

# Геморрагический инсульт

Исполнитель:  
Кудрявцева Е.С.  
ОЛД-402

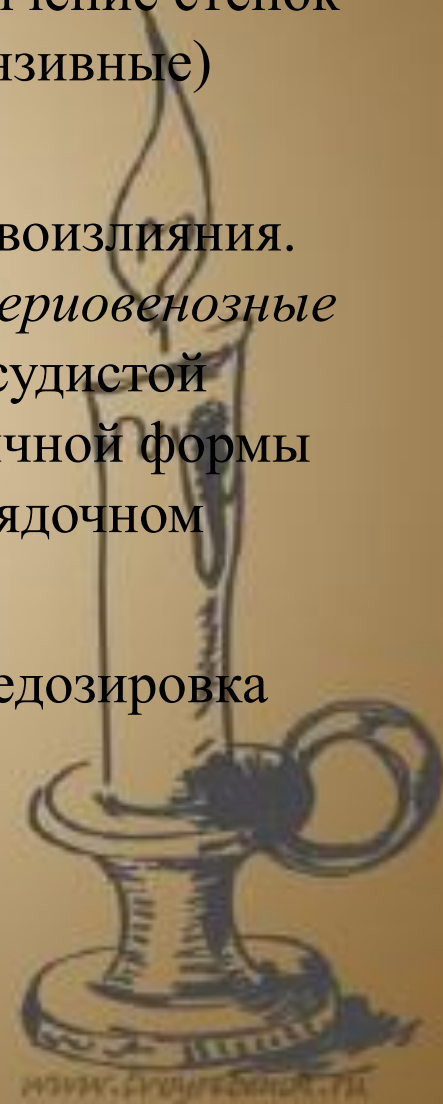
# Определение

**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.

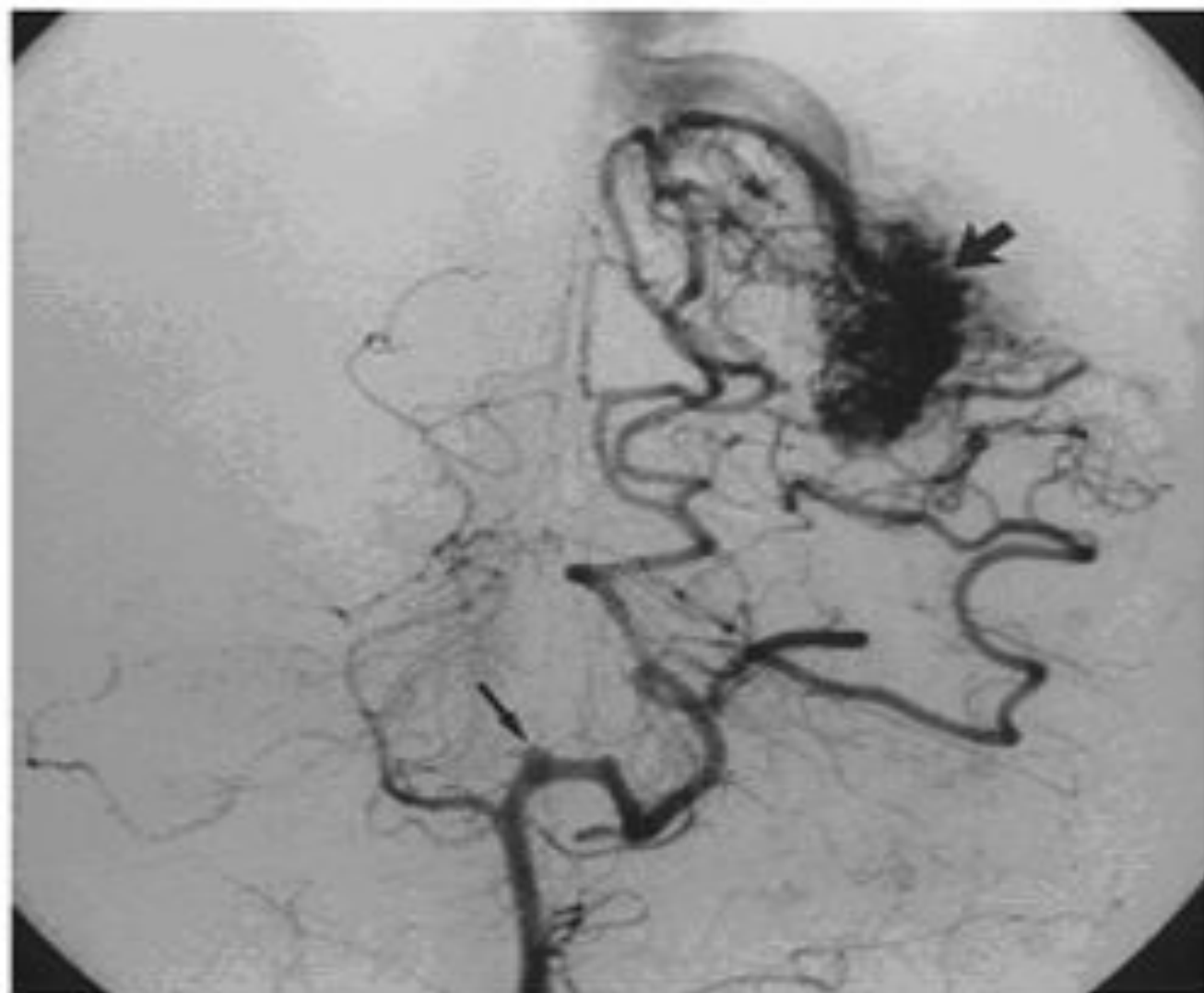


# ЭТИОЛОГИЯ

- 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

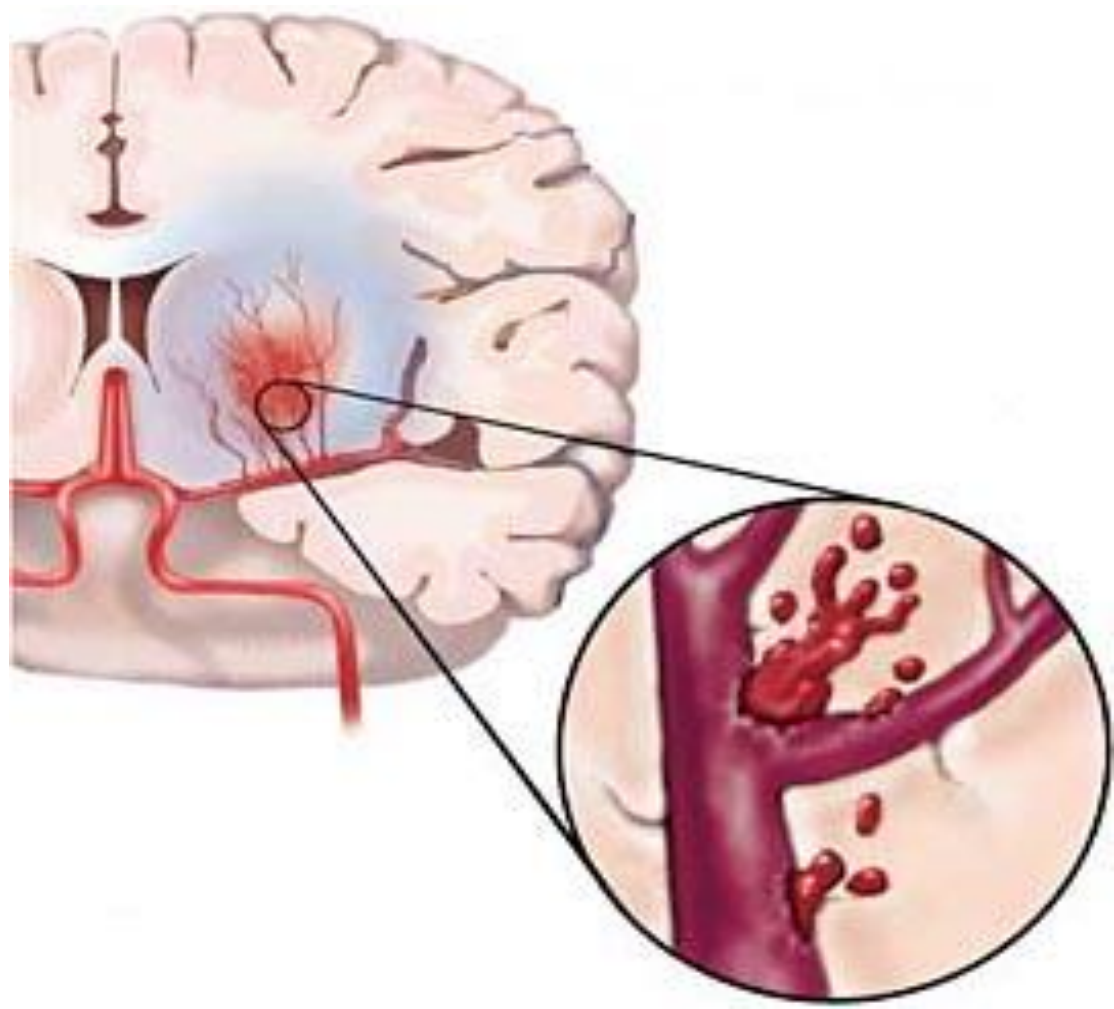


Разрыв сосуда



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

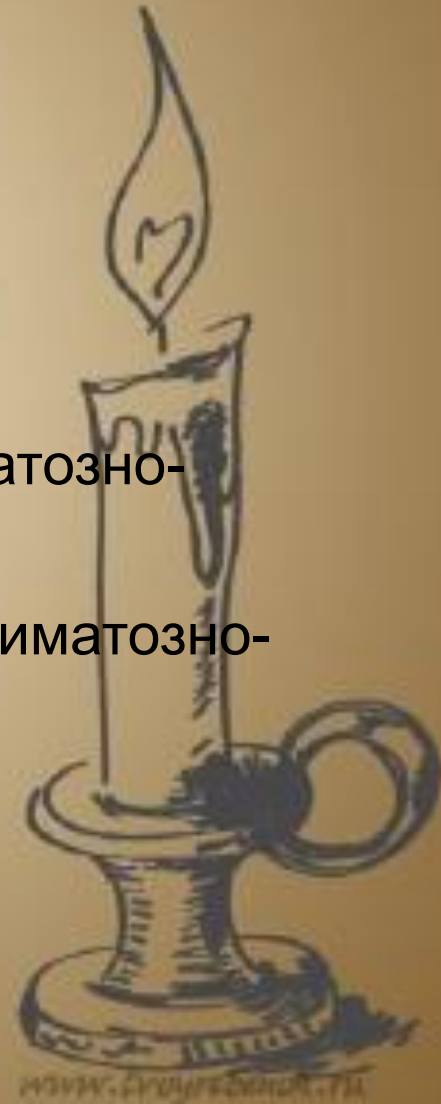


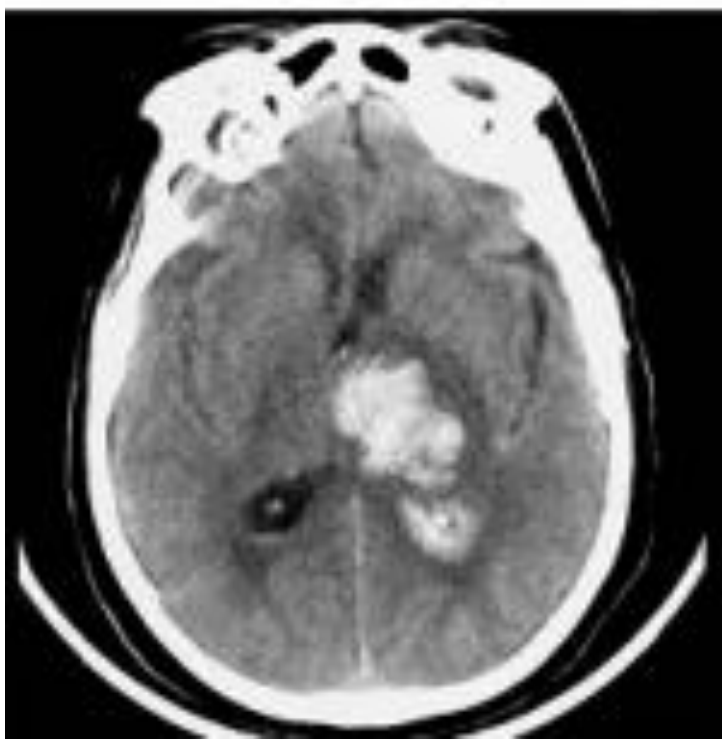
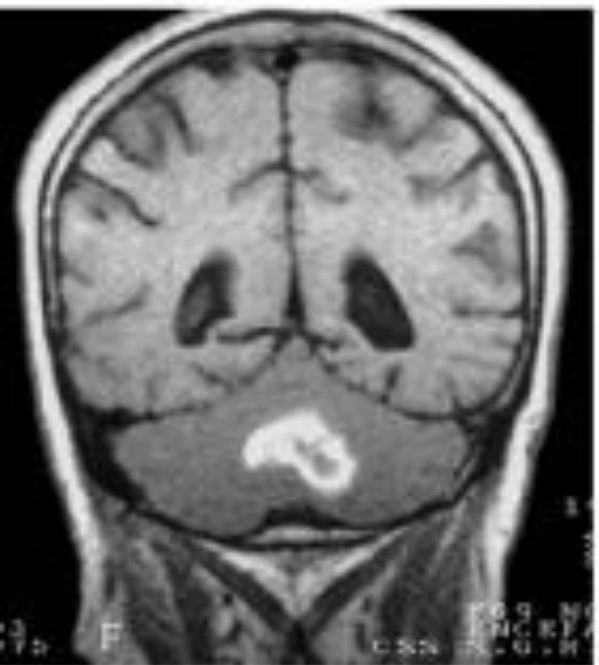
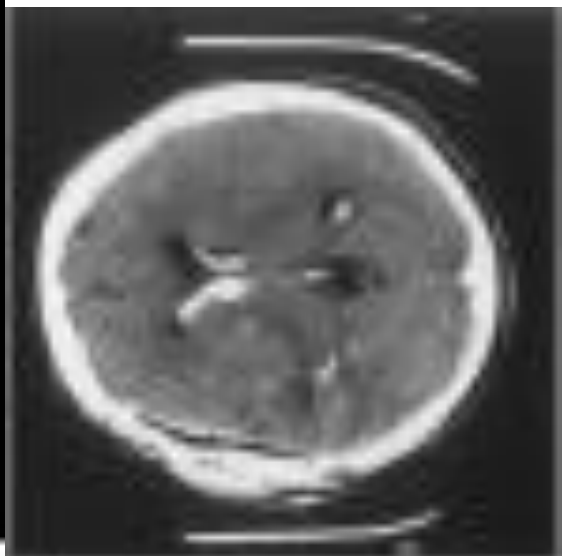
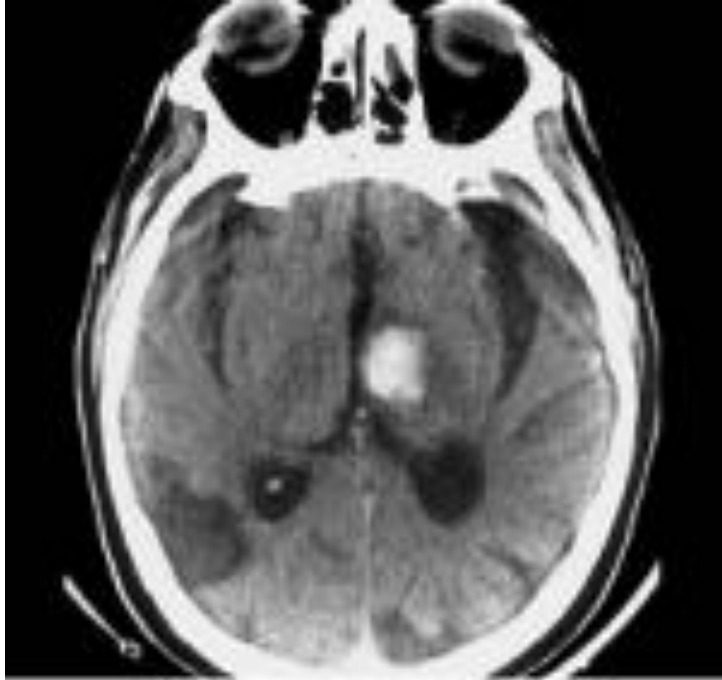


# Патоморфология

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





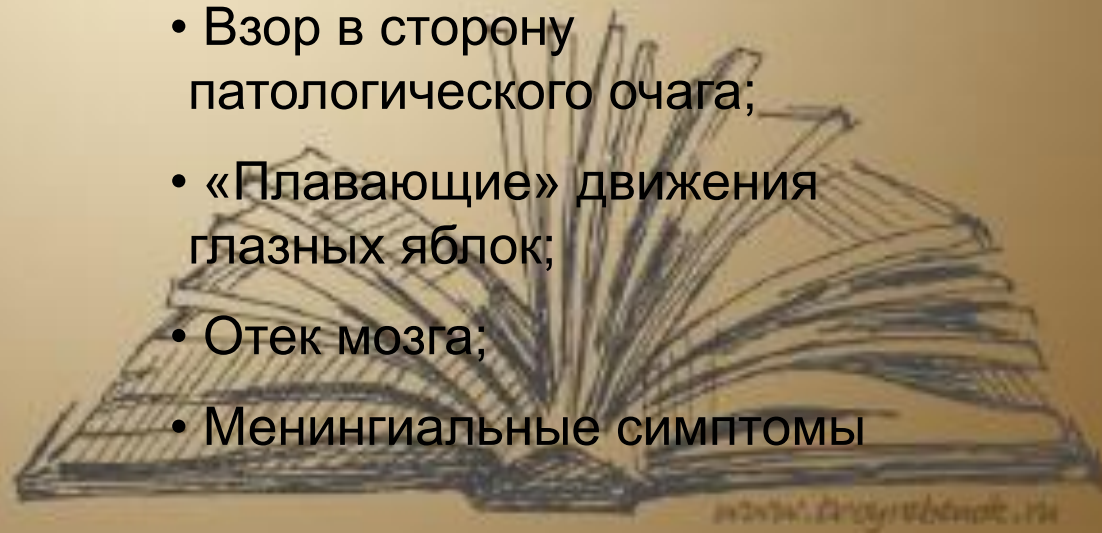
# Клиника.

## 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.

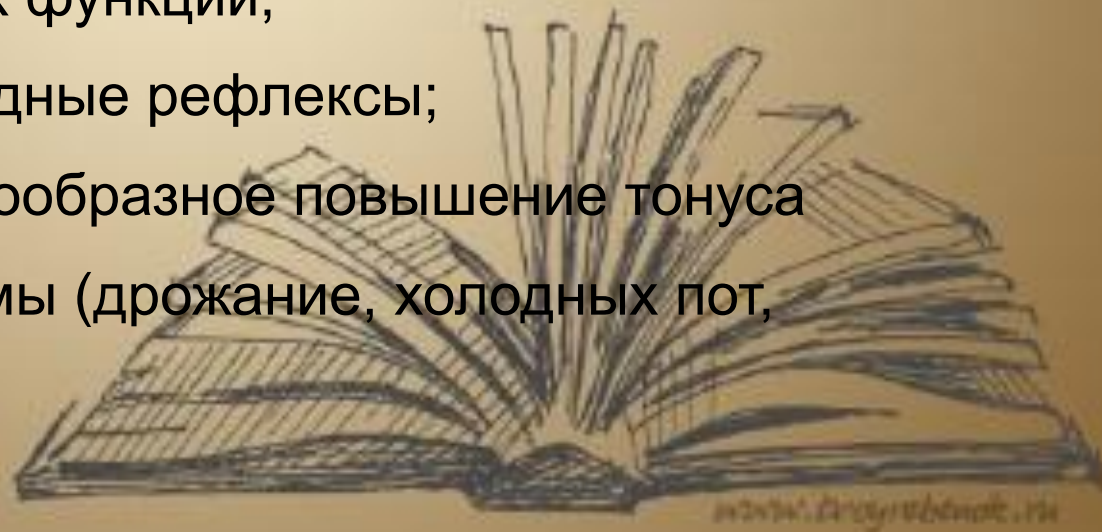
## I период - острый.

### 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)



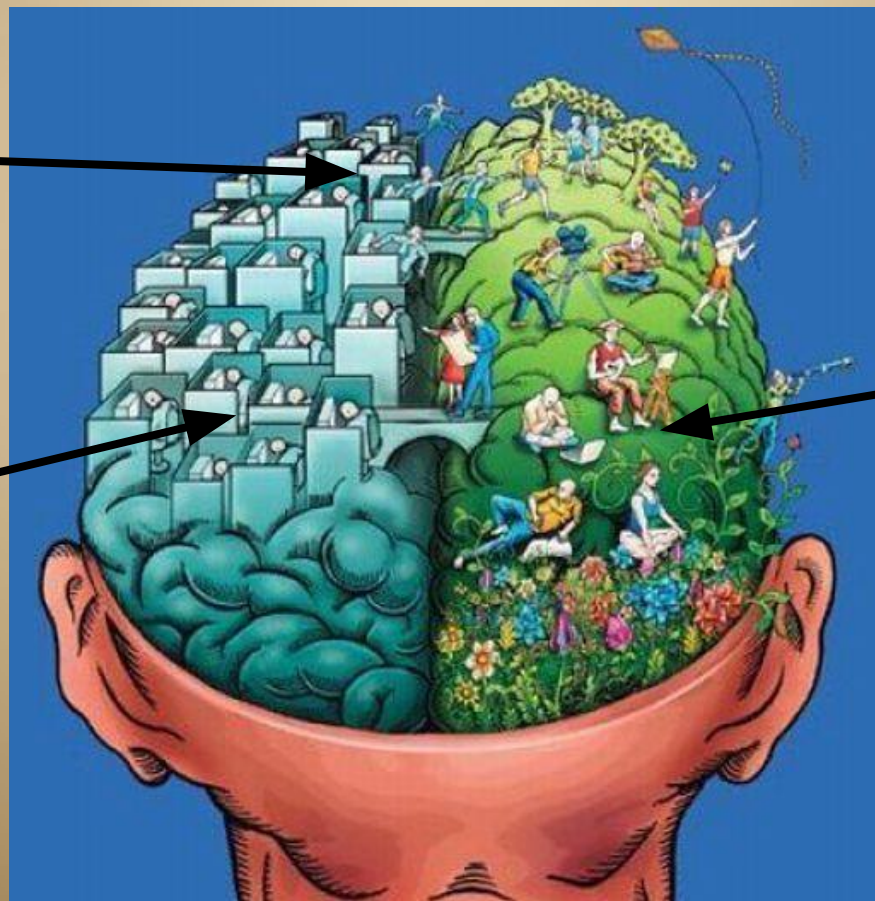
# Клиника.

## II период - восстановительный.

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

+ нарушение психики

+ афазия



+ апракто-агностический синдром и паракинезы



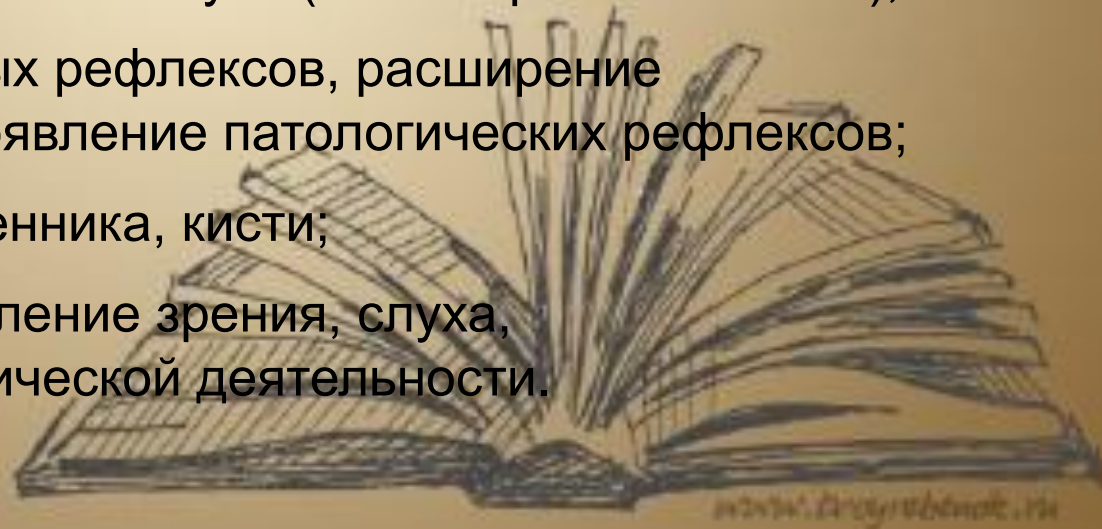


# Клиника.

## 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.

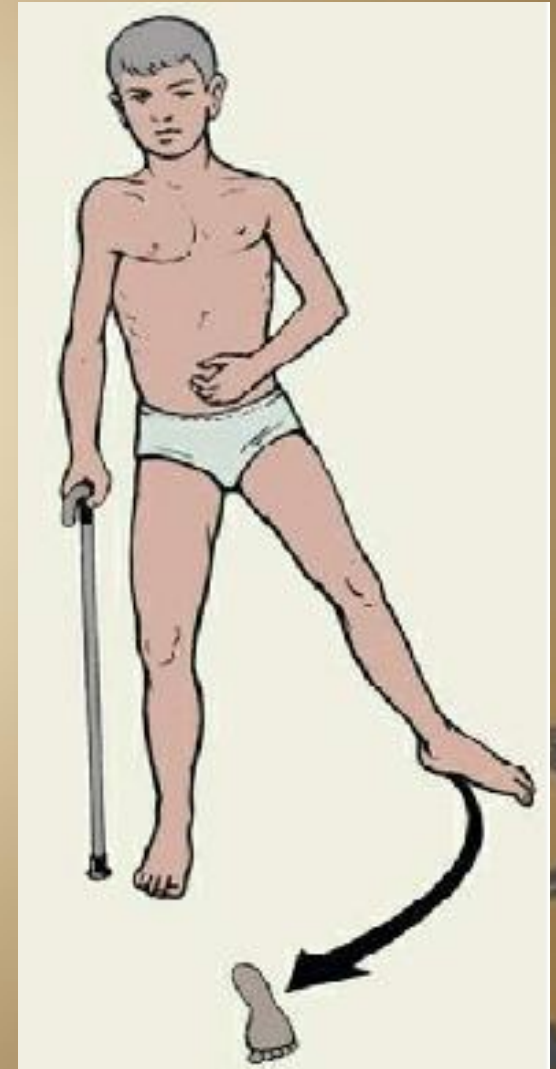


# Клиника.

## 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

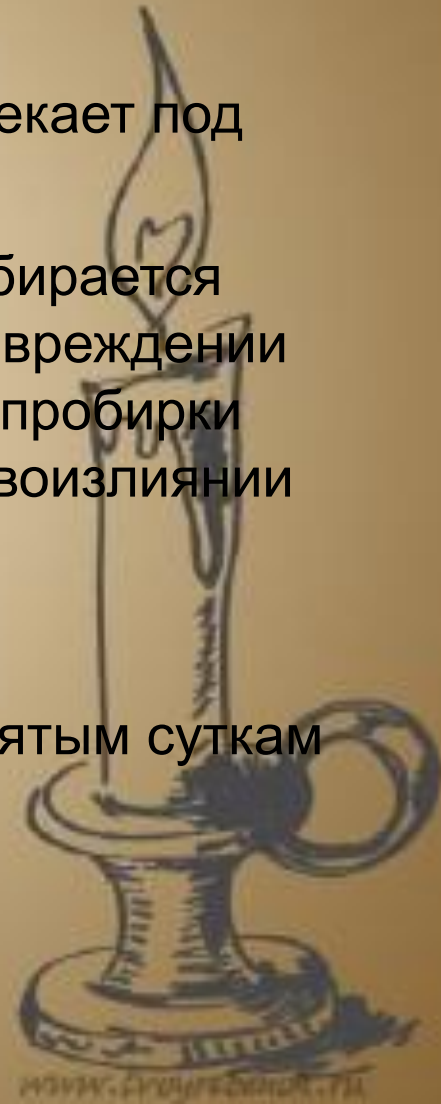
Диагностика: люмбальная пункция.

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.



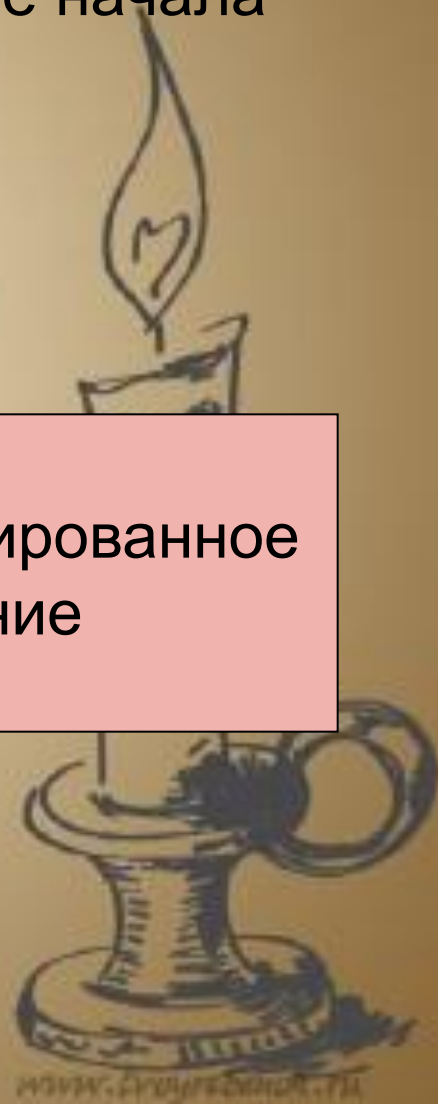
# Лечение

«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».

- $\beta$ -АБ (аналаприл, атенолол)
- Ингибиторы Са-каналов (нифедипин, амлодипин)
- Диуретики (фуросемид)

В/в под контролем АД.

При гипотонии: мезатон.



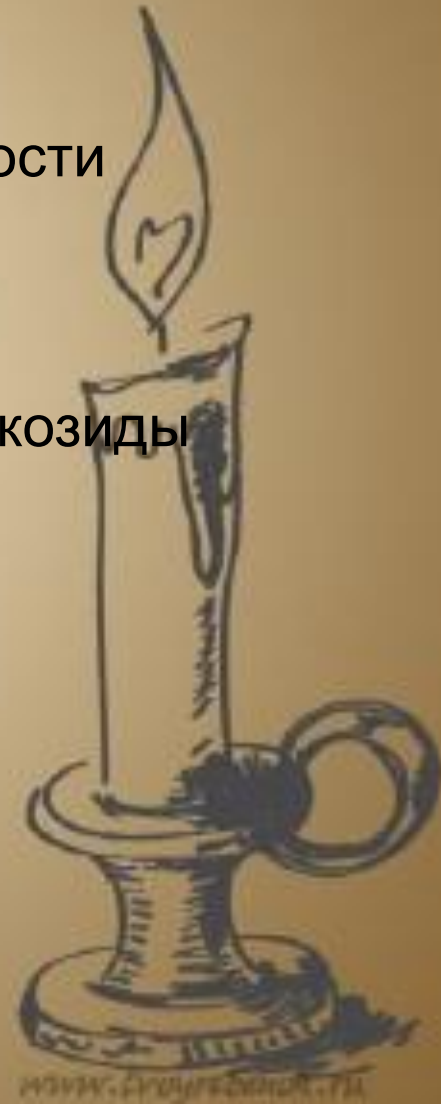
# Недифференцированное лечение

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.

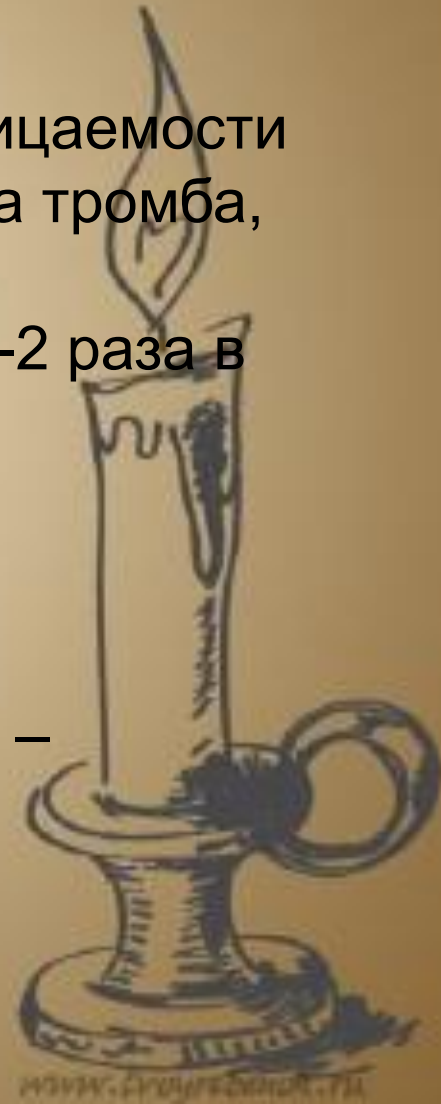


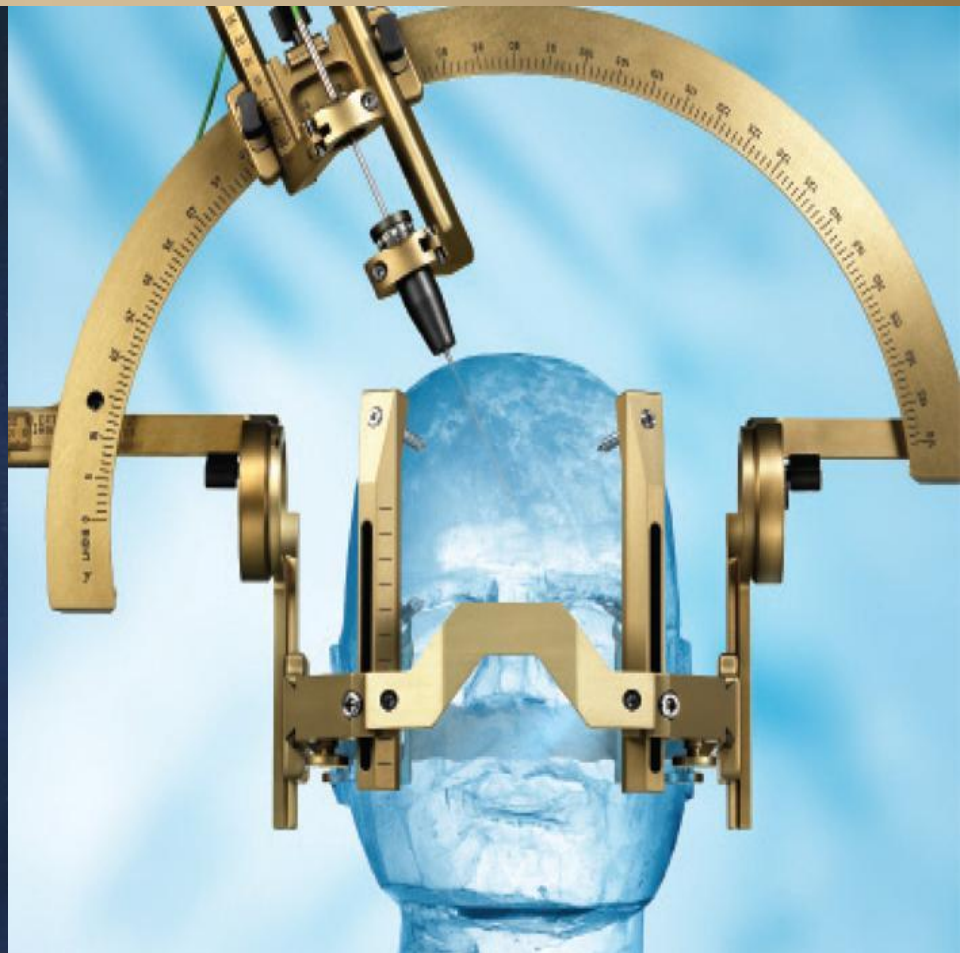
# Дифференцированное лечение

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.*





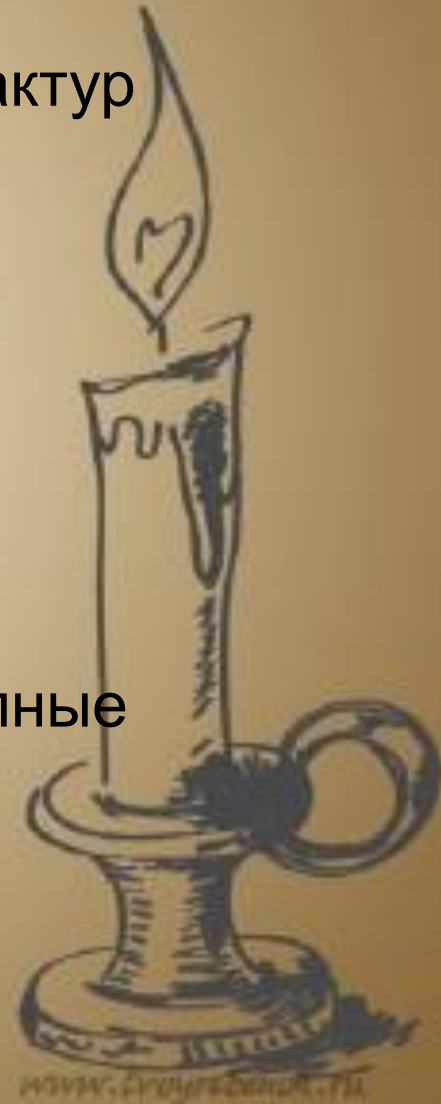






# Реабилитация

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!

