

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

наказом Міністерства охорони здоров'я України  
від 13.06.2008 № 317

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

Шифр за МКХ-10: I60.3

**Ознаки та критерії діагностики**

Захворювання виникає раптово з сильного головного болю, інколи після або під час фізичного навантаження. В цей же час відмічається короточасне або довготривале порушення свідомості різного ступеня вираженості (від оглушення до термінальної коми). Нерідко в гострому періоді відмічається психомоторне збудження, гіпертермія, тахікардія, підвищення артеріального тиску. Зазвичай присутній менінгеальний симптомокомплекс. Вогнищева неврологічна симптоматика проявляється розвитком недостатності III пари черепномозкових нервів гомолатерально, може поєднуватись з контрлатеральним геміпарезом. При крововиливах аневризм задньої сполучної артерії можливе формування оболонкової субдуральної гематоми.

**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 ендоваскулярного).

**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. 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 ендovasкулярною емболізацією) та заходи, спрямовані на профілактику та лікування вираженого та стійкого ЦВС за допомогою інтервенційних нейрорадіологічних втручань (ангіопластика, інтраартеріальна інфузія вазодилітаторів).

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, частковий регрес загальномозкової 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**