

предпосылка развития отека сначала интерстициального пространства, а затем клеток мозга. При угрозе развития гиперосмолярного синдрома необходимо контролировать содержание в плазме шлаков, глюкозы, белка и ионов натрия, поскольку именно они определяют осмолярность плазмы. Если в основе гиперосмолярности плазмы лежит увеличение содержания ионов натрия, необходима отмена всех натрийсодержащих препаратов, включая растворы хлорида натрия, оксибутират натрия, натриевые соли антибиотиков. Если причина повышения показателя осмолярности плазмы – гипергликемия, проводят инсулинотерапию, если шлаки – необходим диализ. Контролируют также введение белковых препаратов. При развившемся гиперосмолярном синдроме борьба с отеком мозга невозможна.

6. Борьба с метаболическим ацидозом (если он не связан с гипоксией и гиперкапнией) путем в/в медленного введения раствора гидрокарбоната натрия. Показанием для введения соды служат значения pH 7,2 (7,0). Необходимыми условиями для начала терапии содой является удовлетворительный диурез (не менее 40 мл/ч) и возможность контроля значений pH плазмы. Средняя терапевтическая доза гидрокарбоната натрия составляет 1 ммоль/кг массы больного (2,5 мл 4% раствора соды на кг массы). Скорость прироста pH во время инфузии раствора гидрокарбоната натрия не должна превышать 1,0 за 2 часа терапии. Предел значений pH на фоне введения соды - 7,2 (стресс-норма для таких больных). В настоящее время рекомендуют воздерживаться от введения раствора гидрокарбоната натрия, если осмолярность плазмы превышает 350 мосмоль/кг.

7. Контроль температуры тела. При гипертермии - антипиретики, вазодилататоры, поверхностное охлаждение (вентиляторы, пузыри со льдом, обтирание спиртом). При гипотермии - наружное согревание, тщательный контроль температуры растворов, вводимых внутривенно.

8. Седативная терапия. При двигательном возбуждении и экстензорных спазмах применяют бензодиазепины, при судорогах - барбитураты, при неэффективности - миорелаксанты.

9. Синхронизация с аппаратом ИВЛ путем подбора режима вентиляции, введения бензодиазепинов, оксибутирата натрия, морфина, фентанила, курализации.

10. Борьба с отеком мозга проводится только после установления факта отсутствия внутричерепной гематомы и включает в себя: а) ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции (PaO_2 более 110-120 мм рт. ст.; PaCO_2 25-30 мм рт. ст.); б) введение мочегонных