

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 25.04.2006 № 380

**Протокол
лікування хворих із хронічними субдуральними гематомами**

Шифр за МКХ-10: Т 90.5

Хронічні субдуральні гематоми (ХСГ) – це відокремлені капсулою крововиливи між твердою і павутинною оболонками, що викликають стиснення головного мозку і клінічно проявляються через кілька тижнів після травми.

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Клінічна картина ХСГ залежить від **латералізації** (лівобічні, правобічні, двобічні), **локалізації** (супратенторіальні, субтенторіальні), **об'єму** (малі – до 50 см³, середні – від 50 до 100 см³, великі – більше 100 см³), вікових, індивідуальних особливостей хворого та **фази перебігу ХСГ**:

1. Фаза клінічної компенсації (проявляється клінікою астено-невротичного синдрому, епізодами цефалгії).

2. Фаза клінічної субкомпенсації (порушення свідомості до рівня легкого оглушення, психічні порушення, що можуть бути основним симптомом у клініці, вогнищеві симптоми у вигляді легкого геміпарезу, афатичних порушень).

3. Фаза помірної клінічної декомпенсації (загальний стан – середньої важкості, свідомість порушена до глибокого оглушення, психічні порушення, вогнищева симптоматика, окремі дислокаційні стовбурові ознаки тенторіального рівня).

4. Фаза грубої клінічної декомпенсації (загальний стан тяжкий, свідомість порушена до ступеня сопор – кома I-II, груба підкоркова та стовбурова симптоматика з вітальними порушеннями).

5. Термінальна фаза (свідомість порушена до рівня термінальної коми з грубими порушеннями життєво важливих функцій).

За клінічним розвитком виділяють на псевдотуморозний, інсультподібний та ремітуючий перебіг ХСГ.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Пацієнти з ХСГ підлягають стаціонарному лікуванню в нейрохірургічному відділенні.

Діагностика

Діагностичні заходи включають:

1. Виявлення наявності травми голови в анамнезі (часто без втрати свідомості).

2. Оцінка скарг та неврологічної симптоматики.

3. Інструментальні методи обстеження:

а) рентгенологічні:

- оглядова краніографія (можуть спостерігатись гіпертензивні ознаки, симптоми об'ємного впливу - зміщення в протилежний бік звапненої шишкоподібної залози).

б) нейровізуалізуючі:

- комп'ютерна томографія (КТ) – прямі (гіпо- та гетероденсивні гематоми) та непрямі (дислокаційні) ознаки (ізоденсивні гематоми);

- магнітно-резонансна томографія (МРТ) – (ведучий метод діагностики при хронічних гематомах усіх видів щільності – «золотий» стандарт діагностики);

- церебральна ангіографія (безсудинна зона, дислокації магістральних судин).

- в) ультразвукове дослідження (при відсутності КТ, МРТ):

- ехоенцефалографія – зміщення М-ехо на 5 мм і більше. При двобічних гематомах зміщення М-ехо може не бути.

Лікування

Абсолютними показаннями до **хірургічного лікування** є компресивно-дислокаційні зміни за даними КТ чи МРТ.

Відносними показаннями до хірургічного лікування є невеликий об'єм гематоми при клінічних ознаках психічних порушень без дислокаційних змін за даними КТ або МРТ.

Протипоказанням до оперативного втручання може бути тільки декомпенсована соматична патологія. У фазі декомпенсації лікування проводиться з часу поступлення хворих у приймальне відділення за алгоритмами інтенсивної терапії.

Перед оперативним втручанням проводиться комплекс обстеження соматичного статусу хворих із залученням терапевта. Оцінюється можливий ризик хірургічного втручання та анестезіологічного забезпечення.

Методи хірургічного втручання

1. Мініінвазивний – евакуація ХСГ через фрезевий отвір (отвори), дренажування порожнини гематоми; «Twist-drill» краніотомія; ендоскопічна евакуація гематоми.

2. Кістково-пластична краніотомія.

Мініінвазивний метод хірургічного втручання показаний при:

- 1) однокамерній, рідше двокамерній будові гематоми;
- 2) гематомі у вигляді рідини або у вигляді рідина-згусток.

Кістково-пластична краніотомія показана при:

- 1) багатокамерній будові гематоми з багатьма перетинками, що займають значну частину об'єму гематоми;
- 2) гематомі у вигляді щільного згортка або при її кальцифікації;
- 3) рецидивах гематоми.

Втручання проводять під загальним знеболюванням, кістково-пластична трепанація потребує використання ШВЛ.

Можливі післяопераційні ускладнення:

1. Рецидив гематоми.
2. Формування гострих субдуральних, епідуральних та внутрішньомозкових крововиливів.
3. Пневмоцефалія.
4. Гнійно-запальні ускладнення.
5. Тромбоемболія.

У післяопераційному періоді призначають антибіотики (5-7 діб), знеболюючі, ноотропи, судинні препарати, проводиться профілактика тромбоемболії.

Нехірургічне лікування хворих з ХСГ

Нехірургічне лікування хворих із ХСГ допускається при ХСГ малого об'єму (до 50 см³), відсутності неврологічного дефіциту, компресійно-дислокаційних змін та можливості періодичного КТ чи МРТ контролю. Нехірургічне лікування включає помірну дегідратацію, ноотропі, судинні, протисудомні препарати (за показаннями).

Критеріями ефективності та очікуваними результатами лікування хворих із ХСГ є поліпшення загального стану хворого з частковим регресом загальнономозкової та вогнищевої симптоматики, регрес компресійно-дислокаційних змін (за даними КТ чи МРТ) від 3 тижнів до 6 місяців після операції.

Орієнтовна тривалість лікування у нейрохірургічному відділенні – до 15 діб.

Подальше стаціонарне лікування показане у відділенні реабілітації або неврології.

Директор

**Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Підпис

Р.О. Моїсєнков