



Неотложная помощь при ишемическом инсульте.

Выполнил: студент гр.1316

Головин А.И.



Ишемический инсульт – самая частая форма (около 80%) острых нарушений мозгового кровообращения. Инфаркт мозга - это зона некроза, образовавшаяся вследствие грубых, стойких нарушений метаболизма нейрональных и глиальных структур, возникающих в результате недостаточности кровоснабжения головного мозга вследствие:

- 1) Стеноз (окклюзии) магистральных артерий головы или артерий мозга;
- 2) Тромбоза мозговых артерий;
- 3) Эмболии артерий мозга.

Патогенез

Этапы ишемического каскада

1. Снижение мозгового кровотока.
2. Глутаматная эксайтотоксичность.
3. Внутриклеточное накопление кальция.
4. Активация внутриклеточных ферментов.
5. Повышение синтеза оксида азота и развитие оксидантного стресса.
6. Экспрессия генов раннего реагирования.
7. Отдалённые последствия ишемии.
8. Апоптоз.




Клиническая картина

Синдром полного нарушения кровоснабжения передних отделов головного мозга (примерно 20 %).

Развивается в результате окклюзии внутренней сонной артерии.

Диагностируют при наличии сочетания:

- Гемипареза с нарушениями чувствительности или без них, охватывающего хотя бы два из трёх возможных отделов (лицо, рука, нога);
- Гомонимного дефекта поля зрения;
- Нарушения высших психических функций – афазия при поражении доминантного полушария или игнорирование – и других нарушений зрительно-пространственного восприятия при поражении субдоминантного полушария.




Синдром частичного нарушения кровоснабжения передних отделов головного мозга (около 30%).

Обусловлен окклюзией ветвей средней мозговой артерии, реже – ствола передней мозговой артерии.

Представлен лишь двумя из трёх компонентов полного каротидного синдрома, или изолированным нарушением высших корковых функций, или преимущественным нарушением глубокой чувствительности в одной руке, или двигательными и чувствительными нарушениями лишь в одной части тела.

Наличие корковых симптомов (афазия, апраксия, агнозия) отличает данный синдром от лакунарного синдрома.




Лакунарный синдром (около 25%) проявляется разными вариантами:

1. Изолированный двигательный гемипарез – односторонний парез, распространяющийся на два или три отдела (лицо, руку, ногу). Могут присутствовать субъективные, но не объективные чувствительные нарушения. Инфаркт обычно локализуется во внутренней капсуле или мосту, иногда в лучистом венце или ножке мозга.
2. Изолированная гемиянестезия – объективные симптомы нарушения чувствительности с субъективными признаками или без них, с вовлечением всех видов чувствительности или же без нарушения проприоцепции, распространяющиеся на два или три отдела (лицо, руку, ногу). Ишемический очаг обычно находится в таламусе, но может быть и в стволе мозга.



3. Гемипарез и гемианестезия – сочетание пареза и гипестезии в двух или трёх отделах (лицо, рука, нога). Чаще развивается при обширном корковом или подкорковом инфаркте.
4. Атактический гемипарез – сочетание пареза с мозжечковой атаксией на одной стороне тела. В этот синдром могут входить дизартрия и неловкость в одной руке. Инфаркт обычно находится в мосту, внутренней капсуле или ножке мозга.



Инфаркт в зоне смежного кровообращения – это инфаркт, локализованный на границе различных сосудистых бассейнов.

Выделяют три основные зоны смежного кровообращения:

- Передняя зона смежного кровообращения – располагается между поверхностными бассейнами средней мозговой артерии и передней мозговой артерии в лобно-парасагиттальной области;
- Задняя зона смежного кровообращения – между поверхностными бассейнами средней мозговой артерии в теменно – затылочной области;
- Подкорковая зона смежного кровообращения – между бассейнами поверхностных пенетрирующих артерий ствола мозга и глубинных лентикулостриарных артерий, отходящих от средней мозговой артерии, в паравентрикулярном белом веществе лучистого венца.

Обследование больного с ИНСУЛЬТОМ

При поступлении больного в стационар ему проводят следующие исследования:

- Клиническое неврологическое исследование;
- КТ или МРТ головного мозга, при возможности КТ- или МР-ангиографию для верификации окклюзии крупных артериальных стволов (Если нет возможности выполнить КТ или МРТ люмбальная пункция помогает дифференцировать формы инсульта);
- Оценку гемостаза (Б/Х анализ крови, ОАК, электролиты, осмолярность плазмы, газовый состав крови, КОС. Коагулограмма с определением фибриногена, фибринолитической активности, АЧТВ, протромбина, МНО, времени свёртывания крови. ОАМ.);

- В течении первых 48 ч производят мониторинг температуры тела, сердечнососудистой функций (АД, ЭКГ, ЧСС), основных лабораторных параметров крови (прежде всего глюкозы и показателей гемостаза). По показаниям мониторинг производится более длительно.



Лечение

Базисная терапия инсульта направлена на коррекцию жизненно важных функций и поддержание гомеостаза.

Наиболее эффективным бывает начало лечения в первые 3-6 ч. после появления первых признаков инсульта (период «терапевтического окна»).

1. Нормализация функции дыхания (восстановление проходимости дыхательных путей, санация ротовой полости, введение эластического воздуховода, интубация трахеи, перевод на ИВЛ). Для предупреждения симптоматической импульсации перед интубацией вводят в/в 1мл 0,1%-го раствора атропина.

2. Поддержание оптимального уровня гемодинамики

- При артериальной гипертензии

Одномоментно снижать АД не следует более чем на 15-20% от исходных величин

Каптоприл (капотен, алопресин, лоприл) – ингибитор АПФ.

Сублингвально по 50 мг, можно в/в болюсом 0,5 – 1,0 мг на кг массы тела.


Нифедипин (коринфар, адалат, кордафен) – блокатор

кальциевых каналов. Сублингвально 5-10 мг или внутрь 10-20 мг

- При артериальной гипотензии

Допамин вводят по 50 – 100 мг в 250 мл изотонического раствора NaCl по 3-6 капель в минуту под контролем АД и пульса до повышения АД до 100 – 110 мм рт. ст., действие допамина кратковременное.

Гутрон – вазотонический препарат, обеспечивающий дозированный подъём АД. Внутрь по 2,5 мг (1 таблетка), или в/в по 5 мг (1 ампула) 2 раза в сутки. Необходим контроль АД, ЧСС и функции почек.



3) Купирование эпилептического статуса или серии приступов Седуксен (реланиум): 2 – 4 мл 0,5%-й в 20 мл изотонического раствора NaCl медленно в/в, затем, если нет эффекта, вводят ещё 2 – 4 мл.

Оксибутират натрия из расчёта 70 мг на 1 кг массы тела, каждые 10 мл препарата разводят 10 мл изотонического раствора NaCl.

При отсутствии эффекта применяют неингаляционный наркоз – тиопентал натрия или гексенал (следует помнить, что они угнетают дыхание)


Тиопентал натрия или гексенал: 1г разводят в 10 мл изотонического раствора NaCl, вводят из расчёта 1мл на 10 кг массы тела.

Если статус не купируется, проводят ИВЛ и вводят в/в медленно 70 – 80 мл 10%-го раствора тиопентала натрия.

4. Корреция нарушений водно – солевого обмена и КОС.
Лечение отёка мозга.

Глицерол наиболее предпочтителен, обладает более длительным действием (10 ч), не вызывает феномена отдачи, резкой гиперволемии и подъём АД. 10%-й раствор на физиологическом растворе 250 мл каждые 6 ч в/в капельно быстро.

Фуросемид (лазикс) вводят в/в и в/м, суточная доза 40 – 100 мг
Основным инфузионным раствором считается 0,9%-й раствор NaCl. Гипоосмолярные растворы (0,45%-й раствор NaCl, 5%-й раствор глюкозы) противопоказанны из-за риска увеличения отёка. Не показано также использование глюкозосодержащих растворов из-за риска развития гипергликемии.

- 
5. Коррекция вегетативных гиперреакций, психомоторного возбуждения, рвота, упорной икоты.

Купирование гипертермии

Литические смеси: в/м 4 мл 5%-го раствора анальгина + 2 мл 1%-го раствора димедрола + 0,2 мл 0,5%-го раствора галопередола.

Купирование рвоты и упорной икоты

Седуксен – 1 (5 мг) или 2 таблетки; в/м или в/в 2 – 4 мл 0,5%-го раствора.

Борьба с вестибулярными нарушениями

Бетасерк (бетагистин) – применяют в дозе 24 мг (1 таблетка) в период острого приступа головокружения.

Купирование отёка лёгких

Оксигенотерапия посредством ингаляции кислорода через назальный катетер или через маску КИ-ЗМ

При выделении пенистой макроты пеногашение путём ингаляции 33%-го раствора этилового спирта или в/в введения 5 мл 96%-го этилового спирта в 15 мл физиологического раствора.

При нормальном АД указанные мероприятия дополняются в/в введением 40 – 80 мл и 5-10 мл диазепама.

СПАСИБО

ЗА ВНИМАНИЕ

risovach.ru