

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ



УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Е.Л. Богдан

2025 г.

Регистрационный № 050-1025

МЕТОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКИМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ И НЕТРАВМАТИЧЕСКИМ
СУБДУРАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр неврологии и
нейрохирургии»; учреждение здравоохранения «Витебская областная
клиническая больница»; учреждение здравоохранения «5-я городская
клиническая больница» г. Минска

АВТОРЫ: д.м.н., профессор, член-корреспондент Национальной академии
наук Беларуси Шанько Ю.Г., Рябчикова Ю.О., к.б.н., доцент Пархач Л.П.

Минск, 2025

В настоящей инструкции по применению изложен метод терапевтического лечения пациентов с травматическим и нетравматическим субдуральным кровоизлиянием (МКБ 10: S06.5 и I62.0), осложненным хроническим течением (хронической субдуральной гематомой), включающий схемы внутривенного и перорального применения лекарственных препаратов для подавления хронического течения субдуральных кровоизлияний и лизиса капсулы хронической субдуральной гематомы (далее – метод).

Инструкция предназначена для врачей-нейрохирургов, врачей-хирургов, врачей-неврологов, врачей-анестезиологов-реаниматологов и иных врачей-специалистов учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с травматическими и нетравматическими субдуральными кровоизлияниями, осложненными хроническим течением (хронической субдуральной гематомой) в стационарных и(или) амбулаторных условиях, и(или) в отделениях дневного пребывания.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Травматическое субдуральное кровоизлияние (МКБ 10: S06.5), осложненное хроническим течением (хронической субдуральной гематомой), при клинической компенсации или субкомпенсации пациента, при степени нарушения сознания по шкале комы Глазго (ШКГ) >13 баллов (Приложение) и наличии признаков внутричерепной гипертензии и (или) мягко выраженной очаговой неврологической симптоматики.

2. Нетравматическое субдуральное кровоизлияние (МКБ 10: I62.0), осложненное хроническим течением (хронической субдуральной гематомой), в случае невозможности хирургического лечения (или отказа пациента от него) при клинической компенсации или субкомпенсации, пациента, при ШКГ >13 и наличии признаков внутричерепной гипертензии и (или) мягко выраженной очаговой неврологической симптоматики.

3. Нетравматическое субдуральное кровоизлияние (МКБ 10: I62.0), осложненное хроническим течением (хронической субдуральной гематомой), после проведенного хирургического лечения и неполного удаления хронической субдуральной гематомы при клинической компенсации или субкомпенсации пациента, ШКГ >13 и наличии признаков внутричерепной гипертензии и (или) мягко выраженной очаговой неврологической симптоматики.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Острые и хронические заболевания в стадии декомпенсации.
2. Иные противопоказания, соответствующее таковым для медицинского применения медицинских изделий и лекарственных препаратов, необходимых для реализации метода, изложенного в настоящей инструкции.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

1. Дексаметазон 0,5 мг, таблетки.
2. Дексаметазон 8 мг, раствор.
3. Изотонический раствор хлорида натрия.
4. Омепразол 20 мг, капсулы
5. Транексамовая кислота 1000 мг, раствор.
6. Транексамовая кислота 250 мг, таблетки.
7. Реополиглюкин 10%, раствор.
8. Ривароксабан 2,5 мг, таблетки.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Технология использования метода включает схемы внутривенного и перорального применения лекарственных препаратов для подавления хронического течения субдуральных кровоизлияний и лизиса капсулы хронической субдуральной гематомы (п. 3 и п. 6 технологии использования метода), а также контрольные мероприятия до, вовремя и после применения схем внутривенного и перорального применения лекарственных препаратов (п. 2, п. 4, п. 5, п. 7, п. 8, п. 9 технологии использования метода).

1. Медицинскую помощь пациентам с травматическими или нетравматическими субдуральными кровоизлияниями продолжают оказывать согласно клиническому протоколу, определяющему лечение пациентов с субдуральными кровоизлияниями.

2. До применения схемы внутривенного введения лекарственных препаратов в стационарных условиях (п.3 технологии использования метода) выполняют ряд контрольных мероприятий:

2.1. Осуществляют контроль артериального давления (АД). При показателях систолического артериального давления (САД) выше 140 мм.рт.ст., оказывают медицинскую помощь согласно клиническому

протоколу, определяющему лечение болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением (I10-I15)).

2.2. Осуществляют контроль содержания глюкозы в крови. При показателях выше 6,1 Ммоль/л оказывают медицинскую помощь согласно клиническому протоколу, определяющему лечение повышенного содержания глюкозы в крови (R73) и сахарного диабета (E10-E14).

2.3. Осуществляют контроль уровня гематокрита в крови. При показателях выше 40% достигают снижения уровень гематокрита до значений 30-40% путем применения низкомолекулярных декстранов (раствор реополиглюкина) в суточной дозе до 400 мл внутривенно капельно.

2.4. С целью гастропротекторной функцией на весь период лечения назначают ингибитор протонной помпы: омепразол 20 мг по 1 капсуле 2 раза в день.

3. Схема внутривенного введения лекарственных препаратов в стационарных условиях.

В течение первых 14 суток применения метода вводят внутривенные лекарственные препараты:

3.1. транексамовую кислоту применяют в виде инфузий в изотоническом растворе хлорида натрия (1000 мг на 250 мл) в течении 30 минут;

3.2. дексаметазон применяют в виде инфузий в изотоническом растворе хлорида натрия (8 мг на 100 мл) в течении 20 минут каждые 12 часов.

4. Во время применения схемы внутривенного введения лекарственных препаратов в стационарных условиях (п.3 технологии использования метода) выполняют ряд контрольных мероприятий:

4.1. Осуществляют ежедневный контроль АД. При повышении показателей САД во время применения схемы внутривенного введения растворов транексамовой кислоты и дексаметазона до 140 мм.рт.ст. и выше оказывают медицинскую помощь согласно клиническому протоколу, определяющему лечение болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением (I10-I15)). Контроль АД в этом случае осуществляют 2-3 раза в сутки до нормализации показателей в течении 3 суток.

4.2. Осуществляют контроль содержания глюкозы каждые 5-7 дней при отсутствии жалоб пациента. При повышении содержания глюкозы во

время применения схемы внутривенного введения растворов транексамовой кислоты и дексаметазона до 6,1 Ммоль/л и выше оказывают медицинскую помощь согласно клиническому протоколу, определяющему лечение повышенного содержания глюкозы в крови (R73) и сахарного диабета (E10-E14). Контроль содержания глюкозы в этом случае осуществляют 2-3 раза в сутки до нормализации показателей в течении 3 суток.

4.3. Осуществляют контроль уровня гематокрита каждые 7 суток при отсутствии жалоб пациента:

4.3.1. При показателях уровня гематокрита 30-40% без применения низкомолекулярных декстранов схему внутривенного введения растворов транексамовой кислоты и дексаметазона продолжают, применение низкомолекулярных декстранов не осуществляют.

4.3.2. При показателях уровня гематокрита 30-40% с применением низкомолекулярных декстранов схему внутривенного введения растворов транексамовой кислоты и дексаметазона продолжают, применение низкомолекулярных декстранов прекращают.

4.3.3. При сохраняющемся высоком уровне гематокрита (более 40%) с применением низкомолекулярных декстранов схему внутривенного введения растворов транексамовой кислоты и дексаметазона продолжают, применение низкомолекулярных декстранов продолжают.

5. После применения схемы внутривенного введения лекарственных препаратов в стационарных условиях проводят контрольное РКТ головы:

5.1. При уменьшении объема хронической субдуральной гематомы на 30% и менее от исходного объема повторяют п.3. и п.4 технологии использования метода.

5.2. При уменьшении объема хронической субдуральной гематомы на 50% и более от исходного объема:

5.2.1. выполняют постепенную отмену дексаметазона, применявшегося согласно п.3.2. технологии использования метода, по схеме:

8мг-0мг-4мг – первые сутки;

4мг-0мг-4мг – вторые сутки;

4мг-0мг-0мг – третьи сутки;

0мг-0мг-0мг – четвертые сутки;

5.2.2. начинают пероральный прием лекарственных препаратов согласно п.6 технологии использования метода.

6. Схема перорального приема лекарственных препаратов в амбулаторных условиях и(или) в отделениях дневного пребывания.

В течение последующих 14 суток применения метода лекарственные препараты применяют перорально по схеме:

6.1. транексамовая кислота: 250 мг по 1 таблетке 2 раза в день до 14 дней;

6.2. дексаметазон: 0,5 мг по 1 таблетке 1 раз в первой половине дня до 14 дней.

7. Во время применения схемы перорального приема лекарственных препаратов в амбулаторных условиях и(или) в отделениях дневного пребывания (п.6. технологии использования метода) выполняют ряд контрольных мероприятий:

7.1. Пациент самостоятельно осуществляет ежедневный контроль АД. При повышении показателей САД до 140 мм.рт.ст. пациенту оказывают медицинскую помощь согласно клиническому протоколу. При наличии показаний пациента госпитализируют.

7.2. Осуществляют контроль содержания глюкозы на 12-14 сутки от начала приема лекарственных препаратов в амбулаторных условиях при отсутствии жалоб пациента. При повышении содержания глюкозы до 6,1 Ммоль/л и выше пациенту оказывают медицинскую помощь согласно клиническому протоколу. При наличии показаний пациента госпитализируют.

7.3. Осуществляют контроль уровня гематокрита на 12-14 сутки от начала приема лекарственных препаратов (транексамовой кислоты и дексаметазона) в амбулаторных условиях при отсутствии жалоб пациента. При показателях уровня гематокрита выше 40% пациенту с назначают ривароксабан: 2,5 мг по 1 таблетке 2 раза в день не менее 21 дня и не более 2 месяцев до достижения уровня гематокрита 30-40%.

8. Проводят контрольную РКТ головы через 4 месяца от начала применения метода.

При сохранении части капсулы повторяют п.6. и п.7. технологии использования метода.

8. Проводят контрольную РКТ головы через 12 месяцев от начала применения метода – убеждаются в отсутствии хронической субдуральной гематомы и ее капсулы.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

1. Отсутствие хронической субдуральной гематомы.
2. Отсутствие капсулы субдуральной гематомы.
3. Восстановление уровня сознания (ШКГ 15 баллов).
4. Отсутствие признаков внутричерепной гипертензии и (или) очаговой неврологической симптоматики.
5. Регресс дислокационных нарушений и (или) расправление субарахноидальных пространств.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Со стороны пищеварительной системы: в отдельных случаях тошнота, рвота, диарея.

Лечение: терапевтическое.

Аллергические реакции: кожные аллергические реакции.

Лечение: терапевтическое.

Шкала комы Глазго

Шкала комы Глазго (ШКГ) — шкала для оценки степени нарушения сознания и комы взрослых и детей старше 4-х лет.

Баллы начисляются за наилучшее наблюдение в процессе осмотра.

Открывание глаз:

4 балла – открывает самопроизвольно, наблюдает;

3 балла – реакция на голос;

2 балла – реакция на боль;

1 балл – не открывает.

Речевая реакция:

5 баллов – ориентирован, быстрый и правильный ответ на заданный вопрос;

4 балла – произносит фразы, но речь бессвязная;

3 балла – произносит отдельные слова;

2 балла – издаёт звуки, но не слова;

1 балл – никаких звуков.

Двигательная реакция:

6 баллов – выполнение движений по голосовой команде;

5 баллов – локализует боль, пытается её избежать;

4 балла – бессмысленные движения в ответ на боль;

3 балла – патологическое сгибание в ответ на боль (декортикационная ригидность);

2 балла – патологическое разгибание в ответ на боль (децеребрационная ригидность);

1 балл – не двигается.

Интерпретация полученных результатов:

15 баллов – сознание ясное;

14-13 баллов – легкое оглушение;

12-11 баллов – глубокое оглушение;

10-9 баллов – сопор;

8-6 баллов – умеренная кома;

5-4 баллов – глубокая кома;

3 балла – запредельная кома, смерть мозга.