

Геморрагический инсульт

Исполнитель:
Кудрявцева Е.С.
ОЛД-402

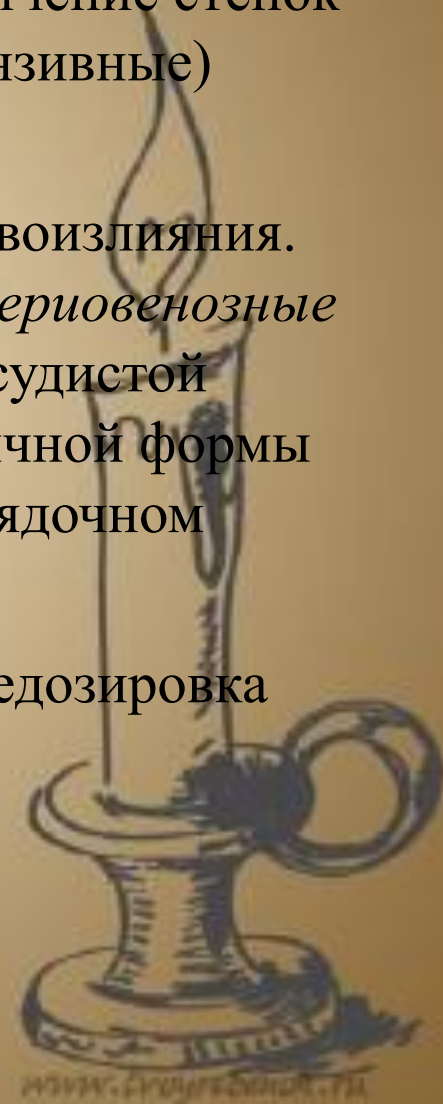
Определение

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ - это инфаркт мозга, который характеризуется излитием крови из сосудов головного мозга в вещество головного мозга, подбололочные пространства и желудочки, что приводит к нарушению кровоснабжения тканей мозга, отеку головного мозга.



ЭТИОЛОГИЯ

- Гипертоническая болезнь + микроангиопатия (истончение стенок сосудов), симптоматичкая АГ – первичные (гипертензивные) кровоизлияния;
- Разрыв сосудистых мальформаций – вторичные кровоизлияния. Является причиной 1 из 10 случаев; *Артериовенозные мальформации* – врожденные аномалии развития сосудистой системы головного мозга, представляют собой различной формы и величины клубки, которые образуются при беспорядочном переплетении патологических сосудов;
- Нарушение свертываемости крови (гемофилии, передозировка тромболитиков).



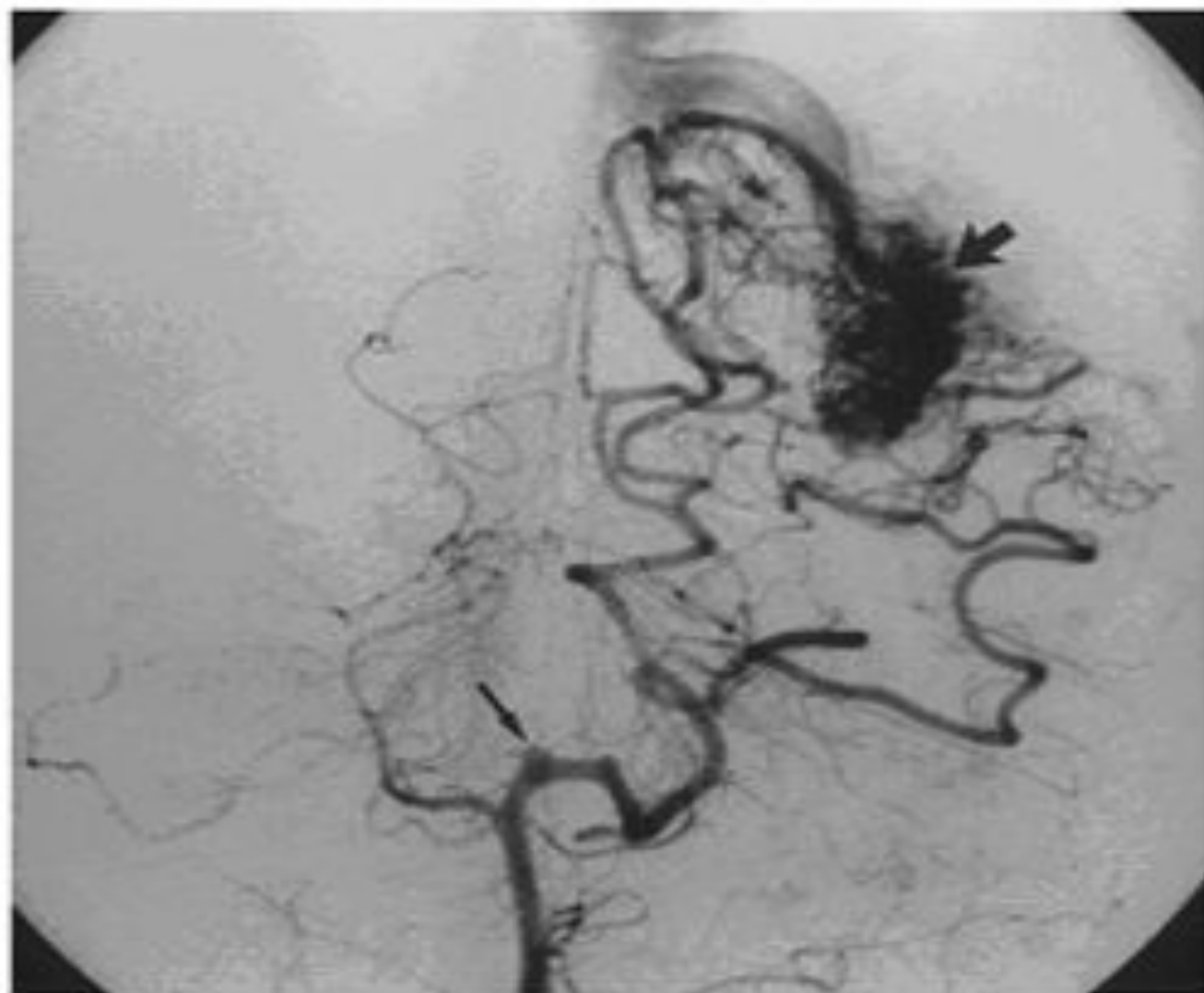


Рис. 3. Артерио-венозная мальформация и мешотчатая аневризма в бассейне левой задней мозговой артерии.

Патогенез

I. Образование гематомы

АГ+истончение стенки сосуда
Аневризма
Васкулиты+деструкция стенки сосуда



↑ АД

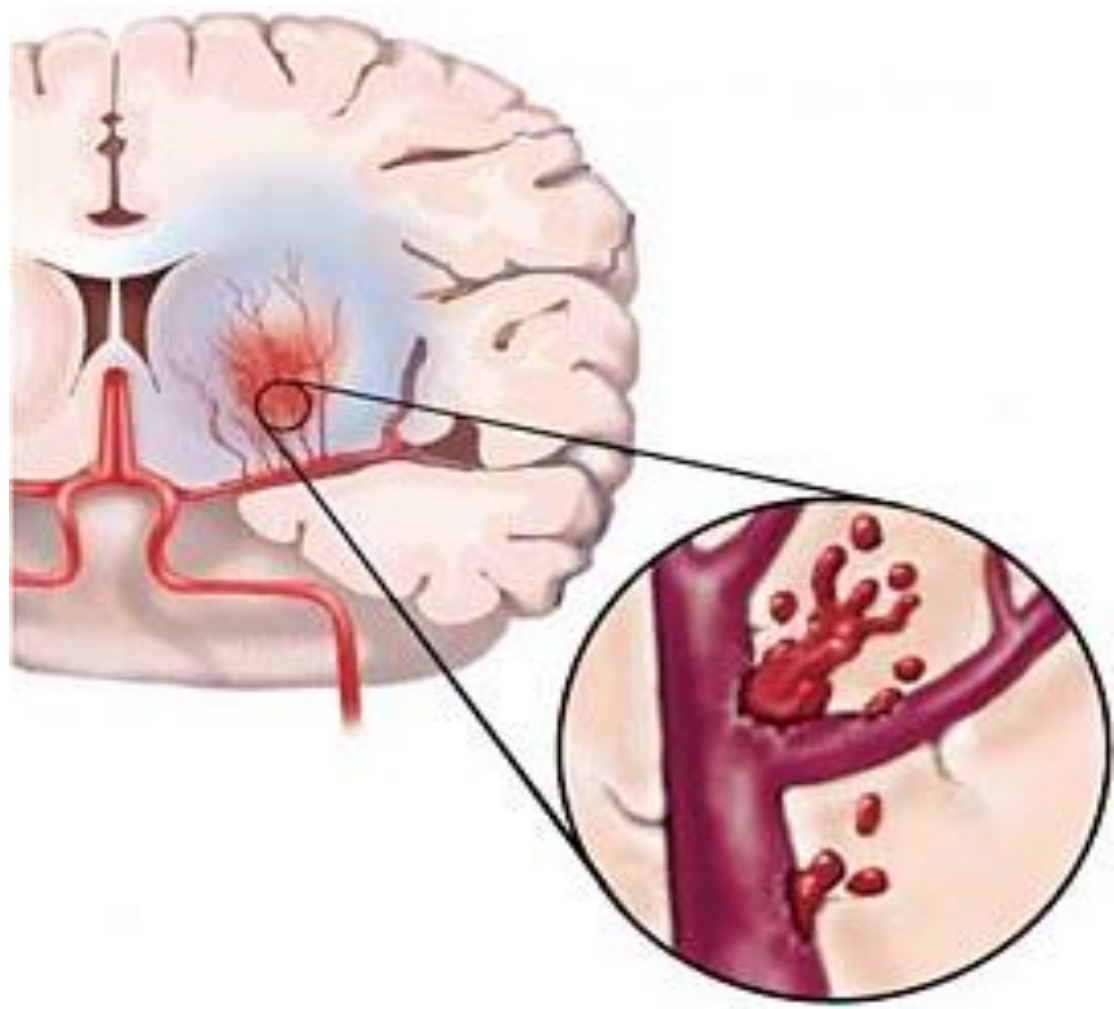


Разрыв сосуда



Гематома





Патогенез

II. Геморрагическое пропитывание

Повышение проницаемости сосудистой стенки вследствие диапедезного кровотечения.

Диапедезное кровотечение – это следствие вазомоторных нарушений, длительного спазма сосуда, приводящего к замедлению в нем кровотока, и последующей его дилатации.



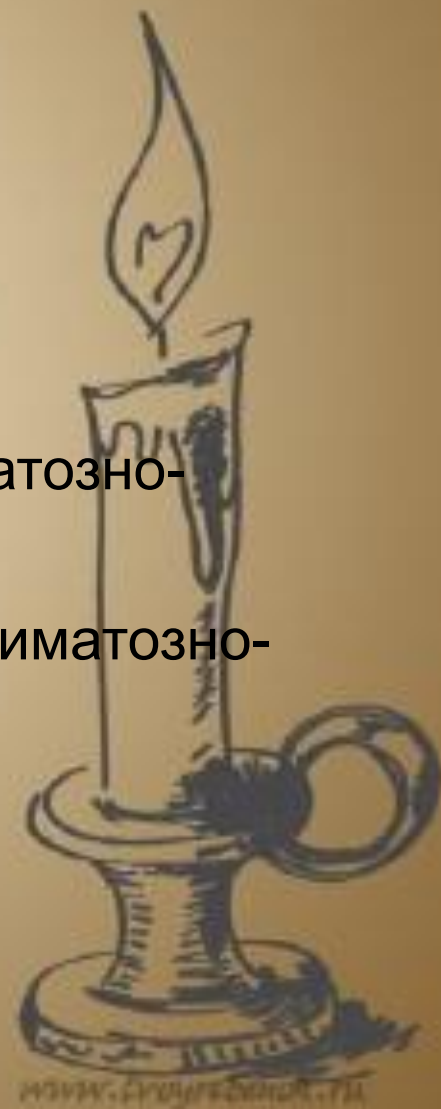
Выпотевание плазмы и
форменных элементов

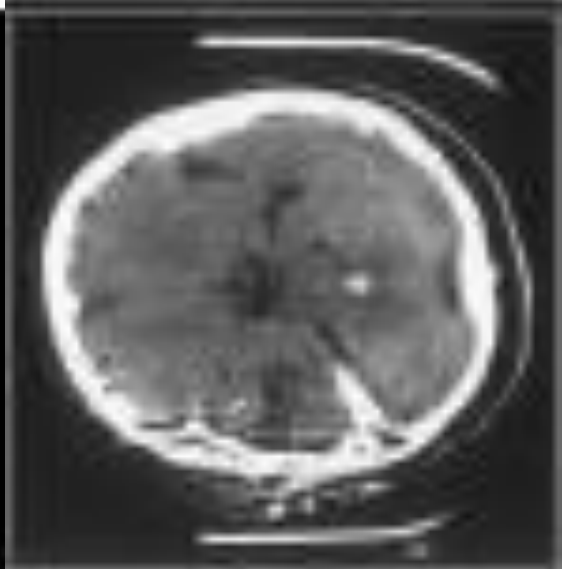
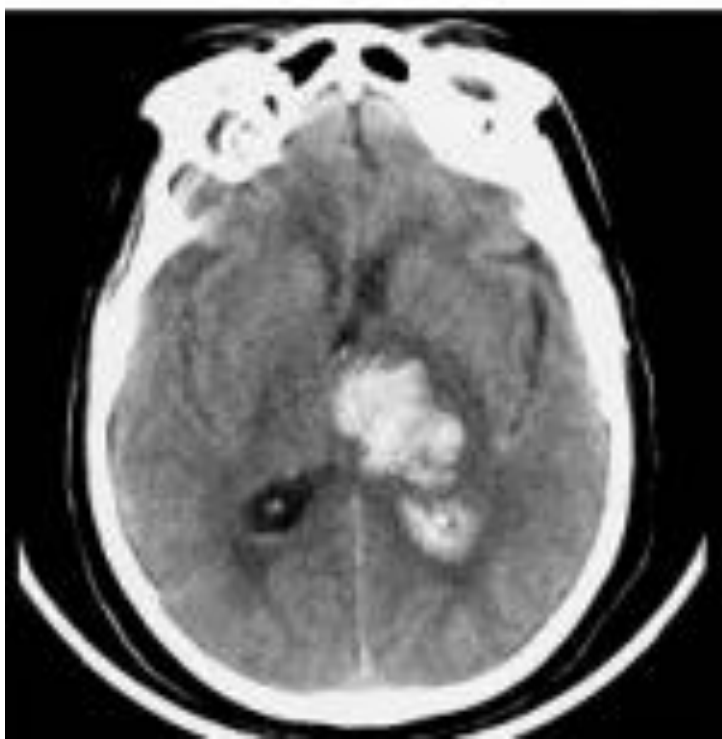
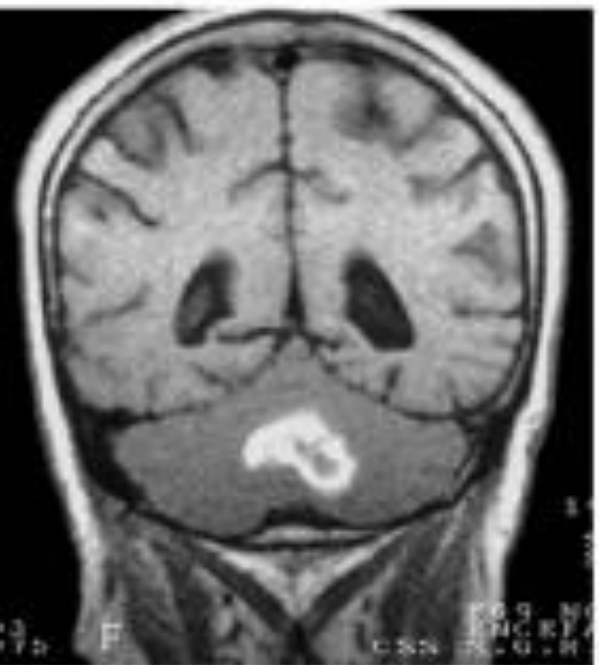
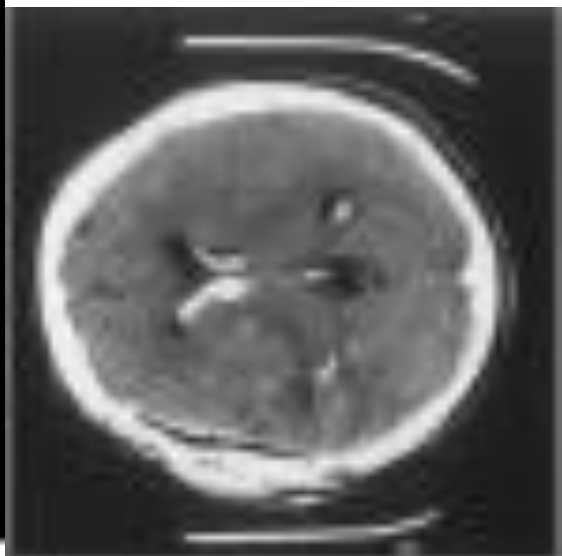
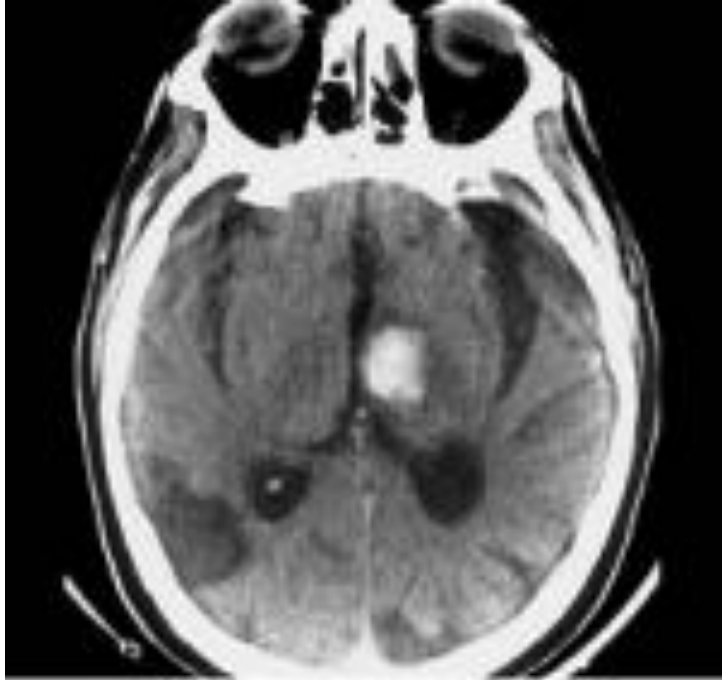


Патоморфология

Очаги кровоизлияния могут быть:

- В области капсулы и подкорковых узлов;
- В области ствола мозга;
- В области мозжечка;
- Прорыв крови в желудочки мозга (паренхиматозно-внутрижелудочковые кровоизлияния);
- В субарахноидальное пространство (паренхиматозно-субарахноидальное кровоизлияние).





Патоморфология

Основные очаги кровоизлияния – бассейн средней мозговой артерии в области внутренней капсулы и подкорковых узлов.

По локализации различают три вида подкорково-капсулярной гемморрагии:

- 1) медиальный — с расположением очага кровоизлияния во внутренней капсуле и таламусе;
- 2) латеральный — с расположением его в скорлупе и оgrade;
- 3) смешанный.



Клиника

I. Острый период

II. Восстановительный период
(до трех лет)

III. Резидуальный период



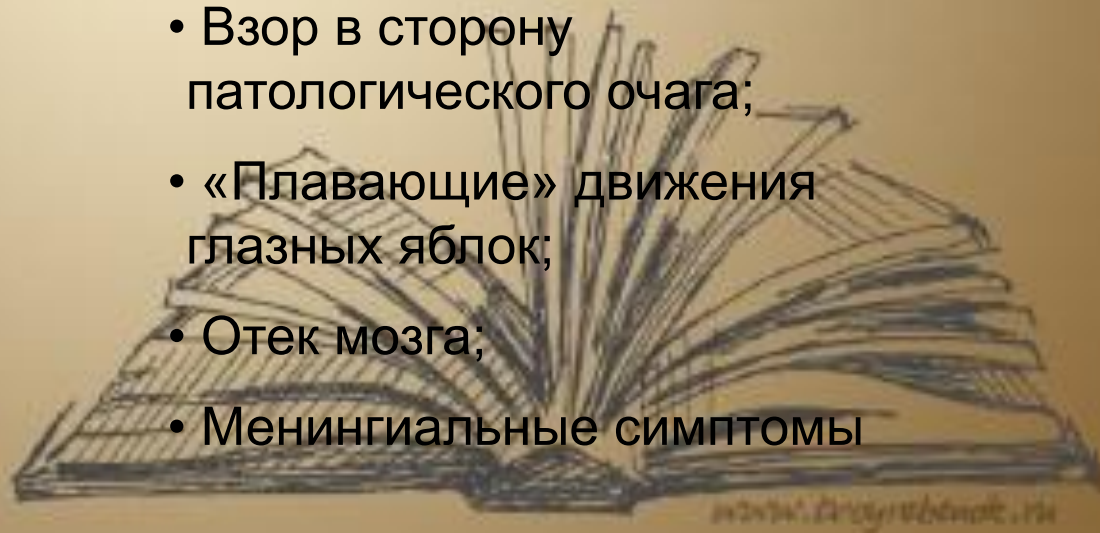
Клиника.

I период - острый.

Начало острое, при волнении, физической нагрузке, эмоциональной нагрузке.

Предшествует: «приливы» к лицу, интенсивная головная боль.

- Головная боль;
- Рвота;
- Увеличение ЧДД;
- Бради- или тахикардия;
- Гемиплегия;
- Гемипарез;
- Нарушение сознания;
- Пульс напряженный, замедленный;
- Повышение АД;
- Взор в сторону патологического очага;
- «Плавающие» движения глазных яблок;
- Отек мозга;
- Менингеальные симптомы



Клиника.

I период - острый.

На противоположной стороне от очага:

- Атония верхнего века;
- Опущение угла рта;
- «Парусящая» щека;
- Выраженная гипотония мышц: рука – «плетью»;
- Снижение сухожильных и кожных рефлексов;
- Ротированная кнаружи стопа.



Клиника.

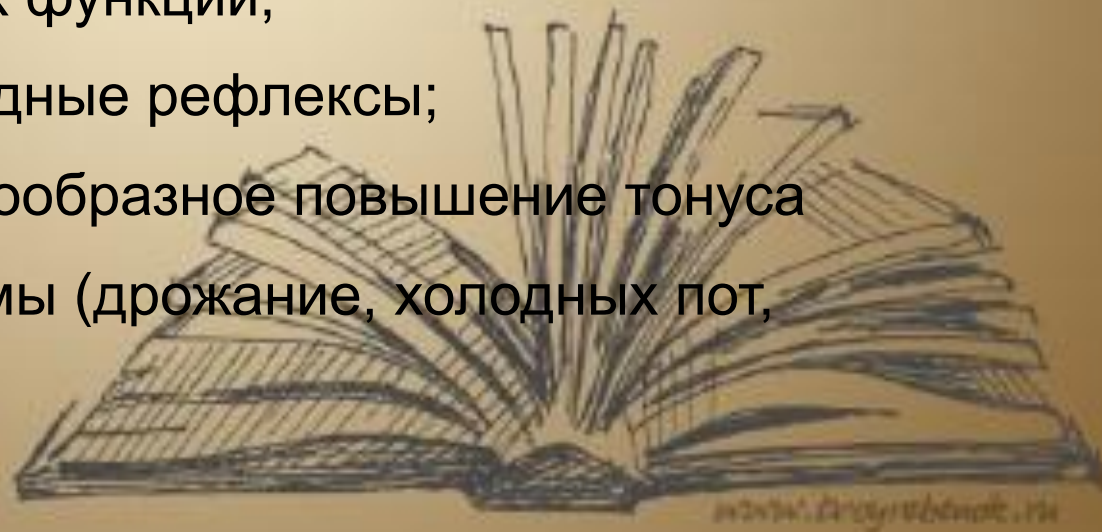
I период - острый.

При поражении ствола мозга:

- Нарушение витальных функций;
- Симптомы поражения ядер черепных нервов;
- Парезы конечностей

При паренхиматозно-вентрикулярной геморрагии:

- Нарушение витальных функций;
- Двусторонние пирамидные рефлекссы;
- Горметонии – приступообразное повышение тонуса
- Вегетативные симптомы (дрожание, холодных пот, гипертермия)



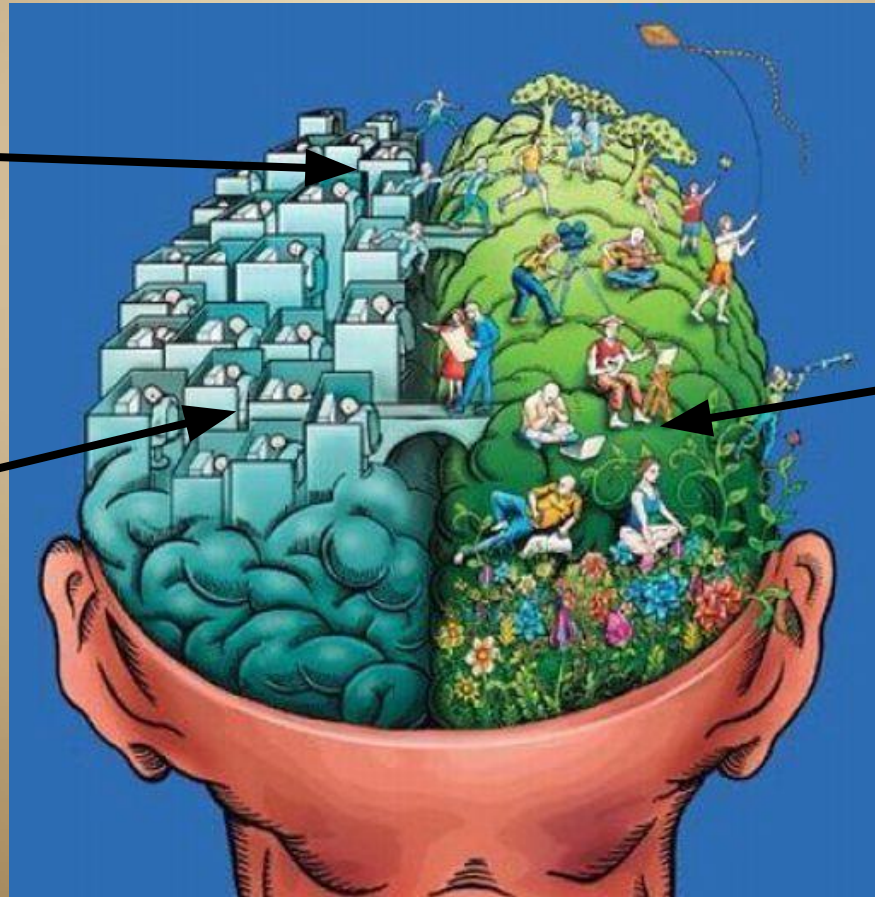
Клиника.

II период - восстановительный.

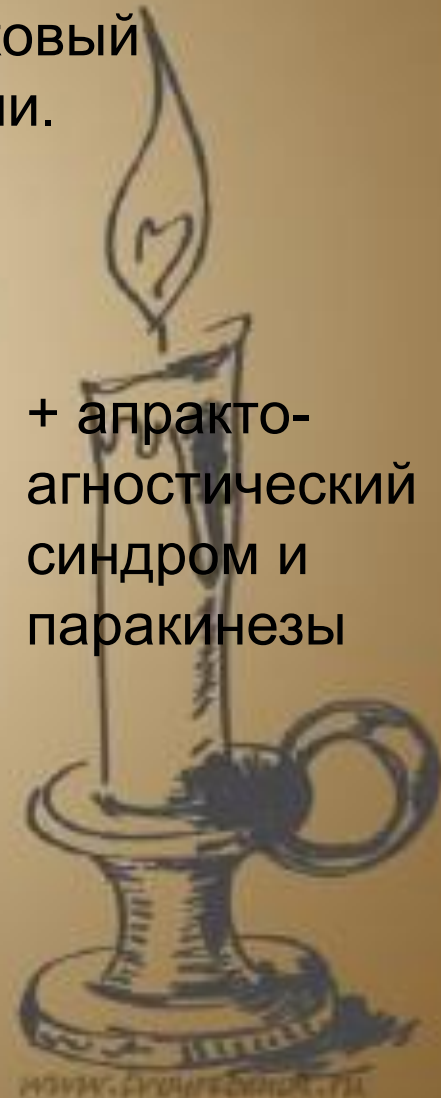
При поражении внутренней капсулы и подкорковые узлы: гемиплегия, гемианопсии, гемианестезии.

+ нарушение психики

+ афазия



+ апракто-агностический синдром и паракинезы

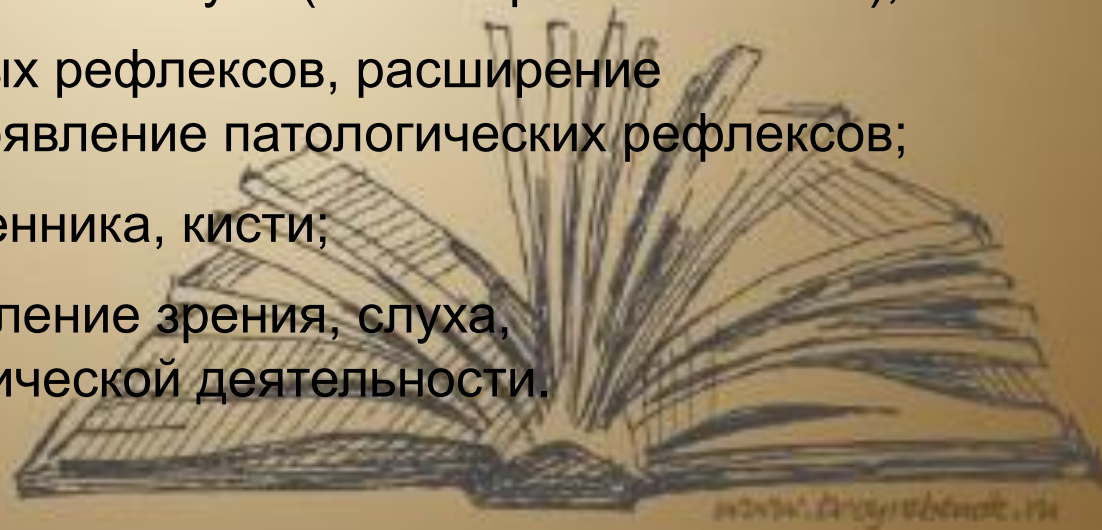


Клиника.

II период - восстановительный.

Максимально возможное уменьшение неврологического дефицита происходит в первый год.

1. Начинается с проксимальных отделов вначале нижних конечностей, затем верхних;
2. Гемиплегия → гемипарез;
3. Восстановление мышечного тонуса (поза Вернике—Манна);
4. Повышение сухожильных рефлексов, расширение рефлексогенных зон, появление патологических рефлексов;
5. Клонусы стопы, надколенника, кисти;
6. Постепенное восстановление зрения, слуха, чувствительности, психической деятельности.

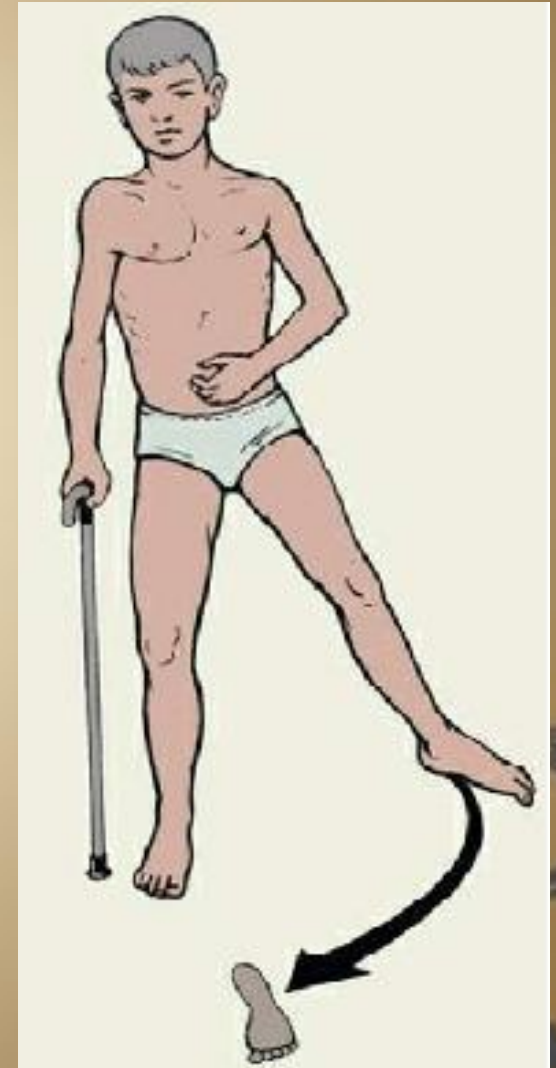


Клиника.

III период - резидуальный

Период остаточных явлений.

- Контрактуры: сгибательные – суставов верхней конечности, разгибательные – в суставах нижней конечности;
- Поза Вернике—Манна - в верхней конечности повышен тонус мышц-сгибателей, а в нижней — разгибателей



Субарахноидальные кровоизлияния

Основная причина: аневризмы сосудов основания мозга.

Клиника:

- Острая, мучительная головная боль – «удар в затылок», «распространение в голове горячей жидкости». Вначале ограниченная локализация (лоб, затылок), затем разлитая;
- Тошнота, рвота;
- Редко расстройства сознания;
- Нарушение психики: заторможенность или психомоторное возбуждение;
- Эпилептические припадки;
- Повышение температуры тела.



Субарахноидальные кровоизлияния

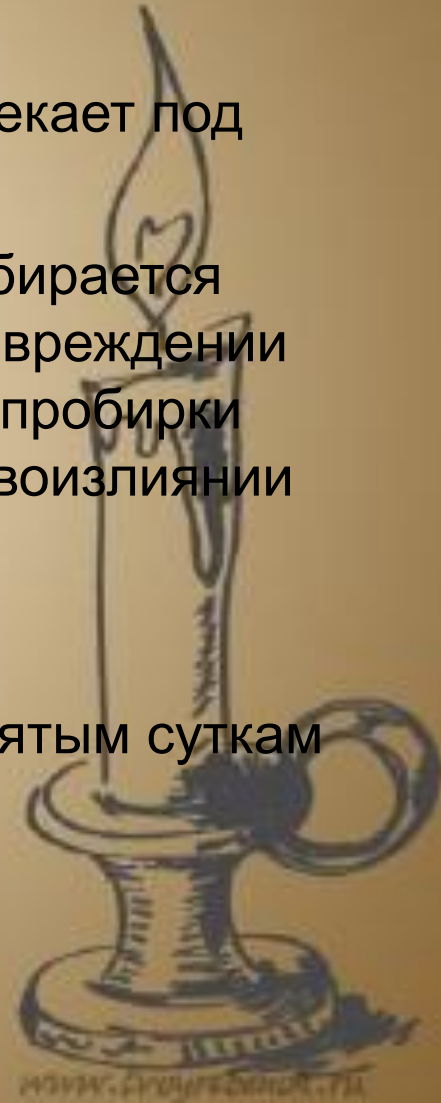
Диагностика: люмбальная пункция.

При субарахноидальном кровоизлиянии ЦСЖ вытекает под повышенным давлением, с кровью.

Необходимо исключить «путевую» кровь: ЦСЖ собирается небольшими порциями в разные пробирки. При повреждении эпидуральных вен – ЦСЖ в каждой последующей пробирке будет просветляться, при субарахноидальном кровоизлиянии она будет одинакова.

Определяется:

- нейтрофильный плеоцитоз – $400-800 \cdot 10^7$ л. (к пятым суткам сменяется на лимфоцитарный).
- эритроциты – $200-500 \cdot 10^7$ л.
- белок – 7-11 г/л.



Диагностика

1. Офтальмоскопия – кровоизлияние в сетчатку глаз, признаки гипертонической ретинопатии;
2. ЦСЖ – примеси крови, плеоцитоз;
3. Ангиография – смещение сосудов, бессосудистые зоны;
4. КТ и МРТ – повышение плотности ткани. Возможно определить точную локализацию и размер.



Лечение

«Терапевтическое окно» - 3 – 6 часов после начала заболевания.

Обязательная госпитализация.

Недифференцированно
е
лечение

Дифференцированное
лечение



Недифференцированное лечение

1. ССС. Контроль АД. Избегать резкого сужения, т. к. возможен синдром «обкрадывания».

- β -АБ (аналаприл, атенолол)
- Ингибиторы Са-каналов (нифедипин, амлодипин)
- Диуретики (фуросемид)

В/в под контролем АД.

При гипотонии: мезатон.



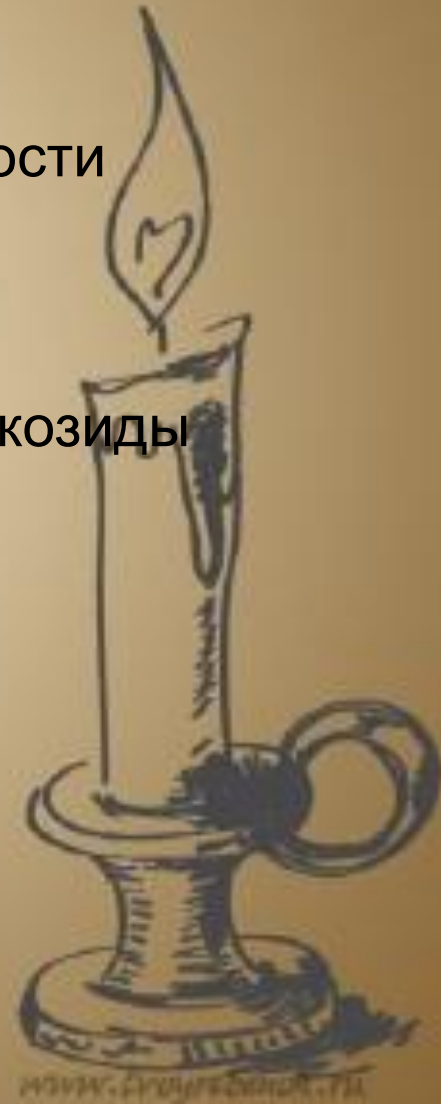
Недифференцированное лечение

2. Система дыхания. Обеспечение проходимости дыхательных путей.

Интубация, ИВЛ по показаниям.

При отеке легких: диуретики + сердечные гликозиды
(строфантин, коргликон)

А/б терапия при тяжелых случаях инсульта –
профилактика пневмонии.



Недифференцированное лечение

3. Поддержание гомеостаза.

- Солевые растворы (2-3 л. в сутки в 2-3 приема) – р-р Рингера, изотонический р-р NaCl, 5% р-р глюкозы

Контроль диуреза!

Нередко развивается ацидоз: 5% р-р бикарбоната Na под контролем КОС.

4. Отек ГМ. Кортикостероиды – дексаметазон, преднизолон.

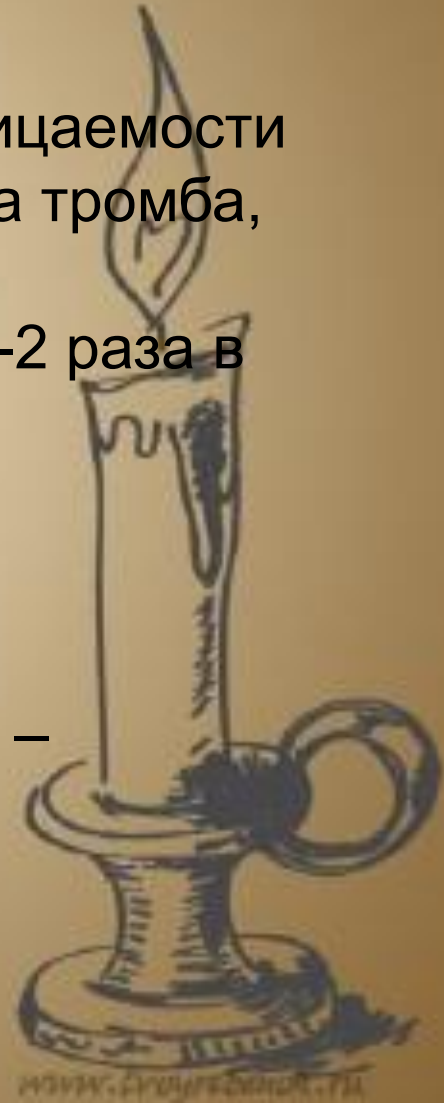


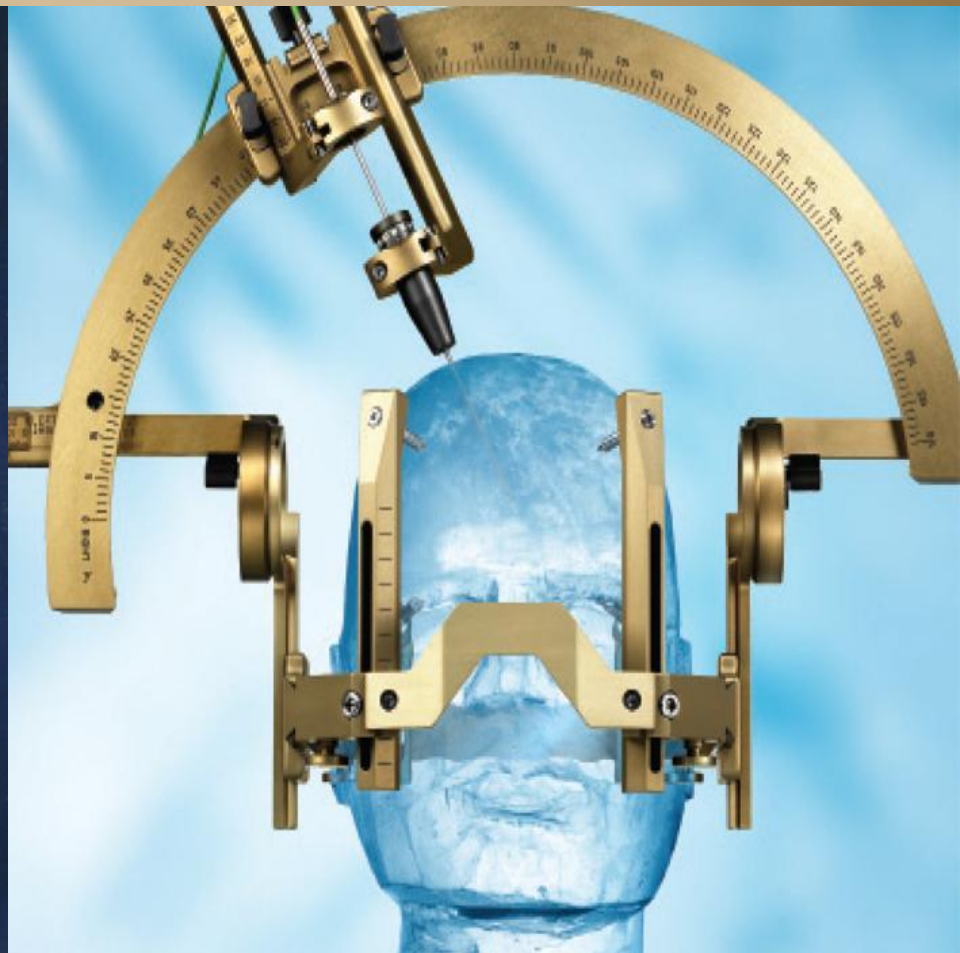
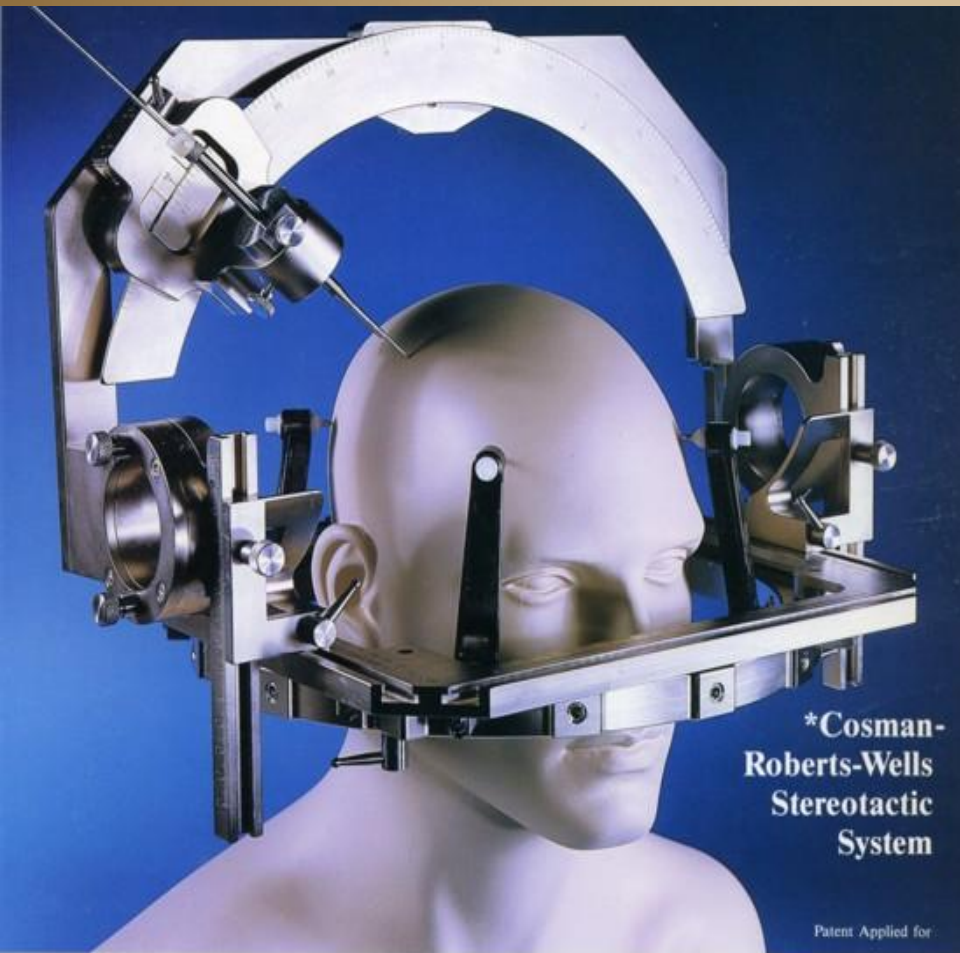
Дифференцированное лечение

1. Консервативное лечение. Снижение проницаемости сосудистой стенки, предупреждение лизиса тромба, активация тромбопластина – эpsilon-аминокапроновая кислота по 5%-100 мл. 1-2 раза в сутки в течение 3-5 дней.
2. Хирургическое лечение.

Основной метод – *краниотомия.*

При глубоких гематомах используют метод – *стереотаксической аспирации.*

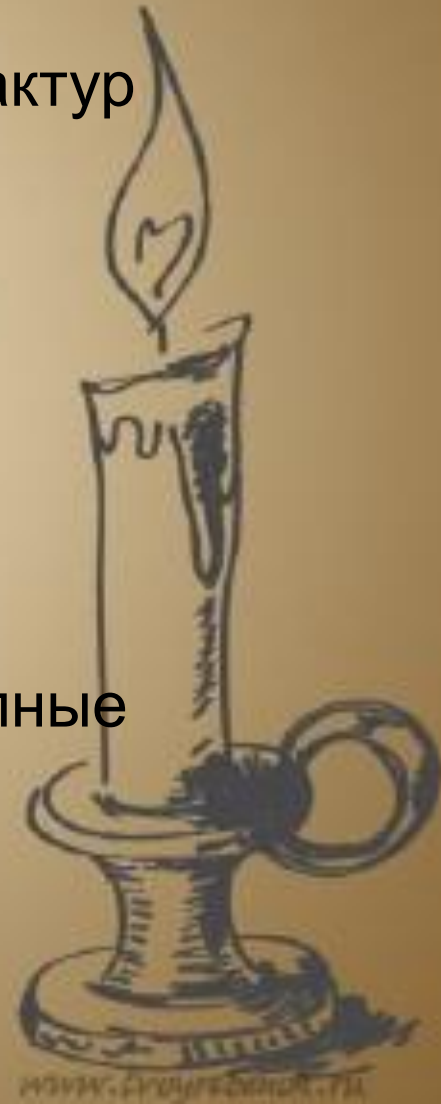






Реабилитация

1. Предупреждение формирования контрактур
2. ЛФК
3. Физиолечение – электростимуляция
4. Массаж
5. Занятия с логопедом
6. Препараты, нормализующие АД, свертывающие свойства крови, ноотропные средства.



Спасибо за
внимание!

