

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 13.06.2008 № 317**Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим
із внутрішньомозковими крововиливами**

Шифр за МКХ-10: I 61

I 61 Внутрішньомозковий крововилив

I 61.0 Внутрішньомозковий субкортикальний крововилив у півкулю (глибокий внутрішньомозковий крововилив)

I 61.1 Внутрішньомозковий кортикальний крововилив у півкулю
Неглибокий внутрішньомозковий крововилив

I 61.2 Внутрішньомозковий крововилив у півкулю неуточнений

I 61.3 Внутрішньомозковий крововилив у стовбур мозку

I 61.4 Внутрішньомозковий крововилив у мозочок

I 61.5 Внутрішньомозковий внутрішньошлуночковий крововилив

I 61.6 Внутрішньомозковий крововилив множинної локалізації

I 61.8 Інший внутрішньомозковий крововилив

I 61.9 Внутрішньомозковий крововилив, не уточнений

Ознаки та критерії діагностики

Внутрішньомозковий крововилив (ВМК) – це крововилив в півкулі головного мозку або мозочково-стовбурові структури, що відбувається внаслідок патологічних змін судин головного мозку при гіпертонічній хворобі та атеросклерозі. Виникає переважно у віці 40-65 років на фоні гіпертонічної хвороби: у 75% хворих на III стадії, у 20% на II стадії і у 5% на I стадії.

Частота ВМК складає близько 10% інсультів, 40-50% від усіх геморагічних інсультів. За локалізацією приблизно у 90% хворих ці крововиливи виникають у півкулях великого мозку, у 6-7% у півкулях мозочку, в 1-2% первинно розташовані у стовбурі мозку – переважно у мості та середньому мозку. Внутрішньомозковий крововилив може супроводжуватись дифузним субарахноїдальним крововиливом, у 10-16% геморагічний інсульт ускладнюється вторинними крововиливами у мості та ніжках мозку внаслідок дислокаційних порушень. Прорив крові у шлуночкову систему зустрічається у більшості випадків при глибинній локалізації гематоми (внутрішня капсула, шкаралупа, зоровий пагорб, хвостате ядро).

При тривалому існуючій артеріальній гіпертензії в стінках судин розвивається ліпогіаліноз з формуванням мікроаневризм на пенетруючих артеріях, що відходять від стовбура середньої мозкової артерії, основної артерії. Серед інших причин розриву мозкових судин можуть бути: атеросклероз, амілоїдна дистрофія, артеріт та інші захворювання, що спричиняють розвиток мікроангіопатії. Геморагічна трансформація вогнища ішемії може викликати формування внутрішньомозкових гематом. Тривала антикоагулянтна терапія або порушення згортальної системи крові розглядаються в якості факторів ризику ВМК.

Клінічні ознаки внутрішньомозкових крововиливів включають загальноомозкову, менінгеальну, вогнищеву, гіпертензійно-гідроцефальну та дислокаційну неврологічну симптоматику. Клінічна картина захворювання обумовлена топографо-анатомічною локалізацією гематоми та її об'ємом. ВМК переважно виникають на фоні тривалого перебігу артеріальної гіпертензії, починаються з «апоплексичного удару» з подальшим пригніченням свідомості до коми з порушеннями життєво важливих функцій.

При глибоких крововиливах характерною ознакою є раптово виникаючий головний біль з подальшою втратою свідомості. Груба вогнищева симптоматика (геміпарез, геміплегія, афазія, окорухові порушення та ін.) розвивається протягом 5-30 хвилин. При великих розмірах гематом свідомість порушується до коми, виникають симптоми компресії верхніх відділів стовбура, що часто супроводжується порушенням функції дихання та серцево-судинної діяльності.

При таламічних крововиливах до грубих рухових розладів приєднуються порушення больової, температурної, пропріоцептивної та тактильної чутливості за гемітипом. При ураженнях домінантної півкулі виникає дисфазія, недомінантної півкулі- апрактоагнозія, деколи виникає мутизм. Гомонімні дефекти полей зору часто регресують у перші декілька діб.

При крововиливах в міст мозку клінічна картина включає раптове порушення свідомості до коми, тетраплегію, виражену децеребраційну ригідність, міоз з відсутністю реакції зіниць на світло, симптом «очей ляльки», зниження артеріального тиску, брадікардію.

Характерними симптомами для крововиливів в мозочок є біль в потиличній області, багаторазова блювота, дифузна м'язева гіпотонія, запаморочення, зниження артеріального тиску, брадікардія. При подальшому пригніченні свідомості до коми виникають симптоми ураження стовбура мозку: горметонії, децеребраційна ригідність.

При прориві крові у шлуночкову систему стан хворих різко погіршується протягом короткого проміжку часу: поглиблюється порушення свідомості, розвивається гіпертермія, з'являються горметонії, стають лабільними серцева діяльність та судинний тонус, виникають порушення дихання.

Умови, в яких повинна надаватись допомога. Пацієнти із ВМК підлягають стаціонарному обстеженню і лікуванню у неврологічному або інсультному відділенні, нейрохірургічному відділенні.

Діагностика

Діагностичні заходи включають:

1. Анамнестичні дані.
2. Неврологічний та соматичний огляд, оцінка життєво важливих функцій (дихання, системна гемодинаміка).
3. При непритомному стані хворого та невідомому анамнезі – рентгенографія шийного відділу хребта (передньо-задня, бокова).

З метою встановлення етіології геморагічного інсульту, визначення локалізації та об'єму гематоми, стану шлуночкової системи, наявності та ступеня дислокаційних явищ першочергово використовують нейровізуалізуючі інструментальні методи дослідження:

4. КТ. При оцінці інтракраніального крововиливу враховують: об'єм і локалізацію гематоми, наявність мас-ефекту, стан шлуночкової системи, дислокаційний синдром, ознаки вклинення, набряк мозкової речовини, стан стовбурових структур (компресія і дислокація стовбурових структур).

5. МРТ.

6. Селективна церебральна ангіографія. При виявленні артеріальної аневризми, артеріо-венозної мальформації чи кавернозної ангіоми допомога надається згідно існуючого стандарту лікування для кожної з цих патологій.

7. Моніторинг внутрішньочерепного тиску.

8. Офтальмологічне обстеження (дослідження гостроти зору, поля зору, очного дна).

9. Визначення групи крові, резус-належність.

10. Загальні аналізи крові, сечі, RW.

11. Біохімічний аналіз крові (електроліти, загальний білок, рівень глюкози, осмолярність плазми крові, гематокрит, креатинін).

12. Контроль показників згортання крові.

Алгоритм лікувальних заходів

Обсяг та послідовність надання лікувальної допомоги залежать від клінічних проявів захворювання, об'єму та локалізації гематоми, наявності дислокаційного синдрому.

При ознаках порушення вітальних функцій лікування починається з моменту поступлення хворого у приймальне відділення за алгоритмами інтенсивної терапії.

1. Консервативна терапія проводиться при ВМК супра- та субтенторіальної локалізації за умов компенсованого дислокаційного синдрому, контрольованого стану інтракраніальної гіпертензії та ліквородинаміки.

Консервативне лікування включає:

- контроль та корекцію АТ;
- контроль та корекцію водно-електролітного балансу;
- контроль та корекцію реологічних властивостей крові;
- медикаментозна профілактика розвитку вазоспазму;
- застосування нейропротекторних препаратів;
- забезпечення адекватної оксигенації крові.

2. Хірургічне лікування проводиться з метою видалення внутрішньомозкової інсульт-гематоми та усунення явищ компресії та дислокації мозку.

Показаннями до проведення оперативного втручання в гострий період геморагічного інсульту є: компресія півкуль великого мозку чи мозочка гематомою, наявність за КТ (МРТ) даними хоча б однієї ознаки серед наступних: зміщення серединних структур більше 5 мм, деформація базальних цистерн, грубе стиснення гомолатерального бокового шлуночка з дислокаційною контрлатеральною гідроцефалією незалежно від розмірів та локалізації гематоми, ліквородинамічні порушення при внутрішньошлуночкових крововиливах.

Протипоказання до виконання операцій є: атонічна кома, верифікована мозкова смерть, критичні порушення системи згортання крові, важка супутня хронічна патологія внутрішніх органів в стадії декомпенсації.

Види оперативних втручань:

1. Радикальні оперативні втручання

Хворим з внутрішньомозковими крововиливами проводиться кістково-пластична або декомпресивна трепанація в залежності від локалізації гематоми і ступеня дислокаційних змін. Енцефалотомію виконують у функціонально «німій» зоні. Видалення гематоми проводиться методом відмивання та аспірації згортків крові. Під час операції необхідно обов'язково встановити джерело ВМК і надійно зупинити кровотечу.

Стереотаксичне видалення внутрішньомозкового крововиливу проводиться в спеціалізованих нейрохірургічних відділеннях згідно стандартної методики щодо даного виду оперативного втручання.

2. Паліативні операції

Вентрикулопункція із встановленням тривалого зовнішнього вентрикулярного дренажу проводиться хворим при внутрішньошлуночкових крововиливах з розвитком ліквородинамічних порушень у вигляді гострої оклюзійної гідроцефалії. Можливо встановлення вентрикулярної приточно-відточної системи для введення тромболітиків та відмивання

гемолізованої крові під контролем нейровізуалізаційних методів діагностики в динаміці (АКТ, МРТ).

Критерії ефективності та очікувані результати

Загальна летальність при внутрішньомозкових крововиливах не повинна перевищувати 50%.

Орієнтована тривалість лікування у відділенні інтенсивної терапії та нейрохірургічному відділенні – до 14 днів. Критеріями якості лікування є збереження життя хворого із поліпшенням його загального стану, регрес загально мозкової, менингеальної симптоматики, часткове відновлення вогнищевих, неврологічних розладів.

Подальше лікування проводиться у відділенні неврології та реабілітації. При наявності кісткових дефектів пластика проводиться через 3-6 місяців.

Головний позаштатний спеціаліст

МОЗ України за спеціальністю «нейрохірургія» *Підпис*

Є.Г. Педаченко