

**ЗАТВЕРДЖЕНО**наказом Міністерства охорони здоров'я України  
від 13.06.2008 № 317**Клінічний протокол  
надання медичної допомоги хворим із субарахноїдальним крововиливом з середньої  
мозкової артерії внаслідок розриву артеріальної аневризми**

Шифр за МКХ-10: I60.1

**Ознаки та критерії діагностики**

Розрив аневризми вказаної локалізації часто супроводжується формуванням вогнища геморагії в проекції латеральної щілини, розвитком спазму середньої мозкової артерії (СМА), що є причиною виникнення вогнищевої неврологічної симптоматики: геміпареза, гемігіпестезії, афазії (при ураженні домінантної гемісфери). Найбільш характерною ознакою є контрлатеральна гемісимптоматика, менінгеальний симптомокомплекс. При крововиливах з аневризми СМА можливе формування оболонкової субдуральної гематоми або прорив крові у шлуночкову систему.

**Алгоритм надання медичної допомоги пацієнтові з гострим порушенням мозкового кровообігу по типу САК наведений у додатку.**

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Хворих з клінічною симптоматикою гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) по типу САК слід негайно госпіталізувати для обстеження в неврологічне відділення. Після верифікації діагнозу САК в залежності від тяжкості стану хворого показане негайне переведення його для ангіографічного дослідження та лікування в спеціалізованому нейрохірургічному відділенні, яке має необхідне обладнання і підготовлений персонал для повноцінного обстеження і оперативного втручання (транскраніального або ендovasкулярного).

**Діагностика**

Діагностичні заходи у хворих з САК повинні включати:

1. Неврологічний та соматичний огляд.
2. Оцінка стану хворих за шкалою коми Глазго, Ханта – Хеса.
3. КТ (МРТ) головного мозку.
4. Люмбальна пункція.
5. Моніторинг внутрішньочерепного тиску.
6. Спіральна КТ – АГ, МР-АГ (за наявності).
7. Церебральна селективна ангіографія.
8. ТКУЗДГ.
9. Визначення групи крові, резус-фактора.
10. Загальні аналізи крові, сечі, RW.
11. Біохімічне дослідження крові.
12. Коагулограма.
13. Огляд офтальмолога, отоневролога, терапевта.
14. ЕКГ.

**Лікування**

Обсяг та послідовність надання лікувальної допомоги залежать від стану хворого, локалізації АА і її морфологічних особливостей (розміри, ширина шийки, багатокамерність, часткове тромбування та інше), супутнього формування інтракраніальних гематом

та ліквородинамічних порушень, наявності вторинного ішемічного ураження, церебрального вазоспазму, наявності та вираженості загальносоматичної патології.

Консервативне лікування включає:

- корекцію АТ;
- корекцію водно-електролітного балансу;
- корекцію реологічних властивостей крові;
- медикаментозну профілактику розвитку вазоспазму;
- застосування нейропротекторних препаратів;
- забезпечення адекватної оксигенації крові.

**Хірургічне лікування САК** можна розділити на заходи, спрямовані на профілактику повторного розриву аневризми шляхом виключення АА з кровотоку відкритим методом чи ендоваскулярною емболізацією та заходи, спрямовані на профілактику та лікування вираженого та стійкого ЦВС за допомогою інтервенційних нейрорадіологічних втручань (ангіопластика, інтраартеріальна інфузія вазодилататорів).

Виключення артеріальних мозкових аневризм (при САК):

- транскраніальне (реконструктивне, деконструктивне);
- ендоваскулярне:
  - реконструктивне (спіралі або балон-катетери, що відділяються),
  - деконструктивне (балон-катетери, що відділяються);
- комбіновані види лікування;
- дренивання шлуночків (за показами), шунтування шлуночкової системи мозку при формуванні гідроцефалії;
- ендоваскулярна ангіопластика за наявності ангіоспазму;
- інтраартеріальна інфузія папаверину.

Протипоказання до хірургічного лікування:

- атонічна кома;
- верифікована смерть мозку;
- критичні порушення системи згортання крові.

#### **Критерії ефективності та очікувані результати лікування**

Критерії, за якими приймається рішення про виписку зі стаціонару: поліпшення загального стану, частковий регрес загальнономозкової та вогнищевої симптоматики, відсутність ліквородинамічних порушень.

Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах – до 8-14 діб при неускладненому перебігу захворювання. Подальше лікування проводиться у відділенні реабілітації або неврології.

**Головний позаштатний спеціаліст**

**МОЗ України за спеціальністю «нейрохірургія»** Підпис

**Є.Г. Педаченко**