

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00367&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00367. Внутрішньочерепні травматичні гематоми

Автори: Timo Koivisto, Teemu Luoto  
Редактор оригінального тексту: Martti Teikari  
Дата останнього оновлення: 2017-06-22

## Основні положення

- Ізольовано або у вигляді комбінацій можуть виникати такі типи внутрішньочерепних гематом:
  - епідуральна гематома (= екстрадуральна гематома; між кістками черепа та твердою мозковою оболонкою)
  - субдуральна гематома (між твердою та арахноїдальною мозковими оболонками)
  - субарахноїдальна гематома (під арахноїдальною оболонкою, по поверхні мозку)
  - внутрішньомозкова гематома (в тканині головного мозку)
- Внутрішньочерепну гематому слід запідозрити, якщо у пацієнта з травмою голови
  - є прогресування симптомів після травми (таких як головний біль, блювання, сплутаність свідомості, неспокій)
  - є односторонні неврологічні симптоми, в першу чергу геміпарез
  - наявні епілептичні судоми
  - спостерігається зниження рівня свідомості

[настанова 00751] Непритомний пацієнт].
- Розширення зіниць у пацієнта без свідомості може бути ознакою загрозливого вклинення головного мозку (екстрена ситуація).

- Діагноз повинен бути встановлений швидко, пацієнту із відсутністю свідомості - негайно. Діагностика базується на даних екстреної КТ головного мозку.
- Для вибору тактики лікування внутрішньочерепної гематоми потрібно без зволікань проконсультуватися з нейрохірургом.

## Перша допомога

- Штучна вентиляція легень (інтубація)
- Підтримка кровообігу (інфузія)
- При певних травмах показана гемотрансфузія та термінове оперативне втручання
- Оптимізація згортання крові (відміна антикоагулянтної терапії, переливання тромбоцитів та ін.)
- Необхідно пам'ятати про шийний відділ хребта: при транспортуванні обов'язково використовувати жорсткий шийний комірць.

## Діагностика

- Для постановки діагнозу завжди необхідно проводити КТ (див. настанова 00366 [Черепно-мозкова травма]): гематому не можна лікувати в лікарні без комп'ютерного томографа.
- КТ потрібно повторити
  - якщо стан пацієнта погіршується (зниження оцінки за ШКГ на 2 бали і більше або поява нових неврологічних симптомів)
  - приблизно через 6 годин після першого дослідження, якщо на основі клінічної оцінки травма має як мінімум середній ступінь тяжкості, а перша КТ була виконана через невеликий проміжок часу після травми
  - зазвичай через 24 години при всіх тяжких ушкодженнях головного мозку (ШКГ  $\leq 8$ ).

## Епідуральна гематома (екстрадуральна гематома)

- Типова для дітей та молодих людей. Механізм травми може бути легким, і часто пацієнт спочатку знаходиться в свідомості.
- 3-поміж усіх пацієнтів з черепно-мозковою травмою менше 1% мають епідуральну гематому, виявлену на КТ.

- Швидке зниження рівня свідомості, поява односторонніх неврологічних симптомів, розширення однієї з зіниць є ознаками небезпечного вклинення мозку. Такий пацієнт потребує негайного лікування та повинен бути без затримки доставлений в стаціонар.
- Гематоми видаляються методом широкої краніотомії. Найчастішою причиною такої операції є кровотеча із судин твердої мозкової оболонки. У 80% випадків гематома розташована в скроневій частці.
- За відсутності забою головного мозку та затримки лікування настає швидке та повне відновлення.

## Субдуральна гематома

- Гематома, діагностована на фоні екстреного стану, може бути гострою чи давньою, симптоми якої проявились в даний момент.
- З усіх пацієнтів з черепно-мозковою травмою приблизно у 15-20% під час проведення КТ виявляють субдуральну гематому.

## Гостра субдуральна гематома

- Часто поєднується із забоем головного мозку
- Спричинена артеріальною чи венозною кровотечею в місці забою тканини головного мозку чи розривом сагітального синуса
- Гематома має великий розмір, часто розповсюджується на іншу півкулю.
- Часто спостерігається у пацієнтів похилого віку або травми на фоні прийому алкоголю.
- Лікування антикоагулянтами та похилий вік збільшують ризик кровотечі.
- Велика гематома, що викликає патологічну симптоматику, видаляється шляхом краніотомії.
- Велика частина пацієнтів потребує консервативного лікування.
- Результат хірургічного лікування залежить від того, наскільки швидко після травми була проведена операція.
- Смертність досягає декількох десятків відсотків.

## Підгостра субдуральна гематома

- Проявляється не раніше, ніж через 3 доби після травми. Відстрочені прояви зазвичай вказують на те, що травма була незначною.
- Пацієнти - часто люди похилого віку або особи, які зловживають алкоголем. Ці фактори впливають на затримку у діагностуванні травми.
- Гематома видаляється шляхом краніотомії.
- Прогноз більш сприятливий, ніж при гострій субдуральній гематомі.

## Хронічна субдуральна гематома

- Симптоми виникають тільки через декілька тижнів чи навіть місяців після травми.
- Такі пацієнти - часто люди похилого віку, в яких можуть проявлятися такі симптоми як сплутаність свідомості, порушення рівноваги чи пам'яті. Пацієнти часто отримують антикоагулянтну терапію.
- Первинна травма, як правило, легка (зазвичай падіння) та про неї часто забувають. Проте діагноз часто ставлять в екстреному порядку через швидке прогресування симптомів (головний біль, геміпарез, чи, в багатьох випадках, зниження чи флуктуація рівня свідомості), що вказує на підвищення внутрішньочерепного тиску.
- Пацієнта із зниженим рівнем свідомості оперують негайно.
- Лікування пацієнта в свідомості, але з наявністю неврологічної симптоматики також повинне проводитись в екстреному порядку.
- Не існує точних межових значень товщини гематоми для прийняття рішення про необхідність операції. У молодих пацієнтів гематома товщиною в 5 мм може викликати виражену симптоматику, в той час як у пацієнтів похилого віку гематома товщиною 1 см може бути безсимптомною через атрофію головного мозку та не потребувати оперативного лікування.
- Для промивання та дренивання зрідженої хронічної гематоми потрібен один трепанаційний отвір.
- Гематома є двосторонньою в 19% випадків; гематоми з 2-х сторін можуть бути видалені під час однієї операції.
- Відновлення швидке, симптоми зазвичай повністю зникають.
- Ризик рецидиву становить до 33%.

- КТ головного мозку варто проводити, якщо у пацієнта знову з'являються симптоми, що були до операції.
- В будь-якому випадку КТ-контроль голови повинно бути проведено приблизно через місяць після операції.
- За необхідності проводять повторне промивання порожнини гематоми через трепанаційний отвір.
- При повторних рецидивах гематоми проводять краніотомію. Гематома, ймовірно, при цьому буде вкрита твердою капсулою, яку видаляють під час операції.

## Субарахноїдальний крововилив

- Часто розповсюджується дифузно по конвексимальній поверхні мозку та зустрічається разом з іншими внутрішньочерепними травматичними змінами.
- Крововилив може бути внутрішньошлуночковим.
- З-поміж усіх пацієнтів з черепно-мозковою травмою приблизно у 10-15% виявляють субарахноїдальний крововилив під час проведення КТ.
- За наявності ізольованого субарахноїдального крововиливу лікування в гострому періоді переважно консервативне. На пізніших стадіях може виникнути сполучна (не обструктивна) гідроцефалія, що потребує лікування.
- Фактори ризику поганого відновлення після травми головного мозку

## Внутрішньомозкова гематома

- Зазвичай виникає на фоні масивного забою головного мозку. Гематоми бувають різних розмірів, іноді виявляють множинні гематоми. Таким чином схема лікування є індивідуальною.
- Прояви також залежать від механізму травми.
  - При падінні з висоти крововилив виникає зазвичай в базальних відділах лобних долей та в скроневих долях.
- Лікування проводять у відділенні інтенсивної терапії, необхідне часте виконання КТ та моніторинг внутрішньочерепного тиску.
- Велику гематому, що спричиняє підвищення внутрішньочерепного тиску, видаляють шляхом краніотомії.

- Прогноз залежить від ступеня тяжкості забою головного мозку. Прогноз для пацієнтів похилого віку без свідомості несприятливий.

## Підвищений внутрішньочерепний тиск

- Див. [\[настанова|00750|Підвищений внутрішньочер...\]](#).
- набряк мозку та підвищення внутрішньочерепного тиску можуть виникати через будь-яку внутрішньочерепну гематому, проте найчастіше це буває на фоні гострої субдуральної гематоми, забою головного мозку чи внутрішньомозкової гематоми.
- Моніторинг внутрішньочерепного тиску пацієнта без свідомості проводять у відділенні інтенсивної терапії. Окрім видалення гематоми тиск можна зменшити шляхом постуральної терапії (підйом голови та верхньої частини тулуба на 30°), введення манітолу чи гіпертонічного розчину хлориду натрію, шляхом седації пацієнта та дренивання спинномозкової рідини.
- При неефективності всіх способів зниження внутрішньочерепного тиску у виняткових випадках проводять широку декомпресійну краніотомію [\[Доказ|D|05214\]](#).
- У пацієнтів із внутрішньочерепним крововиливом можна коротким курсом (приблизно 1 тиждень) проводити профілактичне протиепілептичне лікування (наприклад, із застосуванням фенітоїну чи леветірацетаму).

## Пов'язані ресурси

- Література [\[Пов'язані|00398|Intracranial haematomas ...\]](#)

## Джерела інформації

R1. Stippler M, Smith C, McLean AR et al. Utility of routine follow-up head CT scanning after mild traumatic brain injury: a systematic review of the literature. Emerg Med J 2012;29(7):528-32. [\[PubMedID|22307924\]](#)

R2. Brown CV, Zada G, Salim A et al. Indications for routine repeat head computed tomography (CT) stratified by severity of traumatic brain injury. J Trauma 2007;62(6):1339-44; discussion 1344-5. [\[PubMedID|17563645\]](#)

R3. Luoto T. Clinical assessment of acute mild traumatic brain injury [Thesis]. Tampere University Press: Acta Universitatis Tamperensis 1940. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1424

R4. Bajsarowicz P, Prakash I, Lamoureux J et al. Nonsurgical acute traumatic subdural hematoma: what is the risk? J Neurosurg 2015;123(5):1176-83. [\[PubMedID|25955872\]](#)

R5. Wilberger JE Jr, Harris M, Diamond DL. Acute subdural hematoma: morbidity, mortality, and

operative timing. J Neurosurg 1991;74(2):212-8. [PubMedID|1988590]

R6. Ivamoto HS, Lemos HP Jr, Atallah AN. Surgical Treatments for Chronic Subdural Hematomas: A Comprehensive Systematic Review. World Neurosurg 2016;86():399-418. [PubMedID|26485412]

R7. Servadei F, Murray GD, Teasdale GM et al. Traumatic subarachnoid hemorrhage: demographic and clinical study of 750 patients from the European brain injury consortium survey of head injuries. Neurosurgery 2002;50(2):261-7; discussion 267-9. [PubMedID|11844260]

R8. Yang Y, Zheng F, Xu X et al. Levetiracetam Versus Phenytoin for Seizure Prophylaxis Following Traumatic Brain Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis. CNS Drugs 2016;30(8):677-88. [PubMedID|27395404]

## Настанови

- [Настанова 00751](#). Непритомний пацієнт.
- [Настанова 00366](#). Черепно-мозкова травма.
- [Настанова 00750](#). Підвищений внутрішньочерепний тиск.

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05214](#). Decompressive craniectomy for high intracranial pressure in traumatic brain injury.  
Дата оновлення: 2009-09-22  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is no evidence to support the routine use of secondary decompressive craniectomy to treat elevated intracranial pressure after traumatic brain injury in adults. In pediatric patients it might possibly improve survival and neurological outcomes.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: ebm00367    Ключ сортування: 018.005    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-06-22

---

Автор(и): Timo Koivisto/Teemu Luoto    Автор(и) попередніх версій статті: Matti Vapalahti    Редактор(и): Martti Teikari  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe    Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd  
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії

EBM Guidelines    Surgery    Traumatology    Neurosurgery    Neurology

---

Ключові слова індексу

mesh: Intracranial Hemorrhages    mesh: Cerebral Hemorrhage    mesh: Hematoma, Subdural, Chronic  
mesh: Hematoma, Subdural, Acute    mesh: bilateral subdural hematoma    mesh: incarceration    mesh: Intracranial Hypertension  
mesh: Hematoma, Epidural, Cranial    mesh: Unconsciousness    mesh: decreased consciousness    mesh: Hematoma, Subdural  
mesh: hematoma, subdural, subacute    icpc-2: A82    icpc-2: N79    icpc-2: N80    speciality: Neurology  
speciality: Neurosurgery    speciality: Surgery    speciality: Traumatology