

Субарахноидальное кровоизлияние



Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2017 (Казахстан)

Одобрено

Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг

Министерства здравоохранения Республики Казахстан

от «25» мая 2017 года

Протокол №23

Субарахноидальное кровоизлияние – это кровоизлияние в заполненное спинномозговой жидкостью пространство между паутинной и мягкой оболочками, называемое подпаутинным пространством.

Классификация

Степень	Симптоматика
1	Отсутствие выраженной неврологической симптоматики (легкая головная боль, незначительная оболочечная симптоматика)
2	Выраженная головная боль и оболочечная симптоматика без очаговых неврологических симптомов
3	Поверхностные нарушения сознания (сомнолентность, спутанность) при минимальной очаговой неврологической симптоматике
4	Глубокое оглушение, умеренная или выраженная очаговая неврологическая симптоматика
5	Глубокая кома, дещеребрационная симптоматика

По этиологии развития кровоизлияния:

- артериальная гипертензия;
- сосудистые аневризмы и артерил-венозные мальформации;
- кавернозные и венозные ангиомы;
- прием антикоагулянтов, антиагрегантов и фибринолитических средств (аспирин, гепарин, варфарин);
- амилоидная ангиопатия;
- тромбоцитопения, гемофилия;
- васкулиты при аутоиммунных заболеваниях;
- циррозы печени;
- наркомания, хронический алкоголизм, ВИЧ;

- болезнь мойя-мойя;
- диссекция артерии;

Диагностика

ДИАГНОСТИКА НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Диагностические критерии:

Жалобы:

- сильнейшая головная боль (85-100% случаев) с возможной потерей сознания у 50-60% больных;
- тошнота, рвота, светобоязнь;
- частое развитие эмоционального возбуждения;
- подъема АД;
- иногда гипертермии;
- возможны менингеальные симптомы;
- возможны судорожные припадки.

Анамнез:

- относительно молодой возраст больных (25-50 лет);
- начало заболевания внезапное, без предвестников, среди полного здоровья, во время активной, особенно физической деятельности;
- артериальная гипертензия;
- заболевания крови;
- прием антикоагулянтов.

Физикальное обследование:

Общий осмотр:

- *бледные кожные покровы;*
- *холодный пот.*

Неврологический осмотр:

Оценка уровня сознания по шкале ком Глазго, при наличии клинической картины субарахноидального кровоизлияния помимо общих клинических исследований необходимо провести оценку тяжести состояния по шкале Hunt-

Дифференциальный диагноз

Симптомы	Субарахноидальное кровоизлияние	Менингоэнцефалит	Ишемический инфаркт мозга
----------	---------------------------------	------------------	---------------------------

Предшествующие проходящие ишемические атаки	Отсутствуют	Отсутствуют	Часто
Начало	Внезапное (1-2 мин.)	Острое	Более медленное
Головная боль	Очень сильная	Сильная	Слабая или отсутствует
Рвота	Часто	Часто	Не типична, за исключением поражения ствола мозга
Гипертония	Не часто	Не часто	Часто
Сознание	Может быть потеряно мгновенно	Обычно в сознании	Может быть потеряно
Ригидность шейных мышц	Всегда	Всегда	Отсутствует
Гемипарез	Редко; не с самого начала болезни	Редко	Часто с самого начала болезни
Дисфазия	Очень редко	Редко	Часто
Ликвор (ранний анализ)	Всегда кровянистый	Церебральная жидкость вытекает под большим давлением, лимфоцитарный плеоцитоз, нейтрофилез, цитоз превышает 1000 в 1 мкл., повышение содержания белка.	Обычно бесцветный
Кровоизлияние в сетчатку	Может быть	Отсутствует	Отсутствует
Возраст	Чаще в 25-50 лет	Все возрастные категории, чаще молодой	старше 50 лет
КТ, МРТ - картина	В 1-е сутки в 95% случаев выявляется наличие крови в субарахноидальном пространстве головного мозга. Также можно определить присутствие крови в желудочках мозга,	Односторонние и двухсторонние очаговые изменения головного мозга	признаки очага ишемии головного мозга

	<p>выявить гидроцефалию, наличие и распространенность отека мозга, синдромы отека- дислокации мозга. Аневризмы, артериовенозные мальформации.</p>		
--	---	--	--

Лечение

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА ДГЭ:

ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Медикаментозное лечение.

-проведение гипотензивной терапии, целесообразно лишь при существенном подъеме систолического АД, составляющим 200/110 мм рт. ст. и более, острой левожелудочковой недостаточности, инфаркте миокарда и расслоении грудного отдела аорты.

- экстремально высокое АД следует снижать до систолического АД равного 160-170 мм.рт.ст. Снижение систолического АД менее 130-140 мм.рт.ст. нецелесообразно.

Обеспечение адекватной оксигенации:

Обеспечить **возвышенное положение головного конца (30 градусов)**.

Туалет верхних дыхательных путей, при необходимости установить воздуховод. При транспортировке в условиях реанимобиля, **ИВЛ по показаниям**: угнетение сознания ниже 8 баллов по шкале ком Глазго, тахипноэ 35-40 в 1 минуту, брадипноэ менее 12 в 1 минуту, снижение рО₂ менее 60 мм.рт.ст., а рСО₂ более 50 мм.рт.ст., в артериальной крови и жизненная емкость легких менее 12 мл/кг массы тела, нарастающий цианоз.

При **SaO₂ менее 95%** необходимо проведение **оксигенотерапии** (начальная скорость подачи кислорода 2-4 л/мин.)

NB! Концепция «Время-мозг»: Экстренная транспортировка в ближайший инсультный центр(40минут-3часа-6часов).

