Геморрагический инсульт

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I60, I61, I62, Q28.2 · Ассоциация нейрохирургов России, Всероссийское общество неврологов, Общероссийская общественная организация "Союз реабилитологов России"

Геморрагический инсульт — нетравматическое внутричерепное кровоизлияние, которое может быть внутримозговым, субарахноидальным, внутрижелудочковым, субдуральным или смешанным. Рекомендация охватывает срочную диагностику, поиск сосудистой причины, интенсивную и хирургическую помощь, раннюю реабилитацию и профилактику повторных кровоизлияний.

Главное

- Все пациенты с подозрением на геморрагический инсульт подлежат экстренной госпитализации в стационар с неврологическим отделением; при подтверждении кровоизлияния нужна консультация нейрохирурга не позднее 60 минут после получения КТ/МРТ.
- КТ или МРТ головного мозга выполняют не позднее 40 минут после поступления (УУР В, УДД 2); исследование должно определить локализацию и объем кровоизлияния, смещение срединных структур, состояние желудочков, цистерн и борозд.
- При подозрении на разрыв аневризмы или АВМ, а также у пациентов моложе 45 лет без гипертонического анамнеза, проводят КТ-ангиографию, МР-ангиографию или церебральную ангиографию (УУР В, УДД 1).
- При гипертензивной ВМГ в первые 6 часов снижают САД внутривенными антигипертензивными средствами до уровня ниже 140 мм рт. ст., избегая падения быстрее 60 мм рт. ст. в час; САД не следует снижать ниже 130 мм рт. ст. (УУР В, УДД 2).
- При аневризматическом САК разорвавшуюся аневризму выключают из кровотока в остром периоде в течение 72 часов с момента выявления и/или 24 часов после поступления в нейрохирургический стационар при отсутствии противопоказаний (УУР В, УДД 2).
- В ОРИТ индивидуальную программу реабилитации проводят ежедневно, начиная с 3-х суток от дебюта заболевания, продолжительностью не менее 1 часа, но не более 3 часов, с учетом статуса сознания и уровня мобильности пациента (УУР С, УДД 4).
- После выписки диспансерное наблюдение после геморрагического инсульта продолжается 24 месяца, в первый год — не реже одного раза в 3 месяца, затем — не реже одного раза в 6 месяцев.

Диагностика

1. Зафиксировать острое начало общемозговых и/или очаговых симптомов; при неясном анамнезе и нарушении сознания исключить черепно-мозговую и сочетанную травму (УУР С, УДД 5).
2. Оценить сознание, тяжесть состояния, жизненно важные функции, менингеальные и очаговые симптомы; использовать подходящие шкалы — Глазго, NIHSS, Канадскую неврологическую, Hunt-Hess, WFNS и модифицированную шкалу Рэнкина (УУР С, УДД 3).
3. В первые 3 часа пребывания в стационаре выполнить скрининг глотания до еды и пероральных лекарств; при дисфагии или невозможности тестирования установить назогастральный зонд для нутритивной поддержки (УУР В, УДД 2).
4. Выполнить общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови и коагулограмму; агрегацию тромбоцитов исследовать при анамнезе приема антиагрегантов, кроме гепарина (УУР В, УДД 3 для общего анализа крови и агрегации тромбоцитов; УУР С, УДД 4 для общего анализа мочи, биохимии и коагулограммы).
5. Провести КТ или МРТ головного мозга в течение первых 40 минут после госпитализации; объем ВМГ можно рассчитывать по формуле ABC/2. При САК оценить выраженность кровоизлияния по Fisher и/или Hijdra, а ВЖК — по Graeb (УУР В, УДД 2).
6. При подозрении на сосудистый источник выполнить один из методов ангиографии; при «симптоме пятна» провести отсроченную КТ-ангиографию через несколько минут, а при недостаточной информативности КТ/МРТ — тотальную селективную церебральную ангиографию (УУР В, УДД 1; УУР С, УДД 5 и 4).

7. При аневризматическом САК проводить транскраниальную допплерографию с оценкой скорости кровотока в М1 СМА и индекса Линдегаарда для динамического контроля вазоспазма (УУР В, УДД 2).

Лечение

- При гипертензивной ВМГ поддерживать САД ниже 140 мм рт. ст. в течение 7 суток; температуру снижать до ≤37,5 °С и поддерживать этот уровень до 7 суток. Глюкозу поддерживать на уровне 6,1–7,8 ммоль/л без диабета и 7,8–10,0 ммоль/л при сахарном диабете (УУР В, УДД 2; УУР А, УДД 2).
- При ВМГ на фоне варфарина при повышенном МНО отменить антагонист витамина К и внутривенно ввести фитоменадион 20 мг вместе с концентратом факторов II, VII, IX и X или свежезамороженной плазмой до МНО <1,5. При дабигатране применяют идаруцизумаб или концентрат факторов; при ривароксабане и апиксабане — концентрат факторов, ориентировочно 25–50 ЕД/кг с индивидуальным расчетом (УУР С, УДД 5 и 4).
- При ВМГ объемом ≥15 мл, повышении ВЧД >16–18 мм рт. ст. и отеке мозга используют 15% маннитол 1,5–2,0 г/кг за 30 минут или 10% натрия хлорид 20–50 мл в центральную вену; при осмолярности плазмы выше 320 мОсм/л осмотерапия неэффективна (УУР С, УДД 5). Дексаметазон при ВМГ не применяют (УУР В, УДД 2).
- Профилактику тромбоза при риске ВТЭО начинают с момента поступления перемежающейся пневмокомпрессией и/или компрессионными изделиями. Низкомолекулярный или нефракционированный гепарин вводят подкожно не ранее 48 часов от начала симптомов, если нет роста гематомы и коагулопатии; для эноксапарина указана доза 40 мг один раз в сутки (УУР В, УДД 1).
- Удаление путаменальной или субкортикальной гематомы показано при объеме более 30 см³ и выраженном дефиците и/или дислокации; гематому мозжечка удаляют при объеме более 10–15 см³ или диаметре более 3 см с компрессией ствола и/или окклюзионной гидроцефалией. При коме с оценкой по Глазго 7 баллов и менее операцию не выполняют (УУР С, УДД 4).
- При аневризматическом САК назначают нимодипин 60 мг внутрь или через назогастральный зонд каждые 4 часа, всего 6 раз в сутки, максимум 360 мг/сут, в течение 21 дня; при гипотензии следует рассмотреть отмену препарата (УУР С, УДД 5).
- При аСАК и наличии одного из следующих признаков: субарахноидальное кровоизлияние из аневризмы средней мозговой артерии, тяжесть состояния по Hunt-Hess 3–5, Fisher III–IV, очаг кровоизлияния, прилежащий к корковым структурам, или гидроцефалия — профилактическое применение противоэпилептических препаратов возможно не более 7 суток: леветирацетам внутривенно 500 мг 2 раза в сутки или вальпроевая кислота внутривенно 3–41,5 мг/кг/сут. При развившемся приступе применяют леветирацетам 500–1000 мг 2 раза в сутки или вальпроевую кислоту 20–30 мг/кг/сут (УУР С, УДД 4–5 для профилактики; УУР А, УДД 1 при приступах).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать каждого пациента с подозрением на геморрагический инсульт экстренно через службу скорой медицинской помощи в стационар с неврологическим отделением для лечения ОНМК.
- После подтверждения кровоизлияния организовать консультацию нейрохирурга, в том числе телемедицинскую, не позднее 60 минут после КТ/МРТ; при необходимости переводить пациента в нейрохирургический стационар.
- Переводить пациента в стационар с нейрохирургией, нейрореанимацией, КТ/МРТ, ангиографической операционной и возможностью микрохирургического, эндоваскулярного и малоинвазивного лечения.
- При продленном нарушении сознания провести очную или телеконсультацию со специалистами по хроническим нарушениям сознания в срок от 14 до 28 суток после начала заболевания или послеоперационного периода.
- Пациентов после лечения АВМ наблюдают длительно: после эрадикации без клинических проявлений — не менее 5 лет, во всех остальных случаях — пожизненно.

Частые вопросы

Когда делать КТ при подозрении на геморрагический инсульт?

КТ или МРТ головного мозга выполняют не позднее 40 минут после поступления в стационар для определения локализации и объема кровоизлияния, состояния желудочков и признаков дислокации (УУР В, УДД 2).

Нужно ли выполнять ангиографию при внутримозговой гематоме?

Да, при подозрении на разрыв аневризмы или АВМ, а также у пациента моложе 45 лет без гипертонического анамнеза выполняют КТ-ангиографию, МР-ангиографию или церебральную ангиографию. Для оценки необходимости сосудистого исследования при гипертензивной ВМГ используют шкалу SICH.

Как снижать давление при гипертензивной ВМГ?

В первые 6 часов стремятся снизить САД ниже 140 мм рт. ст. внутривенными антигипертензивными препаратами при непрерывном мониторировании, не снижая давление быстрее 60 мм рт. ст. в час и не опуская САД ниже 130 мм рт. ст. (УУР В, УДД 2).

Когда оперировать внутримозговую гематому?

Путаменальные и субкортикальные гематомы удаляют при объеме более 30 см³ с выраженным дефицитом и/или дислокацией. Для мозжечковой гематомы показаниями служат объем более 10–15 см³ или диаметр более 3 см с компрессией ствола и/или окклюзионной гидроцефалией (УУР С, УДД 4).

Как долго назначают нимодипин после аневризматического САК?

Нимодипин назначают по 60 мг каждые 4 часа, 6 раз в сутки, максимум 360 мг/сут, внутрь или через назогастральный зонд в течение 21 дня. При развитии гипотензии следует рассмотреть отмену препарата (УУР С, УДД 5).

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/523-gemorragicheskij-insult. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/523_3