. Консультация врача-кардиолога, врача-психотерапевта, врача-психиатра.

1.3. Лечение: длительный прием антиагрегантов: ацетилсалициловая кислота 50-150 мг/сут внутрь. При ее непереносимости – дипиридамол** 25 мг 4 раза в сутки внутрь (10-20 дней). Пентоксифиллин внутрь 100 мг 3 раза в сутки (1-2 месяца).

По согласованию с терапевтом – у лиц с артериальной гипертензией – длительная *антигипертензивная терапия*. Коррекция *гиперхолестеринемии*.

У родильниц с кардиоэмболическим ИМ, стенозом магистральных артерий г/м >70%, тромбозом венозных синусов: *антикоагулянты непрямого действия* при возможности контроля МНО: фениндион* 30-60 мг/сут в 2-3 приема внутрь, поддерживая ПТИ на уровне 40-60%; варфарин (в городских больницах, имеющих консультные отделения, либо по назначению областного, республиканского центра) 2,5-5 мг/сут внутрь (целевой уровень МНО – 2,0-3,0). В первые три дня приема варфарина следует воздержаться от кормления грудью.

Нейропротекторы: депротеинизированный гемодериват крови молочных телят 200 мг по 1 драже 3 раза в сутки 4-12 недель; глицин 100 мг по 2 таблетки сублингвально 3-5 раз в сутки (30-45 дней).

У родильниц по показаниям: *транквилизаторы, антидепрессанты:* хлорпротиксен* 5 мг по 1-2 таблетки 2-3 раза в сутки внутрь; амитриптилин* 12,5-25 мг 2-3 раза в сутки внутрь.

При вестибулярном синдроме: у родильниц – бетагистина гидрохлорид** 16 мг 3 раза в сутки или 24 мг 2 раза в сутки внутрь (4-6 недель).

При спастических парезах: у родильниц – баклофен* по 2,5-5 мг внутрь 4 раза в сутки, постепенно повышая дозу до 30-70 мг/сут. Толперизон (миокалм)* 50-150 мг внутрь 3 раза в сутки. При беременности и кормлении грудью препараты противопоказаны.

ФТ: массаж паретичных конечностей. Кинезотерапия. Занятия с логопедом. У родильниц дополнительно: магнитотерапия на воротниковую зону № 6-8, электрофорез эуфиллина, сернокислой магнезии на воротниковую зону № 6-8, парафиново-озокеритовые аппликации на пораженную конечность № 6-10.

Транзиторные ишемические атаки (G45)

1. Районная, городская межрайонная поликлиника: реабилитация после выписки из стационара.

1.1. Диагностика обязательная: общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: мочевины, креатинина, АлАТ, АсАТ, билирубина, глюкозы, холестерина, электролиты. Коагулограмма: АЧТВ, фибриноген, гематокрит, ПТИ/МНО. Контроль АД. Аускультация брахиоцефальных артерий. ЭКГ. Консультация окулиста (острота зрения, глазное дно, поля зрения), терапевта. Наблюдение акушера-гинеколога, невролога.

1.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): УЗИ БЦА. ТКД. ЭЭГ. Консультация врача-кардиолога.

1.3. Лечение: по согласованию с терапевтом – у лиц с артериальной гипертензией – длительная *антигипертензивная терапия.*

Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота* 50-150 мг/сут внутрь длительно. При ее непереносимости – дипиридамола 25 мг 4 раза в сутки внутрь (10-20 дней). Пентоксифиллин внутрь 100 мг 3 раза в сутки (1-2 месяца). У родильниц с частыми ТИА, обусловленными кардиоэмболией, стенозом магистральных артерий г/м > 70%: *антикоагулянты непрямого действия* при возможности контроля МНО (ПТИ): фениндион* 30-60 мг/сут в 2-3 приема внутрь, поддерживая ПТИ на уровне 40-60%; варфарин (в городских больницах, имеющих консультные отделения, либо по назначению областного, республиканского центра) 2,5-5 мг/сут внутрь (целевой уровень МНО – 2,0-3,0). В первые три дня приема варфарина следует воздержаться от кормления грудью.

Нейропротекторы: депротеинизированный гемодериват крови молочных телят 200 мг по 1 драже 3 раза в сутки (4-12 недель); глицин 100 мг по 2 таблетки сублингвально 3-5 раз в сутки (30-45 дней).

У родильниц *при вестибулярном синдроме:* бетагистина гидрохлорид** 16 мг 3 раза в сутки или 24 мг 2 раза в сутки внутрь (2-4 недели).

ФТ: НАГМТ № 10. У родильниц дополнительно – магнитотерапия на воротниковую зону № 6-8, электрофорез аминофиллина, сернокислой магнесии по Бургиньону № 6-8.

Другие транзиторные церебральные ишемические атаки и связанные с ними синдромы (G45.8). Гипертензивная энцефалопатия (I67.4)

1. Районная, городская межрайонная поликлиника: реабилитация после выписки из стационара.

1.1. Диагностика обязательная: общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: мочевины, креатинина, общий белок, АлАТ, АсАТ, билирубин, глюкоза, холестерин, электролиты. Коагулограмма: АЧТВ, фибриноген, гематокрит, ПТИ/МНО. ЭКГ. Контроль АД. Аускультация брахиоцефальных артерий. Консультация окулиста (глазное дно, острота зрения, поля зрения), терапевта. Наблюдение акушера-гинеколога, невролога.

1.2. Диагностика дополнительная (по показаниям): ЭЭГ. Консультация врача психиатра. Липидный спектр. УЗДГ, ТКД. Холтеровское мониторирование АД.

1.3. Лечение: по согласованию с терапевтом – длительная антигипертензивная терапия.

Нейропротекторы: депротеинизированный гемодериват крови молочных телят 200 мг по 1 драже 3 раза в сутки (4-12 недель); глицин 100 мг по 2 таблетки сублингвально 3-5 раз в сутки в течение 30-45 дней.

Антиагреганты по показаниям: ацетилсалициловая кислота* 50-150 мг/сут внутрь длительно. Дипиридамол 25 мг 4 раза в сутки внутрь (10-20 дней). Пентоксифиллин внутрь 100 мг 3 раза в сутки (1-2 месяца).

У родильниц: *при вестибулярном синдроме:* бетагистина гидрохлорид** 16 мг 3 раза в сутки или 24 мг/сут 2 раза в сутки внутрь (2-4 недели).

ФТ: НАГМТ № 5-10. У родильниц: магнитотерапия на воротниковую зону № 6-10, электрофорез аминофиллина, сернокислой магнесии по Бургиньону № 6-8.

Примечание:

* На время приема препарата кормление грудью следует отменить.

** Препарат с осторожностью используется при кормлении грудью.