

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 13.06.2008 № 317

**Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим із субарахноїдальним крововиливом з передньої
сполучної артерії внаслідок розриву артеріальної аневризми**

Шифр за МКХ-10: I60.2

Ознаки та критерії діагностики

Аневризми передньої сполучної артерії (ПСА) складають близько третини усіх мозкових аневризм. Клінічними проявами при їх розривах є відсутність у більшості випадків вогнищевої неврологічної симптоматики. В клінічній картині переважають симптоми внутрішньочерепної гіпертензії, психотичні розлади (дезорієнтація, делірій, психомоторне збудження, відсутність критики до свого стану). У 15% хворих розвивається вогнищевий неврологічний дефіцит, обумовлений ішемією в басейні передніх мозкових артерій. При розповсюдженні ішемії на перфорантні артерії можливий розвиток нижнього парапарезу з тазовими розладами (синдром Норлена). При прориві крові в шлуночкову систему спостерігаються виражені дієнцефальні розлади, стійка гіпертермія, лабільність системного артеріального тиску, гіперглікемія, виражені кардіоциркуляторні розлади. При розвитку тампонади шлуночкової системи згортками крові або при розвитку оклюзійної гідроцефалії відмічається значне пригнічення свідомості, грубо виражені окорухові розлади, які свідчать про компресію стовбура головного мозку. Симптоматика розвивається швидко і потребує невідкладних заходів.

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) за типом САК слід негайно госпіталізувати для обстеження в неврологічне, нейрохірургічне відділення. Після верифікації діагнозу САК в залежності від тяжкості стану хворого показане негайне переведення для ангіографічного дослідження та лікування в спеціалізованому нейрохірургічному відділенні, яке має необхідне обладнання і підготовлений персонал для повноцінного обстеження і оперативного втручання (транскраніального або ендовазкулярного).

Діагностика

Діагностичні заходи у хворих з САК повинні включати:

1. Неврологічний та соматичний огляд. Люмбальна пункція.
2. Оцінка стану хворих за шкалою коми Глазго, Ханта–Хеса.
3. Люмбальна пункція.
4. КТ, (МРТ) головного мозку.
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:

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

Хірургічне лікування САК

Виключення артеріальних мозкових аневризм (при САК):

- транскраніальне (реконструктивне, деконструктивне);
- ендovasкулярне:
 - 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;
- ендovasкулярна 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, регрес загально мозкової 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