

# НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ.

Тимошников А.В.

Все внутричерепные  
кровоизлияния в соответствии  
с их локализацией подразделяются на 3 группы:

### 1. Внутримозговые (геморрагический инсульт)

- латеральные
- медиальные
- лобарные
- смешанные
- в мозжечке
- в стволе мозга

### 2. Оболочечные

- Субарахноидальные
- Субдуральные
- Эпидуральные

### 3. Внутрижелудочковые

КТ (МРТ) - единственные достоверные прижизненные способы диагностики ВГ

До 25% ВМК не сопровождаются наличием крови в СМЖ.

До 15% всех ЛП являются «травматичными».

Необходимо время для миграции крови в люмбальный сак.

Ксантохромия и выщелоченные эритроциты появляются в СМЖ не ранее 24 часов.

# КТ (МРТ) - единственные достоверные прижизненные способы диагностики ВГ

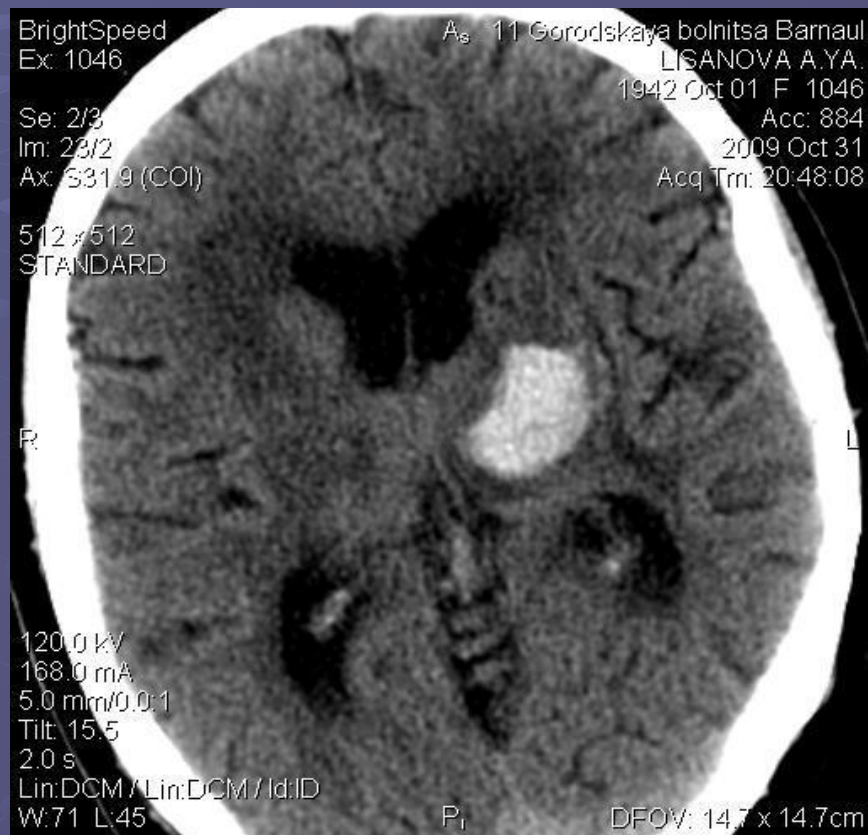
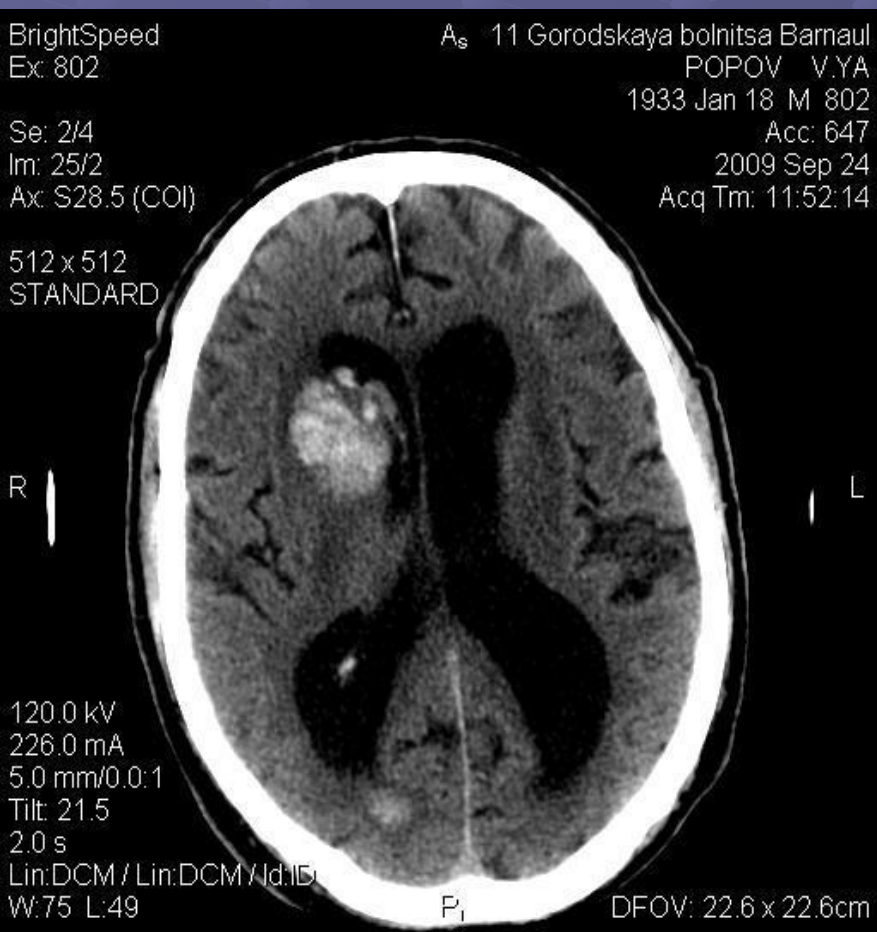
Данные ЭхоЭС могут быть ложноотрицательны при дислокации более 10 мм и ложноположительны при выраженной внутренней гидроцефалии.

Изменения глазного дна (кроме синдрома Terson) могут значительно запаздывать.

Данные ангиографии малоинформативны при медиальных и субтенториальных ВМК.

ЛП может спровоцировать нарастание дислокаций.

# Медиальные внутримозговые кровоизлияния



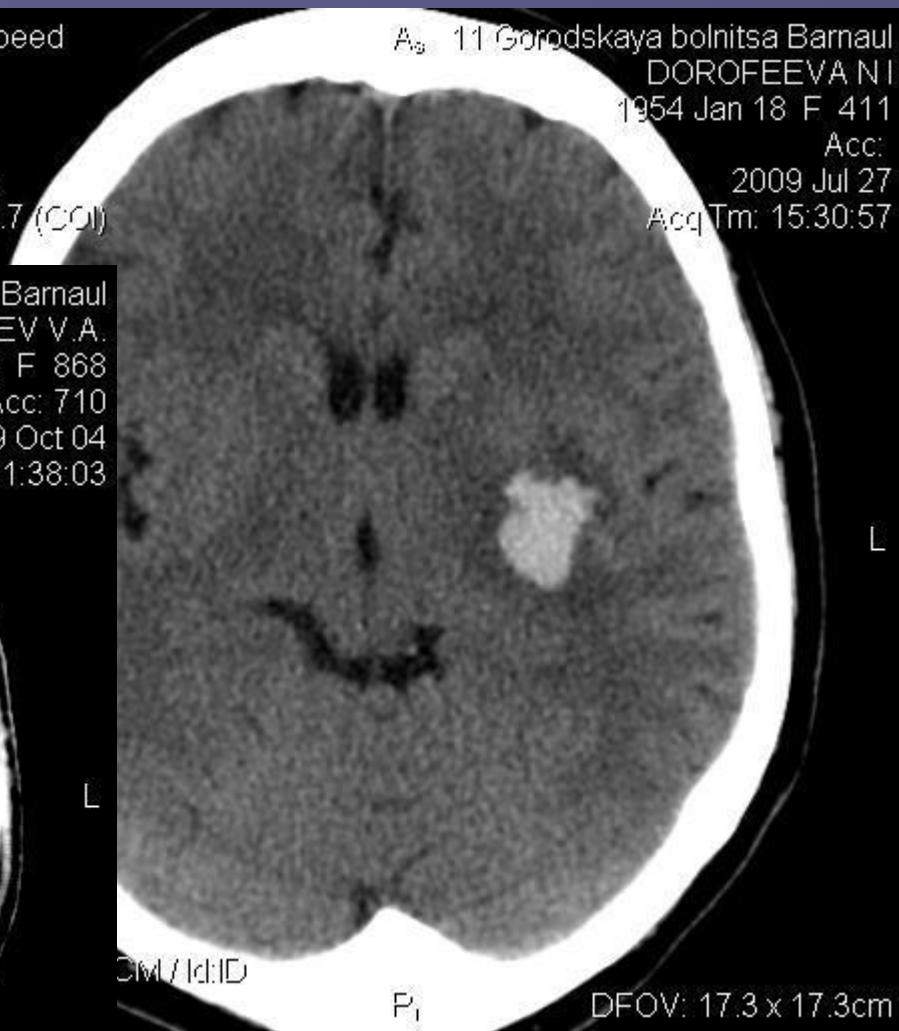


# Латеральные внутримозговые кровоизлияния

BrightSpeed  
Ex: 411

Se: 2/2  
Im: 20/2  
Ax: S36.7 (COI)

As: 11 Gorodskaya bolnitsa Barnaul  
DOROFEEVA NI  
1954 Jan 18 F 411  
Acc:  
2009 Jul 27  
AcqTm: 15:30:57



BrightSpeed  
Ex: 868

Se: 2/3  
Im: 21/2  
Ax: S43.1 (COI)

512 x 512  
STANDARD

R

120.0 kV  
189.0 mA  
5.0 mm/0.0:1  
Tilt: 21.0  
2.0 s  
Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID  
W:60 L:38

As: 11 Gorodskaya bolnitsa Barnaul  
VAKHRENEV V.A.  
1930 Mar 22 F 868  
Acc: 710  
2009 Oct 04  
AcqTm: 11:38:03



L

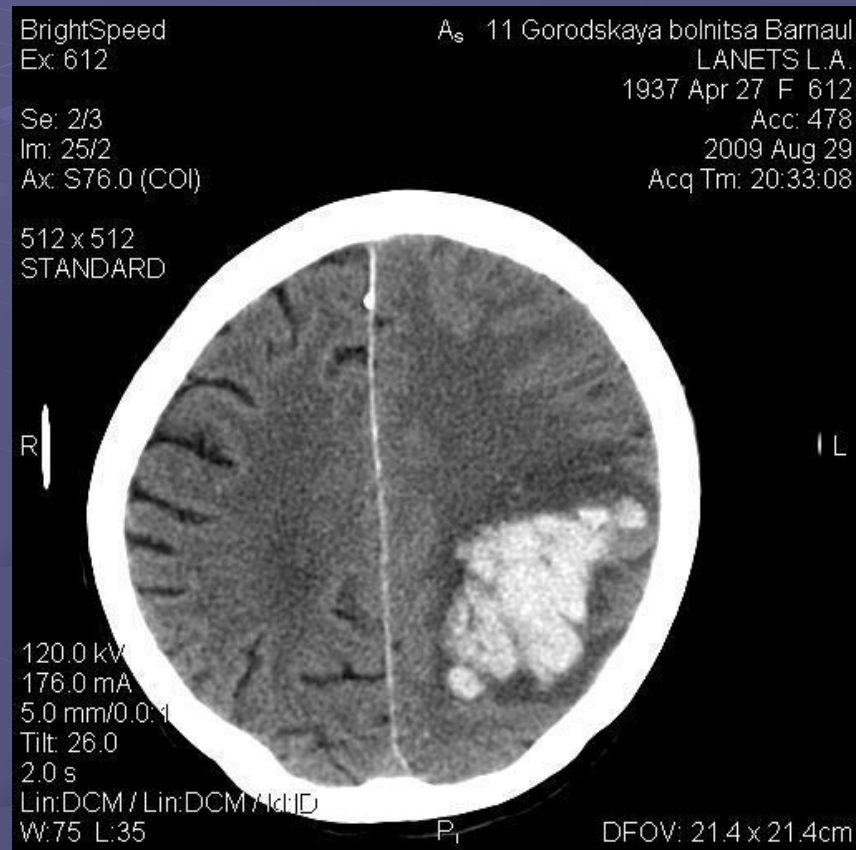
CM/Id:ID

P1

DFOV: 17.3 x 17.3cm

DFOV: 19.5 x 19.5cm

# Лобарные внутримозговые кровоизлияния

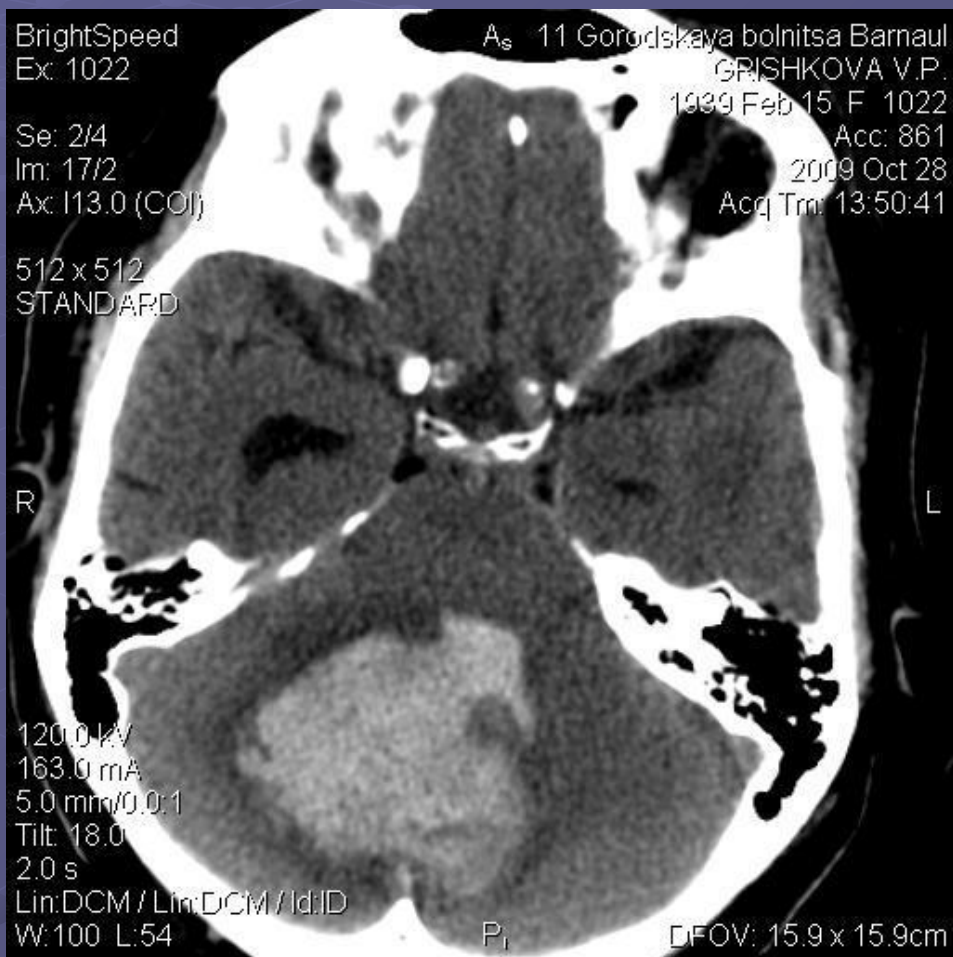


# Смешанные внутримозговые кровоизлияния

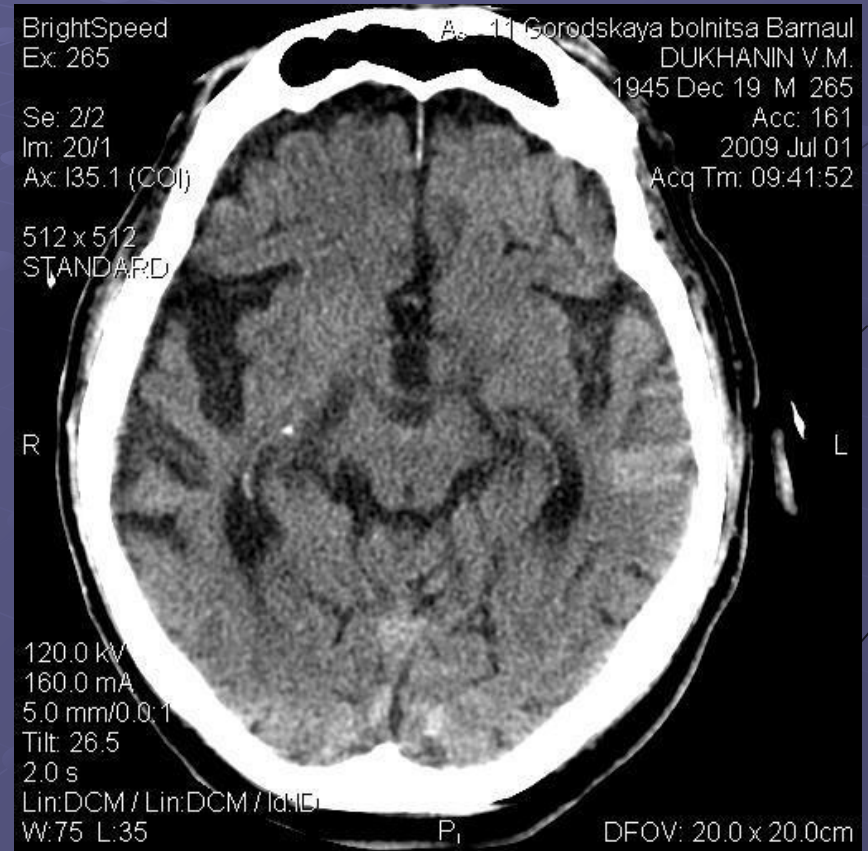
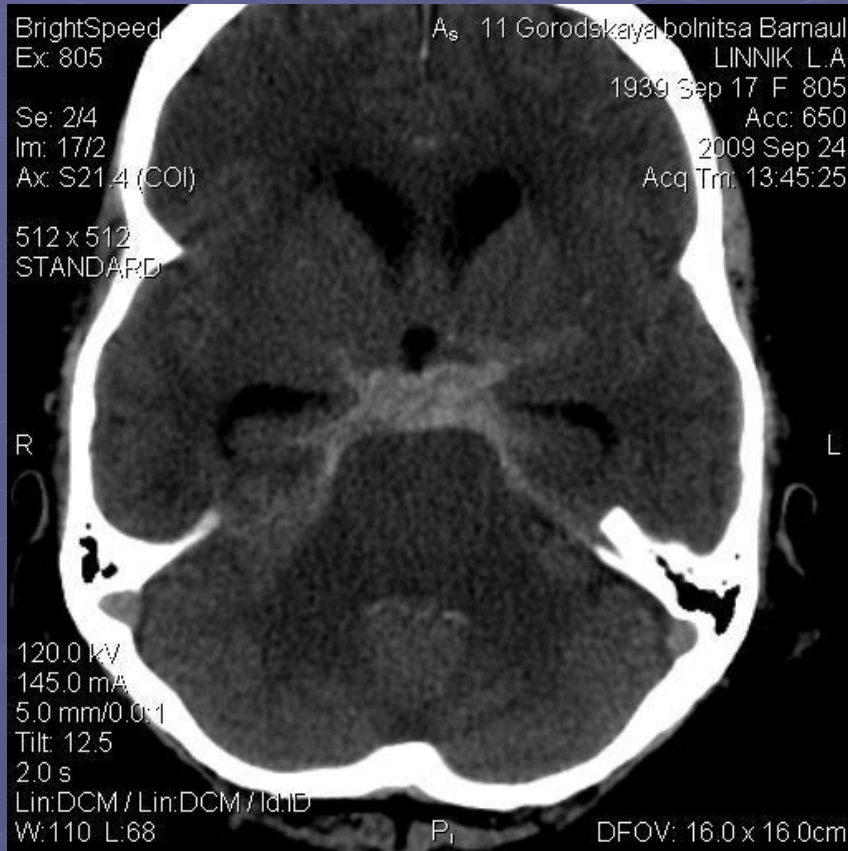




# Кровоизлияние в мозжечок



# Субарахноидальные кровоизлияния



# Внутрижелудочковые кровоизлияния





# ОСТРАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ

BrightSpeed  
Ex: 138

Se: 2/4  
Im: 14/1  
Ax: S33.8 (COI)

As 11 Gorodskaya bolnitsa Barnaul  
zakharova m.s.  
1932 Jan 20 F 138  
Acc: 49  
2009 Jun 02  
Acq Tm: 08:47:19

GE MEDICAL SYSTEMS  
LightSpeed VCT CT01  
Ex: 1141/174  
Se: 2  
Im: 32  
OM S2.23 0  
DFOV 20.1cm  
STNDM

AS

Kraevaya bolnitsa Barnaul  
MOROZOVA N.P.  
F59Y  
1141 P/POKOI  
Aug 13 2009  
03:58:05 PM  
512 X 512

Mag = 1.00  
FL:  
ROT:

2  
APD

R  
1  
0  
1



kV 140  
mA 164  
Noise Index: 3.8~  
Head  
2.500mm /8i 32 row  
Tilt: S15.0  
2s

PI

WW: 100WL: 40



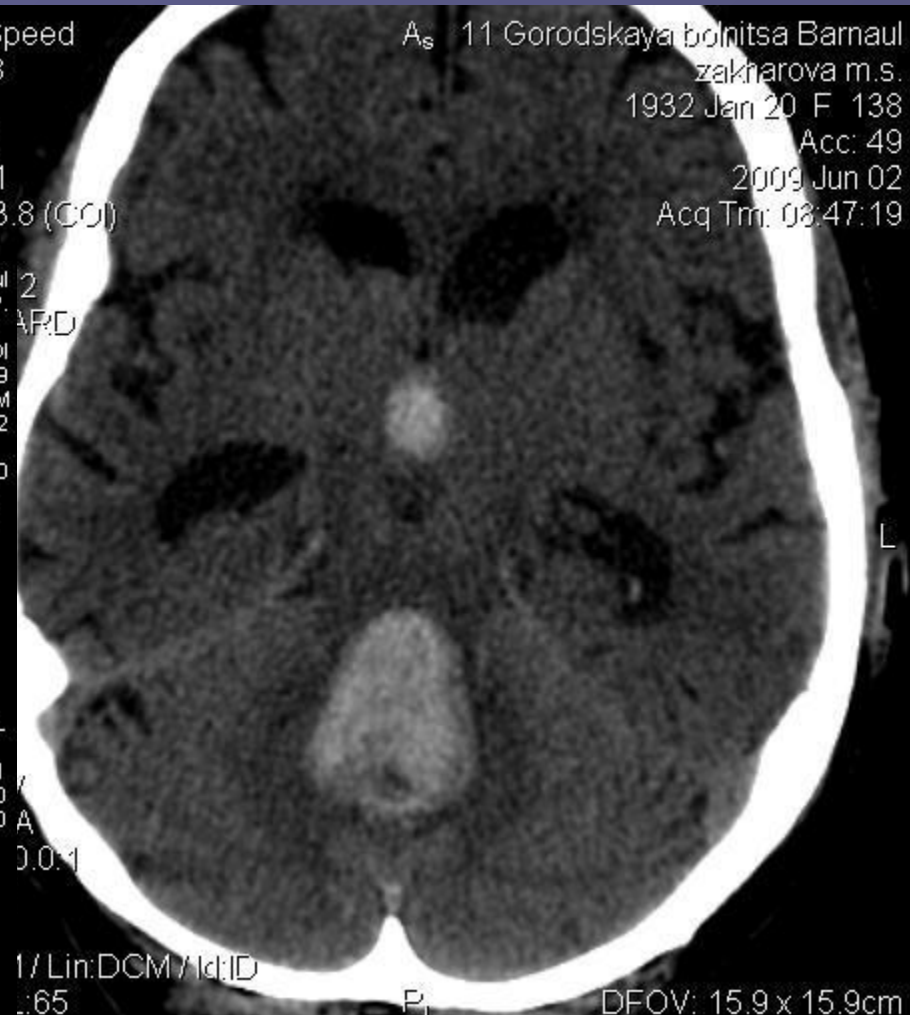
2  
APD

L  
1  
0  
0  
1

1/ Lin:DCM/Id:ID  
:65

Pi

DFOV: 15.9 x 15.9cm





# ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

## Этиологические факторы:

- отек
- гиперемия мозга
- внутричерепной объемный процесс
- гидроцефалия
- гиповентиляция с гиперкапнией
- системная артериальная гипертензия
- тромбоз венозного синуса
- высокий мышечный тонус, двигательное возбуждение и судорожные приступы.

# ПРИЧИНЫ ОТСРОЧЕННОГО ПОВЫШЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТ 3-Х ДО 10 СУТОК

- Обструктивная гидроцефалия, дислокационный синдром.
- Церебральный вазоспазм
- РДСВ
- Гипонатриемия
- Отек головного мозга

# КТ-признаки ВЧГ

- сдавление боковых желудочков
- сдавление базальных цистерн
- сглаженность борозд, извилин
- смещение срединных структур  
> 5 мм

# Показания к повторным КТ.

- Клинические признаки нарастания дислокационного синдрома, обструктивной гидроцефалии.
- Клинико-доплерографические данные за симптомный ангиоспазм при САК (появление и (или) усугубление очаговых симптомов + ЛСК более 120).



# Показания к ЛП.

- Подозрения на нейроинфекцию.
- «КТ негативные» больные при клинической картине САК.
- Ускорение санации СМЖ.

# Гипонатриемия

(нарушение сознания, рвота, головная боль, судороги)

СНСАДГ - синдром неадекватной секреции АДГ

(до 30-40% больных).

# Признаки

- гипонатриемия  $< 134$  ммоль/л
- осмолярность  $< 280$  мОсм/л
- увеличение Na в моче  $> 18$  мэкв/л
- нормальная функция почек
- нормальная функция щитовидной железы
- нормоволемия

# КОРРЕКЦИЯ

- ограничение введения жидкости
- гипертонические растворы NaCl



# Церебральный сольтеряющий синдром.

Признаки усиления выведения Na с мочой:

- Гиповолемиа (снижение ОЦК, ортостатическая гипотензия, повышение Ht, белка, осмолярности плазмы, содержание калия в норме или незначительно повышено, ЦВД < 6 мм. рт.ст.)

# КОРРЕКЦИЯ :

- Изотонические или умеренно гипертонические растворы NaCl
- Минералокортикоиды

# Нозокомиальные пневмонии.

Факторы риска у больных с ОНМК:

- Нарушение сознания.
- Дисфагия и аспирация.
- Зондовое питание.
- Горизонтальное положение и двигательные нарушения.
- Пожилой возраст.
- Длительная ИВЛ(более 3-х суток).
- Увеличение количества бронхиального секрета и ухудшение трахеобронхиального пассажа.

# Нозокомиальные пневмонии.

Критерии диагноза:

- Лихорадка более 38,3С.
- Бронхиальная гиперсекреция.
- Кашель, тахипноэ, локальная инспираторная крепитация, влажные хрипы, изменения дыхания.
- Лейкопения менее 4,0 или лейкоцитоз более 12,0; сдвиг влево более 10%.
- Гнойная макрота.



# Нозокомиальные пневмонии.

Методы диагностики:

- Золотой стандарт МСКТ грудной клетки.
- Рентгенография (затруднение визуализации задних и нижних отделов лёгких, динамическая нерезкость).
- УЗИ плевральных полостей (при подозрении на экссудативный плеврит).
- Бронхоскопия.

# Нозокомиальные пневмонии.

Профилактика:

- Раннее лечение РДС.
- Выполнение трахеостомии (при необходимости).
- Немедикаментозные методы.

# Нозокомиальные пневмонии.

Лечение:

- Незамедлительное своевременное назначение АБ терапии.
- Деэскалационные схемы.

# ТЭЛА

## Источники:

- Вены нижних конечностей.
- Вены таза.
- ДВС синдром.

## Профилактика:

- Компрессионное белье и перемежающаяся механическая копрессия.
- Профилактика катетерных осложнений, мочевой инфекции.
- Назначение НФГ и НМГ.
- Установка CAVA-фильтра.
- Дуплексное исследование Вен НК.

# Стресс-повреждения верхнего отдела ЖКТ.

- Гастростаз и регургитация желудочного содержимого.
- Эрозии и язвы с синдромом ЖКК:
  - Скрытое кровотечение.
  - Явное кровотечение.
  - Клинически значимое кровотечение.



# Стресс-повреждения верхнего отдела ЖКТ.

Факторы риска:

- ОДН, ИВЛ более 48 часов.
- Сепсис коагулопатии.
- Артериальная гипотензия.
- Применение НПВС и кортикостероидов.
- СПОН.

# Стресс-повреждения верхнего отдела ЖКТ.

Лечение и профилактика:

Залогом успеха является раннее адекватное энтеральное питание, в том числе зондовое.

Ингибиторы протонной помпы, H<sub>2</sub> блокаторы, гастропротекторы.

# Нарушения тазовых функций

## Факторы риска:

- Нарушение сознания, речи, когнитивная дисфункция.
- Размер очага поражения.
- Выраженность неврологического дефицита.
- Возраст старше 75 лет, мужской пол.
- Сахарный диабет и аденома ПЖ

# Нарушения тазовых функций (являются важным предиктором выживаемости больных с ОНМК более 6 мес).

## Профилактика и лечение:

- Адекватный объем потребляемой жидкости.
- Катетеризация при необходимости катетерами типа Фолея.
- Назначение уросептиков, холиномиметиков, альфаадреноблокаторов, немедикаментозных методов.
- Контроль:
  - ОАМ
  - Посев мочи
  - Узи
  - (При необходимости) эндоскопические методы.



Спасибо за внимание.