

ЗАТВЕРДЖЕНОнаказом Міністерства охорони здоров'я України
від 13.06.2008 № 317**Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим із субарахноїдальним крововиливом з базилярної
та сегменту V₄ хребтової артерії внаслідок розриву артеріальної аневризми**

Шифр за МКХ-10: I60.4, I60.5

Ознаки та критерії діагностики

Розрив аневризми основної артерії має тяжкий перебіг. Характерні первинні розлади стовбурових відділів головного мозку: пригнічення свідомості, альтернуючі синдроми, ізольовані ураження черепно-мозкових нервів, виражені вестибулярні порушення. Найбільш характерними симптомами є ністагм, окорухові порушення, стато-вестибулярні і бульбарні розлади.

Алгоритм надання медичної допомоги пацієнтові з гострим порушенням мозкового кровообігу за типом 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 спеціалізоване нейрохірургічне відділення, 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.
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). Методика ендоваскулярної емболізації аневризм хребтової або основної артерій має переваги над транскраніальними втручаннями через менший ризик інтраопераційних ускладнень.

Виключення артеріальних мозкових аневризм (при САК):

- транскраніальне (реконструктивне, деконструктивне);
- ендоваскулярне:
 - реконструктивне (спіралі, що відділяються),
 - деконструктивне (балон-катетери, що відділяються).

Комбіновані види лікування:

- дренивання шлуночків, шунтування шлуночкової системи мозку при формуванні гідроцефалії;

- ендоваскулярна ангіопластика за наявності ангіоспазму;
- інтраартеріальна інфузія вазодилататорів.

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 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