

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

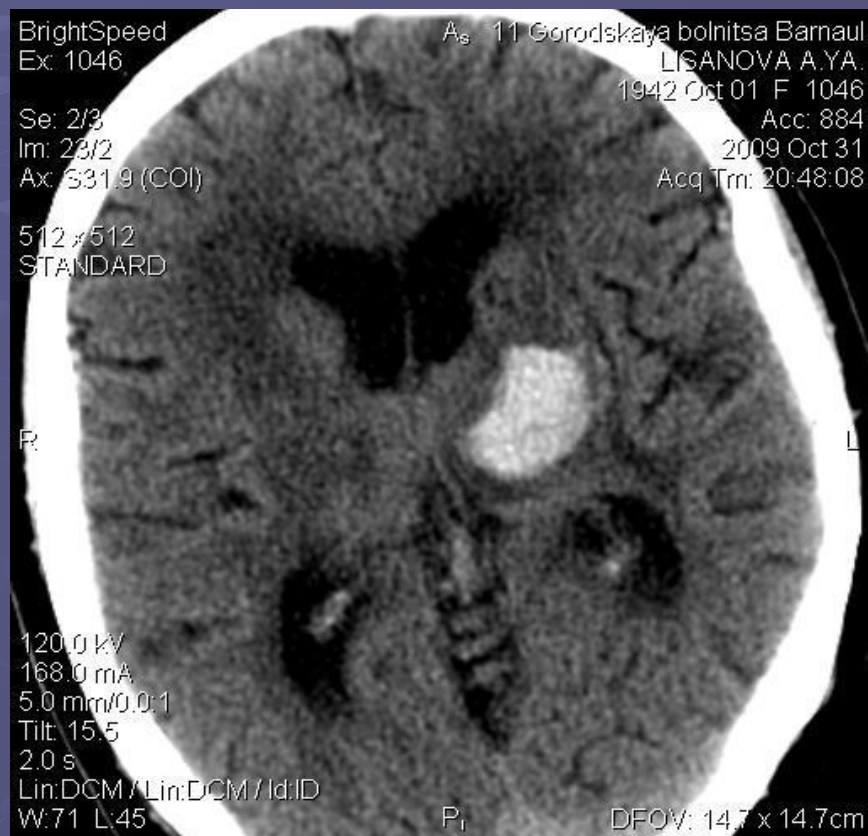
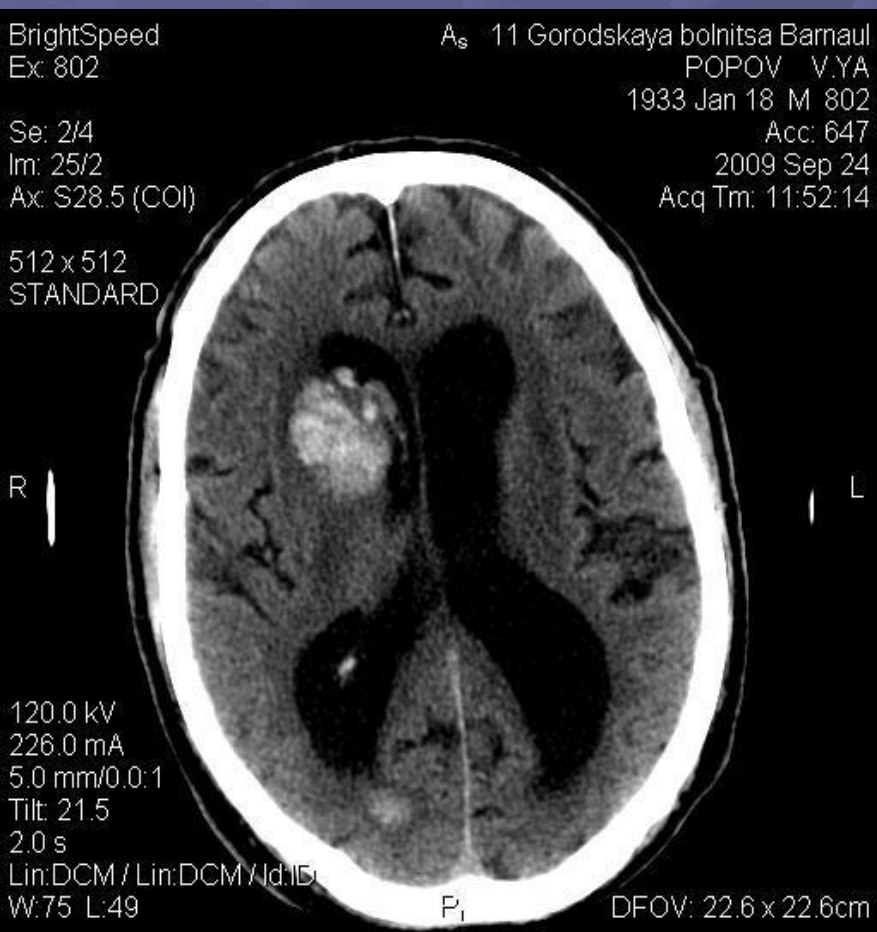
Данные ЭхоЭС могут быть ложноотрицательны при дислокации более 10 мм и ложноположительны при выраженной внутренней гидроцефалии.

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

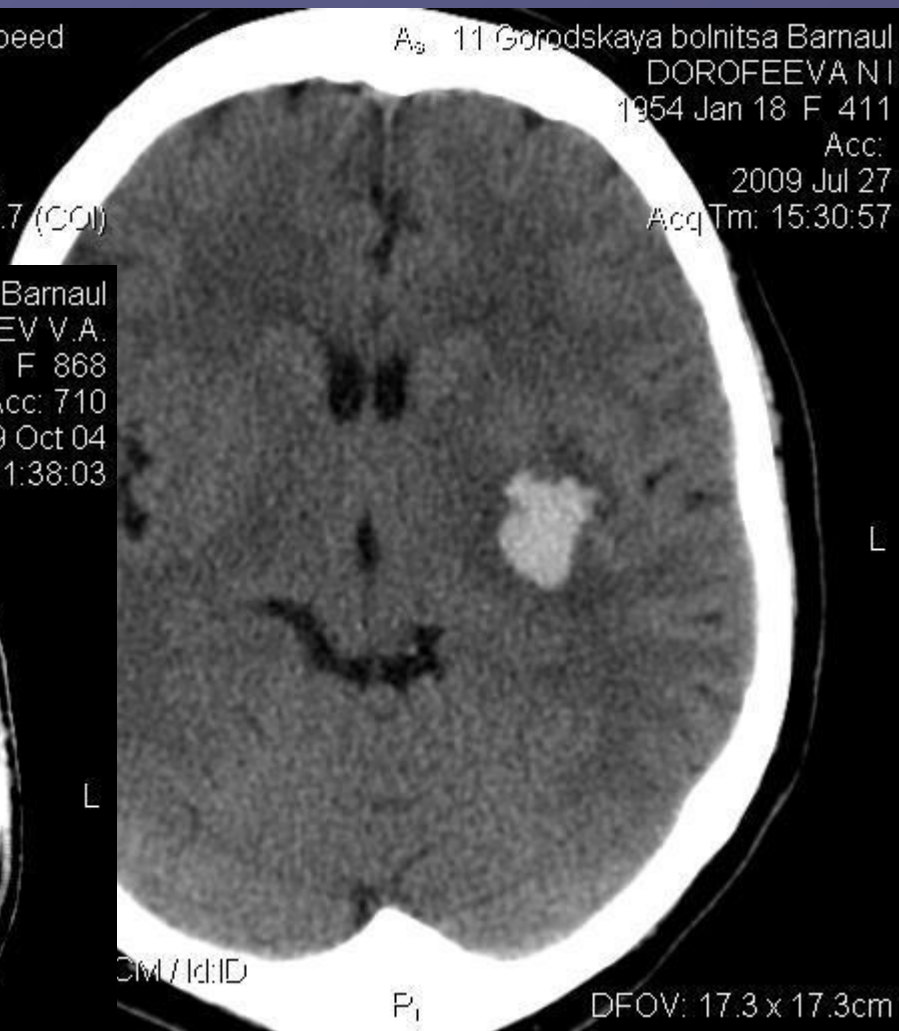


Латеральные внутримозговые кровоизлияния

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

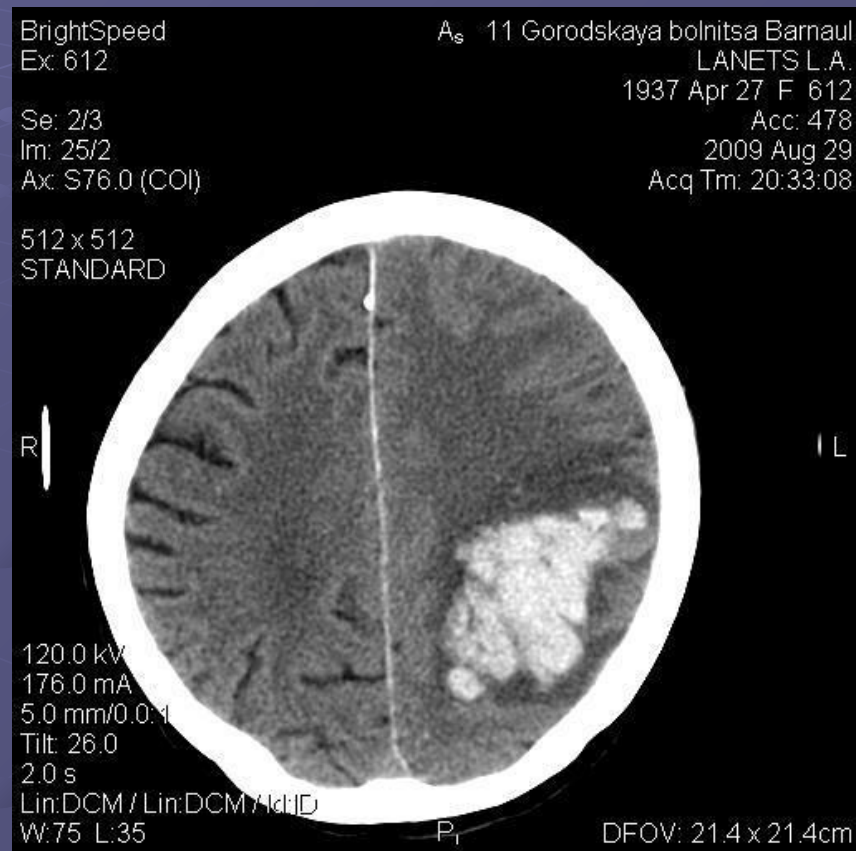
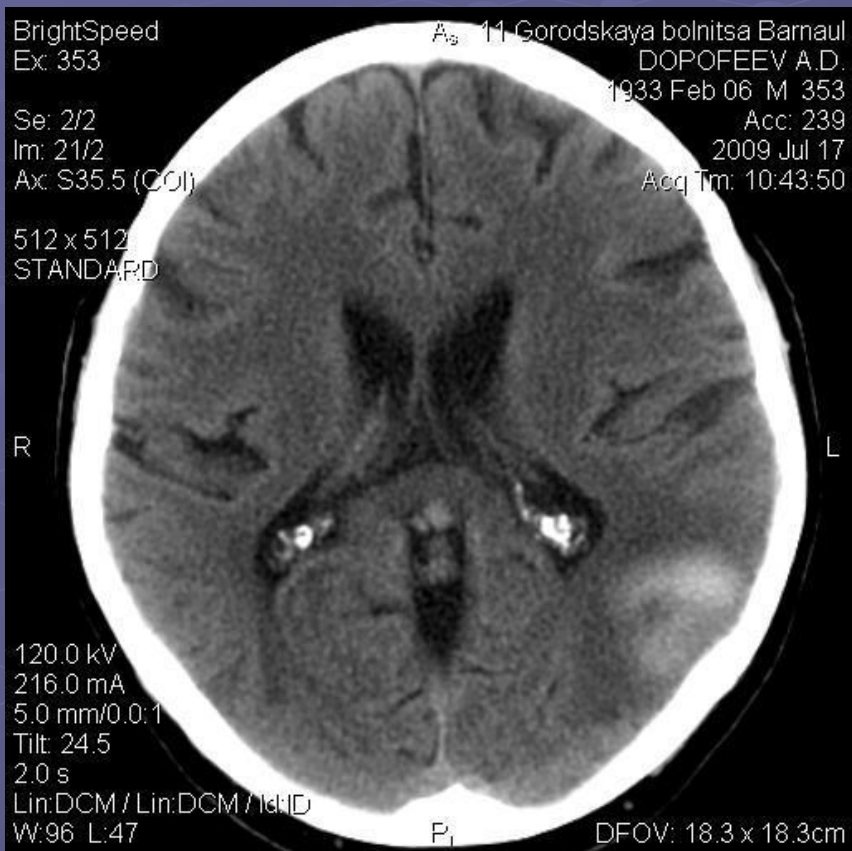
R

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

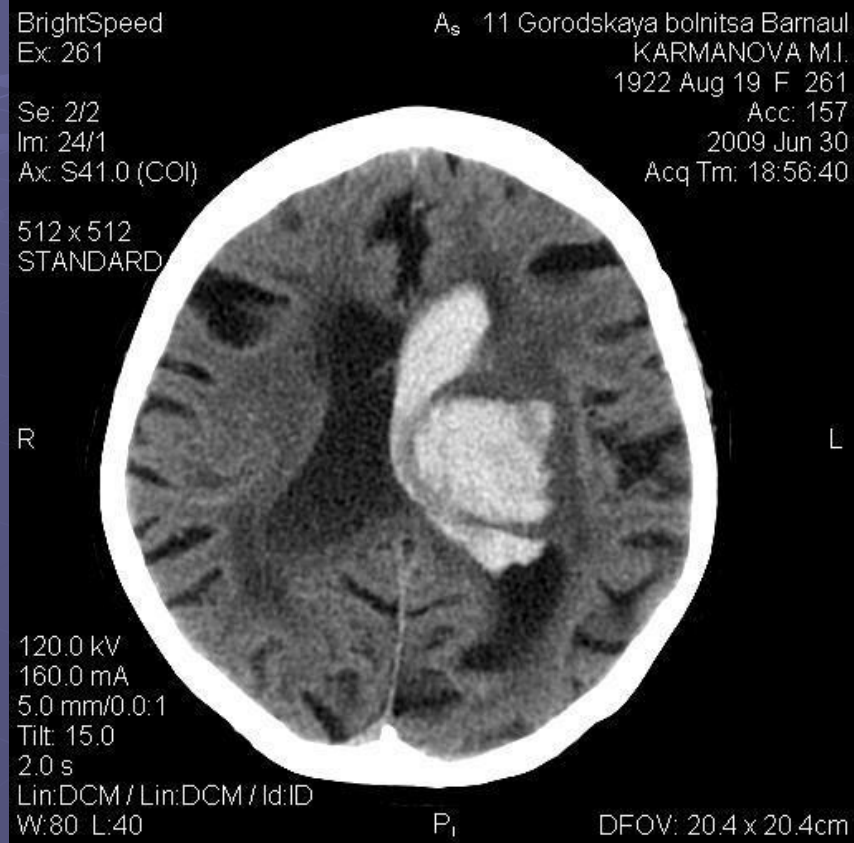
As: 11 Gorodskaya bolnitsa Barnaul
VAKHRENEV V.A.
1930 Mar 22 F 868
Acc: 710
2009 Oct 04
AcqTm: 11:38:03



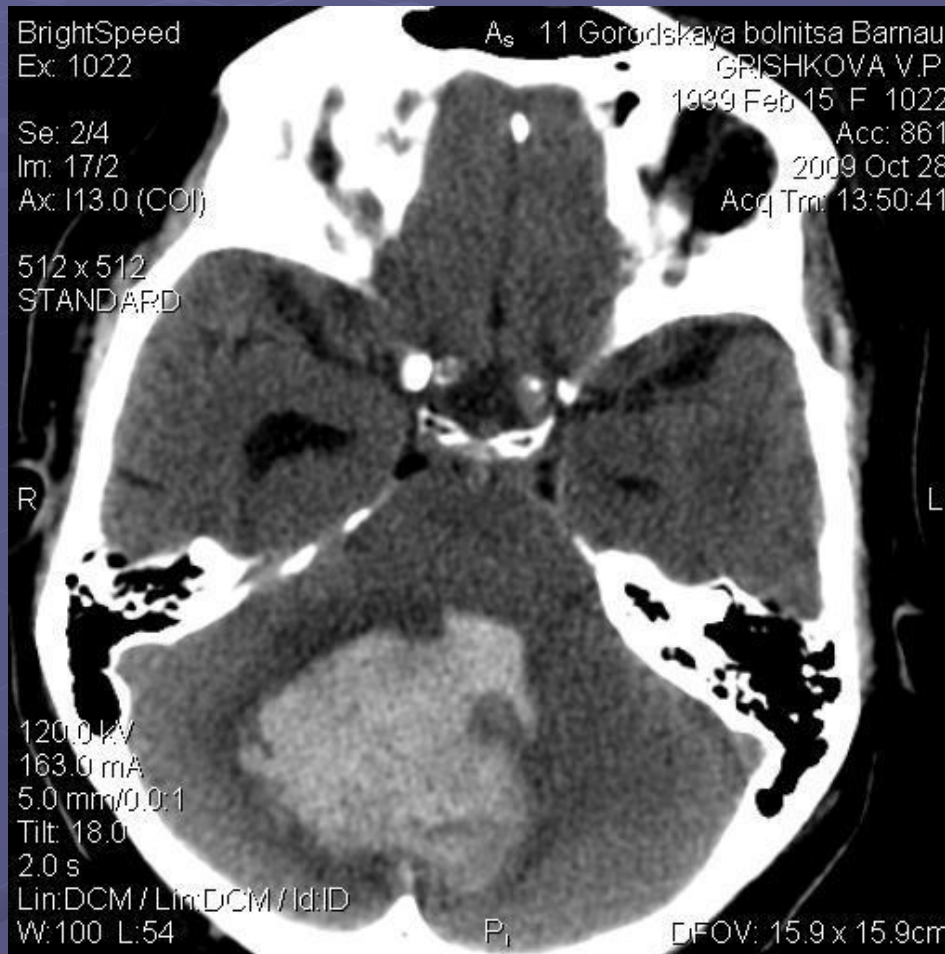
Лобарные внутримозговые кровоизлияния



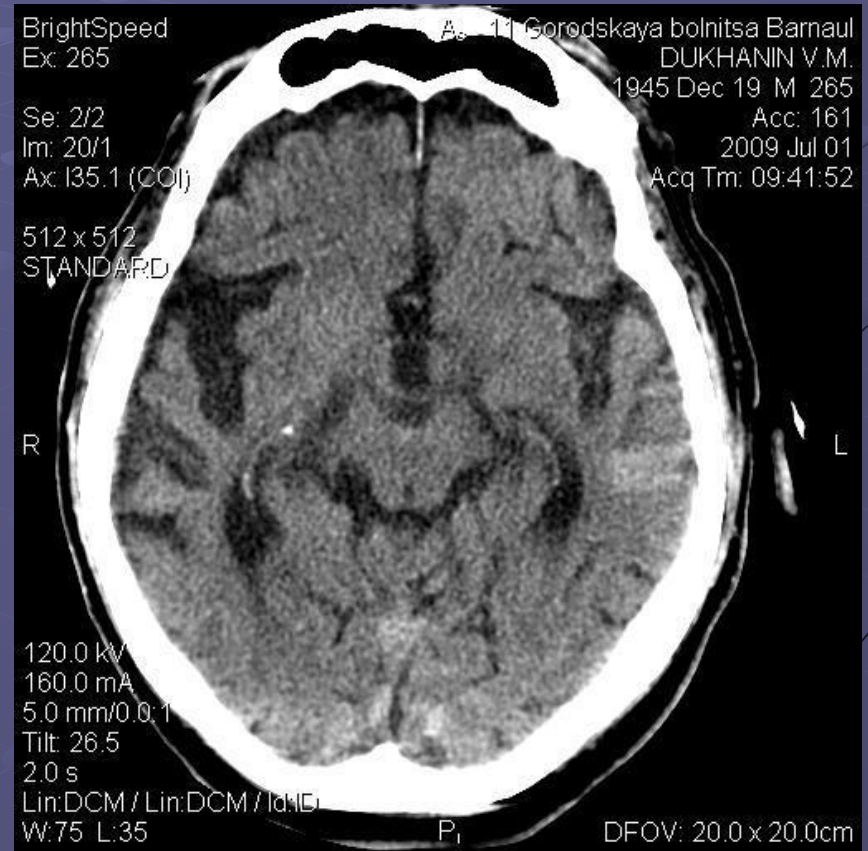
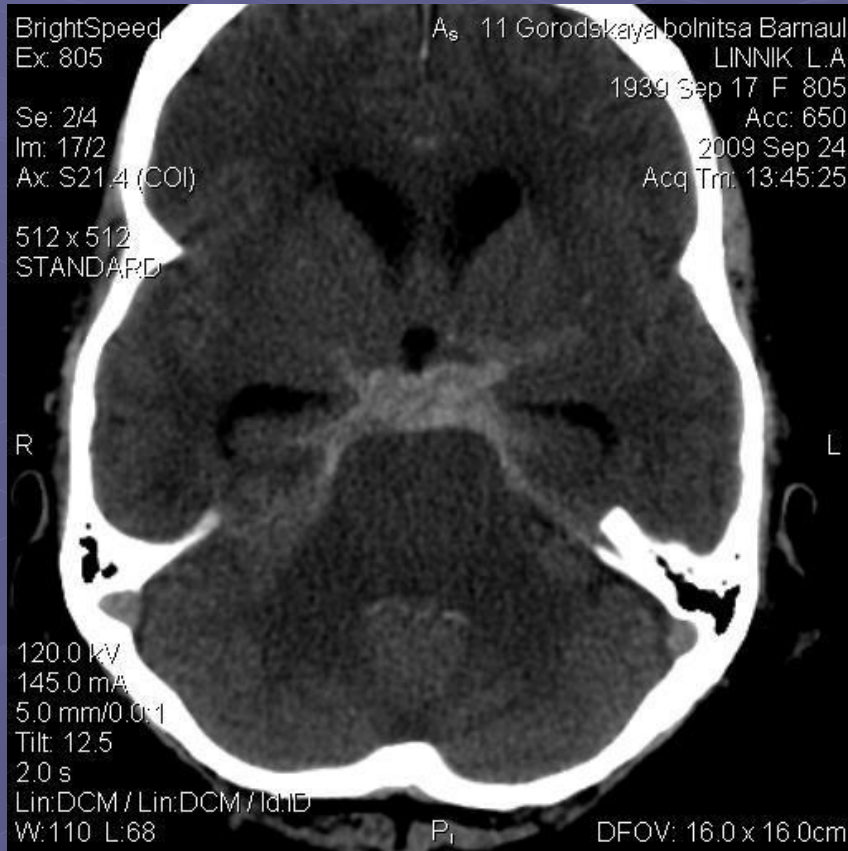
Смешанные внутримозговые кровоизлияния



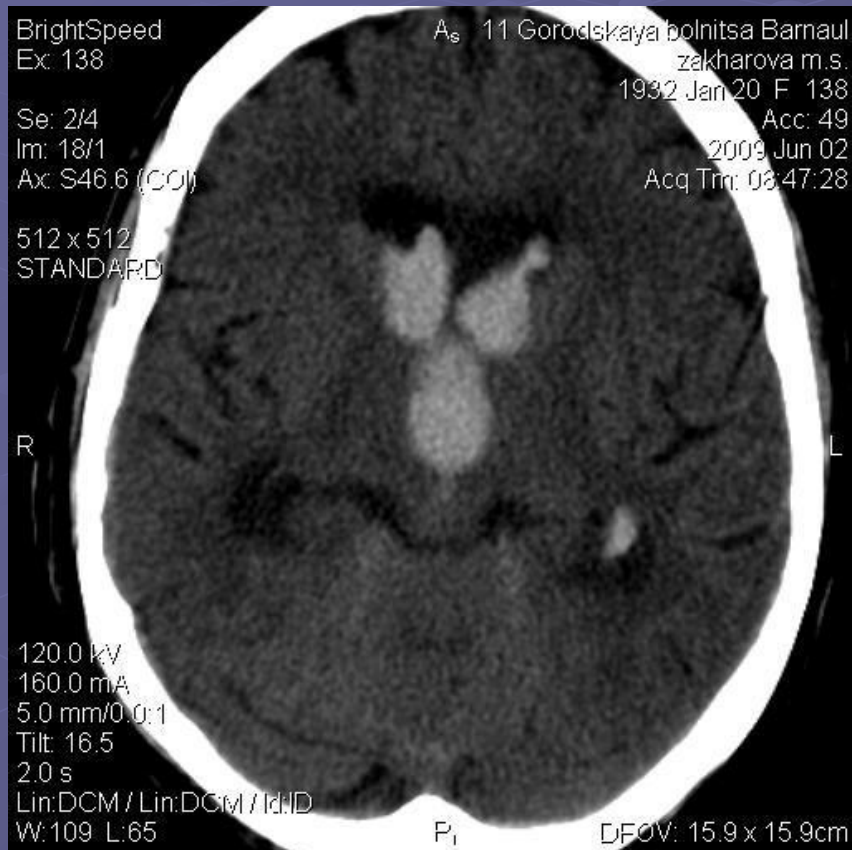
Кровоизлияние в мозжечок



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

2

APD

Mag = 1.00
FL:
ROT:

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

L
1
0
0
A
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:

- Гиповолемия (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 САВА-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, H₂ 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.