

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 25.04.2006 № 380

Протокол**надання медичної допомоги хворим з травматичними субдуральними гематомами**

Шифр за МКХ-10: S06.5

Травматична субдуральна гематома (ТСГ) – зумовлене травмою скупчення крові між внутрішньою поверхню твердої мозкової оболонки та павутинною оболонкою на зовнішній поверхні головного мозку, яке призводить до стиснення головного мозку.

ТСГ – найбільш поширений вид внутрішньочерепних гематом. На ізольовані ТСГ припадає 40-60% випадків компресії головного мозку крововиливами.

На відміну від епідуральних гематом, ТСГ виникають як на стороні прикладення травмуючої сили, так і на протилежному боці. У 10-15% випадків спостерігаються двобічні ТСГ.

Джерелом кровотечі при формуванні ТСГ є пошкоджені внаслідок травми голови вени, які впадають у синуси головного мозку, пошкоджені поверхневі судини гемісфер (вени та артерії), ушкодження венозних синусів.

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Клінічна картина ТСГ залежить від багатьох факторів – джерела кровотечі, локалізації та розмірів крововиливу, темпу розвитку компресії головного мозку, тяжкості супутніх пошкоджень черепа та головного мозку, а також від вікових та індивідуальних особливостей хворого. Для ТСГ є характерними як гострий, так підгострий і хронічний клінічні перебіги.

Стан свідомості у хворих з ТСГ може коливатись від ясної свідомості до коми (від 15 до 3 балів за ШКГ). Для гострих ТСГ найбільш типовим є варіант без світлого проміжку в зв'язку із частотою супутніх пошкоджень головного мозку. Для підгострих ТСГ найбільш типовим є трьохфазна зміна свідомості: втрата свідомості під час травми, потім відновлення свідомості та через деякий час повторне виключення. Досить часто зустрічаються випадки зі стертим світлим проміжком.

Вогнищева симптоматика при ТСГ є менш вираженою, ніж при епідуральних гематомах та більш розсіяною. Спостерігаються симптоми випадіння та подразнення.

Типовими є порушення свідомості, гомолатеральний мідріаз та контрлатеральний геміпарез.

Патогномонічних клінічних тестів та симптомів для розпізнання ТСГ немає.

Ехо-ЕС має особливе значення для діагностики односторонніх ТСГ при відсутності можливості проведення КТ чи МРТ. Для таких ТСГ властиве зміщення серединних структур у протилежну сторону.

КТ дає змогу виявити ТСГ будь-якої локалізації за прямими та непрямими ознаками та оцінити ступінь стиснення і зміщення структур головного мозку, в тому числі і при ізоденсивних гематомах, проводити динамічне спостереження, виявляє супутні ТСГ пошкодження головного мозку.

МРТ переважає за інформативністю КТ при виявленні підгострих та хронічних, ізоденсивних ТСГ, дає можливість диференціювати ТСГ від епідуральної гематоми, а також детально дослідити стан стовбуру мозку та базальних цистерн.

У ситуації, коли немає можливості проведення КТ (МРТ), а за даними клінічного огляду неможливо виключити ТСГ, показано проведення діагностичної операції – накладання фрезевих отворів у скроневій, тім'яній та лобній ділянках, обов'язково з обох сторін.

Алгоритм надання медичної допомоги пацієнтові з ЧМТ у гострому періоді наведений у додатку.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Пацієнти з ТСГ підлягають стаціонарному лікуванню в нейрохірургічному (при відсутності – у травматологічному) відділенні.

Діагностика

Хворих з травмою голови та підозрою на наявність ТСГ потрібно негайно доправляти на обстеження та лікування в нейрохірургічне відділення.

Обстеження хворого повинне включати (в перші 3 години з часу надходження в приймальне відділення):

1. Загальний соматичний огляд з визначенням основних вітальних функцій (дихання, пульс, АД).
2. Неврологічний огляд.
3. КТ головного мозку в перші 60 хвилин (*основний метод діагностики ТСГ*).
4. Рентгенографія черепа в 2 проекціях.
5. ЕхоЕС (при відсутності КТ).
6. Визначення групи крові та резус-фактора.
7. Загальний аналіз крові та сечі.
8. Аналіз крові на вміст цукру, алкоголю. Проба Раппопорта.
9. Біохімічне дослідження крові (електроліти, загальний білок), показників осмолярності плазми крові та гематокриту. Контроль згортання крові.

Лікування

Обсяг та послідовність надання лікувальної допомоги залежать від клінічної фази, клінічної форми та розмірів ТСГ.

У фазі декомпенсації (типово для гострих ТСГ з забоями головного мозку) лікування починається з часу поступлення хворого в приймальне відділення за алгоритмами інтенсивної терапії.

Основним методом лікування хворих з ТСГ є хірургічне видалення гематоми.

Показання до хірургічного видалення ТСГ:

1. Клінічні ознаки стиснення головного мозку хоча б за одним із критеріїв: вогнищевим, загальнономозковим, дислокаційним.
2. Повторне порушення чи погіршення свідомості при наявності світлого проміжку.
3. Наявність хоча б однієї ознаки за КТ (МРТ): зміщення серединних структур >5 мм, деформація базальних цистерн, грубе стиснення гомолатерального бокового шлуночка з дислокаційною контрлатеральною гідроцефалією незалежно від розмірів та локалізації ТСГ.

Наявність одного з наведених вище критеріїв потребує невідкладного хірургічного втручання. Діагностика, визначення показань до хірургічного видалення ТСГ та направлення хворого в операційну мають бути проведені в перші 3 години з часу госпіталізації.

Гострі ТСГ мають досить широке поширення над гемісферою головного мозку, нерідко сполучаються з іншими видами внутрішньочерепних крововиливів, тому перевага надається широкій кістково-пластичній трепанації черепа, яка дає змогу повністю видалити ТСГ, знайти джерело кровотечі та, при необхідності, завершити операцію «зовнішньою» декомпресією із видаленням кісткового клаптя. Після розтину твердої мозкової оболонки (ТМО) видаляють гематому (згортки крові відмивають від поверхні мозку фізіологічним розчином, а потім видаляють аспіратором чи вікончатим пінцетом). Проводять гемостаз. Субдурально встановлюють дренажні трубки, які виводять через контрапертури. При набряку мозку ТМО не зашивають або герметично зашивають за рахунок пластики додатковими тканинами (розшарування ТМО, фасція скроневого м'яза, поверхнева фасція стегна, штучна ТМО). При наявності набряку мозку кістковий клапоть видаляють. М'які тканини зашивають пошарово. Протягом доби після операції проводять промивання субдурального простору через дренажі по закритому контуру. Дренажі видаляють через добу.

Альтернативними методами хірургічного втручання при підгострих ТСГ є ендоскопічне видалення ТСГ, а також видалення ТСГ через два розширені фрезеві отвори з активним дренажуванням порожнини гематоми протягом 2-3 днів.

Лікування в післяопераційному періоді включає, залежно від стану хворого, заходи інтенсивної терапії (за показаннями). Проводять динамічне (клінічне, лабораторне, рентгенологічне та ін.) спостереження за загальносоматичним та неврологічним статусом, КТ-контроль (на 1-3 добу після хірургічного втручання чи при погіршенні стану хворого). При відсутності КТ проводять ЕхоЕГ в динаміці.

Протипоказання до оперативного лікування: 1) атонічна кома з наявністю грубих вітальних порушень; 2) верифікована смерть мозку за визначеними нормативними документами МОЗ України критеріями; 3) критичні порушення системи згортання крові (тромбоцитопенія – кількість тромбоцитів $50 \cdot 10^3$ мкл і нижче).

Нехірургічне лікування хворих з ТСГ

Обов'язковою передумовою нехірургічного лікування хворих з ТСГ є госпіталізація в нейрохірургічне відділення, де забезпечені цілодобове чергування нейрохірурга, умови для проведення КТ (МРТ) цілодобово, можливості для нейрохірургічного втручання в будь-який час.

Показання до нехірургічного лікування ТСГ:

Стабільний, відносно задовільний стан хворого (ШКГ 15-13 балів) за відсутності чи при мінімальній, не наростаючій вогнищевій та загальномоозковій симптоматиці, за відсутності клінічних ознак дислокації мозку (припустиме зміщення серединних структур мозку за даними КТ, МРТ до 5 мм без ознак дислокаційної гідроцефалії, без деформації базальних цистерн).

При виборі нехірургічного методу лікування ТСГ проводять динамічне (клінічне, лабораторне, рентгенологічне та ін.) спостереження за загальносоматичним та неврологічним статусом, контроль КТ на 3-14 добу та перед випискою зі стаціонару чи при погіршенні стану хворого, при збільшенні зміщення серединного ехо. ЕхоЕГ проводять щоденно. Медикаментозне лікування ТСГ у таких випадках включає гемостатичну (1-3 дні), дегідратаційну, протизапальну, знеболюючу, розсмоктуючу та симптоматичну терапію (за показаннями).

Критеріями ефективності та очікуваними результатами лікування хворих із ТСГ є поліпшення загального стану хворого, регрес неврологічної симптоматики та компресійно-дислокаційних симптомів за даними КТ (МРТ).

Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах – до 15 діб.

При стабілізації стану хворого показано продовження лікування у відділенні реабілітації або неврології.

**Директор
Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Підпис

Р.О. Моїсеєнко