

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ИНТРАКРАНИЈАЛНИ ХЕМАТОМИ ВО НЕВРОЛОГИЈАТА И
НЕВРОХИРУРГИЈАТА

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на медицинско згрижување на интракранијални хематоми во неврологијата и неврохирургијата преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на медицинско згрижување на интракранијални хематоми во неврологијата и неврохирургијата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на интракранијални хематоми во неврологијата и неврохирургијата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6551/2

3 декември 2012 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

ИНТРАКРАНИЈАЛНИ ХЕМАТОМИ

МЗД упатство
16.11.2010

- Основни податоци
- Прва помош
- Дијагноза
- Епидурален хематом
- Субдурален хематом
- Интрацеребрален хематом
- Покачен интракранијален притисок
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Сомневање за интракранијален хематом се поставува кога пациент со повреда на главата:
 - Има прогресивна главоболка, конфузија, немир
 - Има невролошки симптоми на едната страна од телото, главно хемипареза
 - Има епилептични напади
 - Има бессознание или променета свест
 - Има дилатација на зеницата како знак на заканувачка мозочна хернија (итна состојба).
- Дијагнозата мора да биде поставена брзо, а за пациент во бессознание мора да биде поставена веднаш. Ако постои сомнение дека причината за загубата на свеста е хематом, а препраќањето на пациентот ќе биде причина за одложување, консултирајте директно неврохирург.

ПРВА ПОМОШ

- Вентилација (интубација)
- Циркулација (инфузија)
- Трансфузија и итни операции индицирани поради повредите
- Забелешка за вратниот 'рбет: крута цервикална јака за време на транспортот.

ДИЈАГНОЗА

- Скенирањето со КТ е секогаш потребно за поставување на дијагнозата хематомот, не смее да се третира во установа без овој метод на визуелизација.
- По тешка повреда, скенирањето со КТ треба да се повтори шест часа по првото скенирање, а во сите случаи рутински по 24 часа.

ЕПИДУРАЛЕН ХЕМАТОМ

- Типичен за деца и за млади луѓе. Механизмот на повреда може да биде лесен, пациентот често е свесен во почетокот.
- Брзо заматување на свеста, едностранни невролошки симптоми и дилатација на која било зеница се знаци за сериозна хернијација. Во оваа фаза, на пациентот му е потребно моментно згрижување и нема да го поднесе транспортот ако трае подолго од два часа.

- Хематомите се отстрануваат со широка краниотомија. Дуралното артериско крвање е најчеста причина. Во 80 проценти од случаите хематомот се наоѓа во пределот на темпоралниот лобус.
- Заздравувањето е брзо и комплетно, под претпоставка дека нема дополнителни повреди и одложување во третманот.

СУБДУРАЛЕН ХЕМАТОМ

- Во итни ситуации може да се сретне вистински акутен хематом или хематом од пред извесно време, кој станал симптоматски со времето.

Акутен субдурален хематом

- Често е придружен со мозочна контузија.
- Предизвикан со артериско или со венско крвање во контузирано мозочно ткиво или поради руптура на сагиталниот синус.
- Хематомот е голем и често преминува преку средината над другата хемисфера.
- Пациентите често се стари или алкохоличари.
- Атрофијата на мозокот или антикоагулантната терапија го зголемува ризикот од крвање.
- Хематомот се евакуира со краниотомија.
- Резултатот на операцијата зависи од тоа кога е извршена.
- Смртноста е неколку десетици проценти.

Субакутен субдурален хематом

- Најрано се манифестира три дена по повредата. Задоцнувањето значи дека првичната повреда била поблага.
- Пациентите често се алкохоличари, чии што првични симптоми се маскирани поради пијанство, а можни се рекурентни повреди. Субдуралните хематоми често се причина за смрт во тек на притвор.
- Хематомот се отстранува со краниотомија.
- Заздравувањето е подобро отколку кај акутните субдурални хематоми.

Хроничен субдурален хематом

- Симптомите се појавуваат неколку недели или месеци по повредата.
- Пациентите често се стари луѓе што доаѓаат со симптоми како конфузија, проблеми со рамнотежата или проблеми со паметењето. Пациентите често примаат антикоагулантна терапија.
- Првичната повреда често е лесна (пад) и се заборава. Дијагнозата е акутна поради брзиот развој на симптомите (главоболка, хемипареза или, во многу случаи колеблива, заматена свест), што укажува на покачен интракранијален притисок.
- Пациентот со заматена свест треба веднаш да се оперира.
- За дренажа на течниот хроничен хематом е потребен само еден отвор.
- Свесен пациент, но со симптоми, исто така, треба да биде третиран ургентно.
- Не постои јасна граница за дебелината на хематомот што индицира потреба од третман. Кај млад пациент, хематом од 5 mm може да даде интензивни симптоми, додека кај постар пациент хематом дебел 1 cm може да биде комплетно без симптоми поради атрофијата на мозокот и може дури да биде оставен без операција.
- Потребна е само трепан дупка, за да се измие и дренира размекнатиот хроничен хематом.
- Хематомот е билатерален во 10 проценти од случаите; двете страни може да се оперираат во еден акт.
- Заздравувањето е брзо и, обично, комплетно.

- Ризикот од повторно јавување изнесува 10 до 20 проценти.
 - Скенирањето со КТ е потребно доколку пациентот повторно покаже симптоми. Во секој случај, еден месец по третманот треба да се реализира контролно скенирање со КТ.
 - Се повторува миење низ трепан дупката доколку е неопходно.
 - Краниотомија може да биде реализирана доколку хематомот се повторува. Хематомот, најверојатно, е покриен со дебели мембрани и тие треба да се отстранат за време на интервенцијата.

ИНТРАЦЕРЕБРАЛЕН ХЕМАТОМ

- Обично се придружени со дифузна контузија на мозокот. Хематомите се со променлива големина и понекогаш повеќebroјни. Според тоа, третманот е различен кај секој одделен случај.
- Симптомите зависат од механизмот на повредата.
 - Рад, обично, предизвикува крвање на долниот дел на челниот лобус и во темпоралниот лобус.
- Третманот бара чести повторувачки скенирања со КТ и следење на интракранијалниот притисок во единица а за интензивно лекување.
- Забележлив хематом што предизвикува симптоми поради притисокот и треба да се отстрани со краниотомија.
- Прогнозата зависи од тежината на мозочната контузија. Постар пациент во бессознание има лоша прогноза.

ПОКАЧЕН ИНТРАКРАНИЈАЛЕН ПРИТИСОК

- Мозочен оток и покачен интракранијален притисок може да се должат на кој било интракранијален хематом, но често се придружени со акутен субдурален хематом и со контузија на мозокот или со интрацеребрален хематом.
- Првичниот притисок на пациент во бессознание се следи во единица за интензивно лекување. Дополнително, покрај отстранување на хематомите, и постуралната терапија (поткревање на горниот дел на телото за околу 30 степени), давањето манитол или хипертоничен раствор на сол, седацијата или дренажата на цереброспиналниот ликвор можат да го намалат покачениот интракранијален притисок.
- Кога сите достапни методи за намалување на интракранијалниот притисок се применети, во екстремни случаи може да се направи екстензивна декомпресивна краниектомија (ннд-D).

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

Литература

1. Compagnone C, Murray GD, Teasdale GM, Maas AI, Esposito D, Princi P, D'Avella D, Servadei F. The management of patients with intradural post-traumatic mass lesions: a multicenter survey of current approaches to surgical management in 729 patients coordinated by the European Brain Injury Consortium. *Neurosurgery* 2007 Jul;61(1 Suppl):232-40; discussion 240-1. **PubMed**
2. Hutchinson PJ, Corteen E, Czosnyka M, Mendelow AD, Menon DK, Mitchell P, Murray G, Pickard JD, Rickels E, Sahuquillo J, Servadei F, Teasdale GM, Timofeev I, Unterberg A, Kirkpatrick PJ. Decompressive craniectomy in traumatic brain injury: the randomized multicenter RESCUEicp study (www.RESCUEicp.com). *Acta Neurochir Suppl* 2006;96():17-20. **PubMed**
3. Servadei F, Compagnone C, Sahuquillo J. The role of surgery in traumatic brain injury. *Curr Opin Crit Care* 2007 Apr;13(2):163-8. **PubMed**

РЕФЕРЕНЦИ

1. Sahuquillo J. Decompressive craniectomy for the treatment of refractory high intracranial pressure in traumatic brain injury. Cochrane Database Syst Rev 2006;(1):CD003983 [Last assessed as up-to-date: 28 May 2008]. **PubMed**

Authors: Timo Koivisto Previous authors: Matti Vapalahti Article ID: ebm00367 (018.005) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 16.11.2010, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на четири години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до април 2016 година.**