

## Розділ 3. НЕЙРОХІРУРГІЯ

ПРОЕКТ від 20.06.03 р.

### Список умовних скорочень

АГ – ангиографія  
АТ – артеріальний тиск  
в/в – внутрішньовенно  
ВЧТ – внутрішньочерепний тиск  
ЕЕГ – електроенцефалографія  
ЕМГ – електроміографія  
ЕНМГ – електронейроміографія  
ЕхоЕГ – ехоенцефалографія  
КТ – комп'ютерна томографія  
ЛП – люмбальна пункція  
ЛТ – лікворний тиск  
МГ – мієлографія  
МРТ – магнітно-резонансна томографія  
ПХО – первинна хірургічна обробка ран(и)  
РЛ – районна лікарня  
УЗДГ – ультразвукова доплерографія  
ЦВТ – центральний венозний тиск  
ЦРЛ – центральна районна лікарня  
ШВЛ – штучна вентиляція легень  
ШкГ – шкала коми Глазго  
Ро-графія – рентгенографія  
RW – реакція Вассермана

**Примітка:** Нормативи, при потребі, переглядаються щорічно. Вони удосконалюються відповідно із досягненнями медичної науки та розвитком нових хірургічних технологій.

## II та III рівні надання невідкладної нейрохірургічної допомоги

### Організаційні положення:

1. Нейрохірургічні втручання при черепно-мозковій травмі в дільничних лікарнях, ЦРЛ та РЛ, міських непрофільних лікарнях виконуються лише за життєвими показаннями.
2. Хворих із черепно-мозковою травмою за ШкГ 7-12 б (без вітальних порушень) із вищезазначених установ слід переводити у регіональні нейрохірургічні відділення.
3. Постраждалі в стані алкогольного сп'яніння із ознаками травми м'яких покрівів голови підлягають госпіталізації для динамічного спостереження.
4. При підозрі на черепно-мозкову травму в медичних установах всіх рівнів надання медичної допомоги обов'язковим є проведення Рентгенографії черепа та ЕхоЕГ. При дорожньо-транспортних пригодах, падіннях з висоти, травмі стиснення обов'язково слід проводити рентгенографію шийного відділу хребта, грудної клітини, тазу.
5. Оптимальним при відкритій травмі периферичних нервів та сплетень є зшивання нерва під час ПХО за умов наявності підготовленого спеціаліста, мікроскопу та мікрохірургічного інструментарію, шовного матеріалу, апаратури для інтраопераційної діагностики. При відсутності цих умов операція має бути проведена в спеціалізованому центрі оптимально протягом двох тижнів, але не пізніше місяця після травми.

№ з/п	Нозологічна форма	Шифр за МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (очікувані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
1	2	3	4	5	6	7
<b>Нормативи ведення хворих в гострому періоді черепно-мозкової травми, ускладненої хреботно-спинномозкової травми та травми периферичних нервів</b>						
1	Струс головного мозку без ушкодження м'яких тканин (14-15 б. ШкГ)	S06.0	1.Неврологічний та соматичний огляд 2.Ро-графія черепа в 2 проекціях 3.ЕхоЕГ 4.ЛП із визначенням ЛТ та аналіз ліквору 5.КТ головного мозку (за показаннями) 6.Визначення групи крові, резус-фактору 7.Загальні аналізи крові та сечі, RW 8.Аналіз крові на вміст цукру, алкоголю. Проба Раппопорта	1.Седативні, знеболюючі пр-ти 2.Симптоматичне лікування 3.Дегідратація при підвищеному лікворному тиску 4.Гідратація при зниженому лікворному тиску 5.Судинні препарати, ноотропи, вітаміни (групи В, Е) – за показаннями 6.При алкогольній інтоксикації середнього та важкого ступеня - дезінтоксикаційна терапія	Поліпшення загального стану, частковий регрес загально-мозкової с-ки	2-3 Подальше лікування під наглядом невролога

1	2	3	4	5	6	7
2	Струс головного мозку із раною м'яких тканин (14-15 б. ШкГ)	S06.0	1.Неврологічний та соматичний огляд 2.Ро-графія черепа в 2 проекціях 3.ЕхоЕГ 4.ЛП із визначенням ЛТ та аналіз ліквору 5.КТ головного мозку (за показаннями) 6.Визначення групи крові, резус-фактору 7.Загальні аналізи крові та сечі, RW 8.Аналіз крові на вміст цукру, алкоголю. Проба Раппопорта	1.Седативні, знеболюючі пр-ти 2.Симптоматичне лікування 3.Дегідратація при підвищеному лікворному тиску 4.Гідратація при зниженому лікворному тиску 5.Судинні препарати, ноотропи, вітаміни (групи В, Е) – за показаннями 6.Антибактеріальна терапія (антибіотики, сульфаніламід) 7.Противрацевий анатоксин 8.При алкогольній інтоксикації середнього та важкого ступеня – дезінтоксикаційна терапія. 9. ПХО	Поліпшення загального стану, частковий регрес загальнономозкової с-ки. Неускладнене загоєння рани	3-8 Подальше лікування під наглядом невролога, хірурга
3	Забій головного мозку легкого ступеня (13-15 б. ШкГ)	S06.9	1.Неврологічний та соматичний огляд 2.Ро-графія черепа в 2 проекціях 3.ЕхоЕГ 4.ЛП із визначенням ЛТ та аналіз ліквору 5.КТ (МРТ) головного мозку (за показаннями), ЕЕГ (на 5-7 день) 6.Визначення групи крові, резус-фактору 7.Загальні аналізи крові та сечі, RW 8.Аналіз крові на вміст цукру, алкоголю. Проба Раппопорта	1.Седативні, знеболюючі пр-ти 2.Симптоматичне лікування 3.Дегідратація при підвищеному лікворному тиску 4.Гідратація при зниженому лікворному тиску 5.Гемостатики, ноотропи, вітаміни (групи В, Е) – за показаннями 6.Повторні ЛП до санації ліквору 7.При алкогольній інтоксикації середнього та важкого ступеня – дезінтоксикаційна терапія	Поліпшення загального стану, частковий регрес загальнономозкової та вогнищевої с-ки	8-10 Подальше лікування під наглядом невролога

1	2	3	4	5	6	7
4	Забій головного мозку легкого ступеня з ушкодженням м'яких тканин (13-15 б.ШкГ)	S06.9	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Неврологічний та соматичний огляд</li> <li>2.Ро-графія черепа в 2 проекціях</li> <li>3.ЕхоЕГ</li> <li>4.ЛП із визначенням ЛТ та аналіз ліквору</li> <li>5.КТ (МРТ) головного мозку (за показаннями), ЕЕГ (на 9-10 день)</li> <li>6.Визначення групи крові, резус-фактору</li> <li>7.Загальні аналізи крові та сечі, RW</li> <li>8.Аналіз крові на вміст цукру, алкоголю. Проба Раппопорта</li> <li>9.Консультація отоневролога</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Седативні, знеболюючі пр-ти</li> <li>2.Симптоматичне лікування</li> <li>3.Дегідратація при підвищеному лікворному тиску</li> <li>4.Гідратація при зниженому лікворному тиску</li> <li>5.Антибактеріальна терапія (антибіотики, сульфаніламід)</li> <li>6.Протиправцевий анатоксин</li> <li>7.Гемостатики, ноотропи, вітаміни (групи В, Е) – за показаннями</li> <li>8.Повторні ЛП до санації ліквору</li> <li>9.При алкогольній інтоксикації середнього та важкого ступеня дезінтоксикаційна терапія</li> <li>10.ПХО</li> </ol>	Поліпшення загального стану, частковий регрес загальноомозкової та вогнищевої с-ки. Неускладнене загоєння рани	До 14 Подальше лікування під наглядом невролога, хірурга
5	Забій головного мозку середнього ступеня (9-12 б. ШкГ)	S06.9	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Неврологічний та соматичний огляд</li> <li>2.Ро-графія черепа в 2 проекціях</li> <li>3.ЕхоЕГ (на 1, 3-5, 9-14 добу)</li> <li>4.КТ (МРТ) головного мозку (при погіршанні стану, а також перед випискою – повторно), ЕЕГ (на 7-10 день)</li> <li>5.ЛП з визначенням ЛТ та аналіз ліквору</li> <li>6.Визначення групи крові, резус-фактору, RW</li> <li>7.Загальні аналізи крові та сечі, RW</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Седативні, знеболюючі пр-ти</li> <li>2.Симптоматичне лікування</li> <li>3.Дегідратаційна та протинабрякова терапія, нейропротектори</li> <li>4.Антибактеріальна терапія (антибіотики, сульфаніламід)</li> <li>5.Гемостатики, судинні пр-ти, вітаміни (групи В, Е)</li> <li>6.При алкогольній інтоксикації середнього та важкого ступеня - дезінтоксикаційна терапія</li> <li>7.Повторні ЛП до санації ліквору (при відсутності протипоказань)</li> </ol>	Поліпшення загального стану, частковий регрес загальноомозкової та вогнищевої с-ки. Летальність не повинна перевищувати 9%	15-20 Подальше лікування у відділенні неврології чи реабілітації

1	2	3	4	5	6	7
			<p>8.Аналіз крові на вміст цукру, алкоголю. Проба Раппопорта</p> <p>9.Біохімічне дослідження крові (електроліти, гематокрит, заг. білок, осмолярність плазми)</p> <p>10.Консультація офтальмолога, отоневролога (в динаміці). Перед випискою – огляд психіатра.</p>	<p>8.ПХО та протиправцевий анатоксин - при пошкодженні м'яких тканин</p> <p><b>Переважає інфузійна терапія</b></p>		
6	Забій головного мозку важкого ступеня (вогнищевий чи дифузне аксональне ушкодження, (3-8 б. ШкГ)	S06.9	<p>1.Неврологічний та соматичний огляд</p> <p>2.Ро-графія черепа в 2 проєкціях</p> <p>3.ЕхоЕГ (на 1,3-5,9-14 добу)</p> <p>4.КТ (МРТ) головного мозку (при погіршенні стану, а також перед випискою – повторно)</p> <p>5 ЛП з визначенням ЛТ та аналіз ліквору</p> <p>6.Визначення групи крові, резус-фактору</p> <p>7.Загальні аналізи крові та сечі, RW</p> <p>8.Аналіз крові на вміст цукру, алкоголю. Проба Раппопорта</p> <p>9.Біохімічне дослідження крові (електроліти, гематокрит, заг. білок, осмолярність плазми)</p> <p>10.Консультація офтальмолога, отоневролога (в динаміці). Перед випискою – огляд психіатра.</p>	<p>1.Нормалізація дихання, гемодинаміки. За показаннями - інтубація трахеї, зондування шлунку, катетеризація сечового міхура, підключичної вени. При неефективному диханні – ШВЛ. Контроль ЦВТ, сатурації крові, ВЧТ (датчики чи за осмолярністю плазми крові).</p> <p>2.Знеболюючі препарати</p> <p>3.Дегідратаційна та протинабрякова терапія, нейропротектори</p> <p>4. Антибактеріальна терапія (антибіотики, сульфаніламід)</p> <p>5.Гемостатики, судинні пр-ти, вітаміни (групи В, Е)</p> <p>6.При алкогольній інтоксикації середнього та важкого ступеня - дезінтоксикаційна терапія.</p>	<p>Поліпшення загального стану, частковий регрес загальноомозкової, вогнищевий, стовбу-рової с-ки.</p> <p>Летальність не повинна перевищувати 30%</p>	<p>До 40- 60</p> <p>Після стабілізації стану - лікування у відділенні неврології або реабілітації</p>

1	2	3	4	5	6	7
				<p>7.ПХО та протиправцевий анатоксин - при пошкодженні м'яких тканин</p> <p>8.Повторні ЛП до санації ліквору (при відсутності протипоказань)</p> <p>9.При неконтрольованому підвищенні ВЧТ – декомпресивні трепанації.</p> <p><b>Переважає інфузійна терапія</b></p>		
7	Забій (вогнищевий) головного мозку середнього чи важкого ступеня при дислокації серединних структур >5мм	S06.9	<p>1.Неврологічний та соматичний огляд</p> <p>2.Ро-графія черепа в 2 проекціях</p> <p>3.ЕхоЕГ (на 1,3-5,9-14 добу)</p> <p>4.КТ (МРТ) головного мозку (при погіршанні стану – повторно). При неможливості КТ –діагностичні фрезеві отвори.</p> <p>5.Визначення групи крові, резус-фактору</p> <p>6.Загальні аналізи крові та сечі, RW</p> <p>7.Аналіз крові на вміст цукру, алкоголю. Проба Раппопорта</p> <p>8.Біохімічне дослідження крові (електроліти, гематокрит, загальний білок, осмолярність плазми)</p> <p>9. Консультація офтальмолога, отоневролога (в динаміці). Перед випискою – огляд психіатра</p>	<p>1.Нормалізація дихання, гемодинаміки. За показаннями - інтубація трахеї, зондування шлунку, катетеризація сечового міхура, підключичної вени. При неефективному диханні – ШВЛ. Контроль ЦВТ, сатурації крові, ВЧТ (датчики чи за осмолярністю плазми крові).</p> <p>2.Знеболюючі препарати</p> <p>3.Дегідратаційна та протинабрякова терапія, нейропротектори</p> <p>4.Антибактеріальна терапія (антибіотики, сульфаніламід)</p> <p>5.Гемостатики, судинні пр-ти, вітаміни (групи В, Е)</p> <p>6.При алкогольній інтоксикації середнього та важкого ступеня - дезінтоксикаційна терапія</p>	<p>Поліпшення загального стану, частковий регрес загальноомозкової, вогнищевої, стовбурової с-ки.</p> <p>Летальність не повинна перевищувати 35-40%</p>	<p>До 20 - 30</p> <p>Після стабілізації стану - лікування у відділенні неврології чи реабілітації</p>

1	2	3	4	5	6	7
				<p>7.ПХО та протиправцевий анатоксин - при пошкодженні м'яких тканин</p> <p>8. Хірургічні втручання з метою внутрішньої та/чи зовнішньої декомпресії - видалення вогнища контузії, декомпресивні трепанації, вентрикулярний дренаж та ін.(за показаннями)</p> <p><b>Переважає інфузійна терапія</b></p>		
8	Стиснення головного мозку	S06.2	<p>1.Неврологічний та соматичний огляд</p> <p>2.Ро-графія черепа в 2 проєкціях</p> <p>3.ЕхоЕГ (на 1, 3-5, 9-14 добу)</p> <p>4.КТ (МРТ) головного мозку</p> <p>5.При неможливості КТ – діагностичні фрезеві отвори</p> <p>6.Визначення групи крові, резус-фактору</p> <p>7.Загальні аналізи крові та сечі, RW</p> <p>8.Аналіз крові на вміст цукру, алкоголю. Проба Раппопорта</p> <p>9.Біохімічне дослідження крові (електроліти, гематокрит, заг. білок, осмолярність плазми)</p> <p>10.Консультація офтальмолога, отоневролога (в динаміці). Перед випискою – огляд психіатра.</p>	<p>1.Нормалізація дихання, гемодинаміки. За показаннями - інтубація трахеї, зондування шлунку, катетеризація сечового міхура, підключичної вени. При неефективному диханні – ШВЛ. Контроль ЦВТ, сатурації крові, ВЧТ (датчики чи за осмолярністю плазми крові).</p> <p>2.Знеболюючі препарати</p> <p>3.Дегідратаційна та протинабрякова терапія, нейропротектори</p> <p>4.Антибактеріальна терапія (антибіотики, сульфаніламід)</p> <p>5.Гемостатики, судинні пр-ти, вітаміни (групи В, Е)</p> <p>6. При алкогольній інтоксикації середнього та важкого ступеня - дезінтоксикаційна терапія</p>	<p>Поліпшення загального стану, частковий регрес загальнономозкової, вогнищевої, стовбу-рової с-ки.</p> <p>Летальність не повинна перевищувати при гострих гематомах (гідромах) 40-50%, вдавнених</p>	<p>15-30</p> <p>Після стабілізації стану – лікування у відділенні неврології чи реабілітації</p>



1	2	3	4	5	6	7
				<p>7.ПХО та протиправцевий анатоксин – при пошкодженні м'яких тканин</p> <p>8.Термінове видалення фактора стиснення (в перші 3 год після госпіталізації)</p> <p><b>Примітка.</b> При крововиливі, що не супроводжується дислокацією серединних структур більше 5 мм, контрлатеральною гідроцефалією, стисненням базальних цистерн, при ШкГ 13-15 б, при можливості КТ-контролю в будь-який час, виправдано рішенням консилиуму утриматись від ургентного втручання. Показана інтенсивна терапія під наглядом нейрохірурга</p>	переломах – 5%, при підгострих та хронічних гематомах – 5-10%	
9	Ускладнена хребетно-спинномозкова травма	T09.3	<p>1.Неврологічний та соматичний огляд. Оцінка стану за Франкель (групи А, В, С, D)</p> <p>2.Спондилографія</p> <p>3.ЛП з визначенням ліквородинаміки</p> <p>4.МРТ (КТ) ушкодженого відділу хребта</p>	<p>1.Нормалізація дихання, гемодинаміки</p> <p>2.Катетеризація сечового міхура, підключичної чи іншої магістральної вени</p> <p>3.У разі спинального шоку – бинтування ніг, атропін, гіпертонічний (3-7%) розчин в/в</p> <p>4.За наявності компресії спинного мозку – рання декомпресія спинного мозку та стабілізація хребта</p> <p>5.У перші 6 год – метилпреднизолон 30 мг на 1 кг маси тіла одноразово, через 12 год – 15 мг на 1 кг маси тіла,</p>	Поліпшення загального стану	15-40 Після стабілізації стану – лікування у відділенні неврології чи реабілітації

1	2	3	4	5	6	7
			5.Визначення групи крові, резус-фактора 6.Загальні аналізи крові та сечі, RW 7.Аналіз крові на алкоголь. Проба Раппопорта 8.Біохімічне дослідження крові (електроліти, гематокрит, загальний білок, осмолярність плазми)	токоферол 5 мл внутрішньом'язево, дифенін 500 мг, сибазон (реланіум, седуксен), антибіотики широкого спектру дії, перевертання у ліжку кожні 30-40 хв 6.Рання відновна терапія		
10	Поєднана хребетно-спинномозкова травма	T09.3	1.Неврологічний та соматичний огляд. Оцінка стану за Франкель (групи А, В, С, D) 2.Спондилографія 3.ЛП з визначенням ліквородинаміки 4. МРТ (КТ) ушкодженого відділу хребта 5.Визначення групи крові, резус-фактора 6.Загальні аналізи крові та сечі, RW 7.Аналіз крові на алкоголь. Проба Раппопорта 8.Біохімічне дослідження крові (електроліти, гематокрит, заг. білок, осмолярність плазми) 9.Уточнення характеру екстравертебрального ушкодження	<b>Те ж саме, що й при ускладненій ХСМТ</b> 1.У разі гіповолемічного шоку - протишокова терапія 2.Невідкладні операції – за наявності гемопневмотораксу, ушкодження внутрішніх органів 3.При переломах кінцівок - ранні стабілізуючі операції 5.Якомога раніше – декомпресія спинного мозку та стабілізація хребта 6.Рання відновна терапія	Поліпшення загального стану	30-40 Після стабілізації стану - лікування у відділенні неврології чи реабілітації

1	2	3	4	5	6	7
11	Геморагічний інсульт	I 61	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Неврологічний та соматичний огляд. Оцінка стану хворих за Хантом-Хесом.</li> <li>2.КТ (МРТ) головного мозку</li> <li>3.ЕхоЕГ (1, 3-5, 9-14 день)</li> <li>4.За відсутності дислокації мозку – ЛП</li> <li>5.Церебральна ангіографія – при підозрі на аневризму</li> <li>7.Визначення групи крові, резус-фактору</li> <li>8.Загальні аналізи крові та сечі, RW</li> <li>9.Біохімічне дослідження крові (вміст цукру, електроліти, гематокрит, заг. Білок, осмолярність плазми)</li> <li>10.Коагулограма</li> <li>11.Консультація офтальмолога, терапевта, ЕКГ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Нормалізація дихання, гемодинаміки. За показаннями – інтубація трахеї, зондування шлунку, катетеризація сечового міхура, підключичної вени. При неефективному диханні – ШВЛ. Контроль ЦВТ, сатурації крові, ВЧТ (датчики чи за осмолярністю плазми крові).</li> <li>2.Корекція АТ (робоча норма або на 10-15% вище від норми)</li> <li>3.Термінове видалення латеральної інсульт-гематоми (в перші 3 год після госпіталізації) – при відсутності протипоказів, виключення аневризми (ендоваскулярні чи мікрохірургічні втручання). При медіальних та змішаних інсульт-гематомах рішення про тактику лікування приймається консіліумом (зав. Відділенням, два лікарі).</li> <li>4.Дегідратаційна та протинабрякова терапія, нейропротектори</li> <li>5.Антибактеріальна терапія (антибіотики, сульфаніламід)</li> <li>6.Гемостатики, судинні пр-ти, вітаміни (групи В, Е)</li> <li>7.Повторні ЛП – до санації ліквору (при відсутності компресійно-дислокаційного синдрому)</li> </ol>	Поліпшення загального стану, частковий регрес неврологічної с-ки	15-20 Подальше лікування у відділенні неврології чи реабілітації

1	2	3	4	5	6	7
12	Ішемічний інсульт. Перехідні порушення мозкового кровообігу	I 64	1.Неврологічний та соматичний огляд. Пальпація та аускультация магістральних судин ший 2.КТ (МРТ) головного мозку, в тому числі із в/в підсиленням – за показаннями 3.ЕхоЕГ (1,3-5 день) 4.УЗДГ судин ший та голови 5.АГ – за показаннями 6.ЛП (диференціація із геморагією) 7.Визначення групи крові, резус-фактору, коагулограма 8.Загальні аналізи крові та сечі, RW 9.Біохімічне дослідження крові (вміст цукру, електроліти, гематокрит, заг. Білок, осмолярність плазми) 10.Консультація офтальмолога, терапевта, ЕКГ	1.За наявності тромбозу екстракраніальних судин – тромбектомія в перші 6-12 год за відсутності зони інфаркту мозку при КТ 2.Корекція АТ (робоча норма або на 10-15% вище від норми) 3.Гепарин по 5-10 тис од. Кожні 6 год, перше введення в/в на 100-200 мл ізотонічного розчину, або гепариноїдів по 1 дозі кожні 12 год 4.Протинабрякова терапія та нейропротектори 5.Гемоділюція, антиагреганти, вітаміни (групи В, Е)	Поліпшення загального стану	При операціях до 20, без операції – до 10. Подальше лікування у відділенні неврології чи реабілітації
13	Травма периферичних нервів	S 54, 64,74,84, 94	1.Неврологічний, соматичний огляд 2.Визначення групи крові, резус-фактору 3.Загальні аналізи крові та сечі, RW 4.Біохімічне дослідження крові (вміст цукру, електроліти, гематокрит, заг. білок) 5.ЕМГ чи ЕНМГ (III рівень) 6.Ро-графія кінцівки	1.Зупинка кровотечі, гемостатики 2.Знеболюючі пр-ти 3.Імобілізація кінцівки 4.Противапцевий анатоксин 5.Антибактеріальна терапія (антибіотики, сульфаніламід) 6.ПХО – в установах вторинного рівня тільки обробка м'яких тканин антисептиком із подальшим транспортуванням у регіональне нейрохірургічне відділення для мікрохірургічної операції в найближчі 8-12 год. При поєднаних ушкодженнях у випадку неможливості відповідного забезпечення операції втручання у гострому періоді не виконується	Профілактика додаткового ушкодження нервових стовбурів	До 2-3 Подальше лікування (до загоєння рани) амбулаторно під наглядом травма толога чи хірурга

#### IV рівень надання нейрохірургічної допомоги

№ з/п	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
1	2	3	4	5	6	7
<i>Наслідки важкої нейротравми</i>						
1	Краніобазальна черепно-мозкова травма (з ліквореєю, кістковим дефектом склепіння черепу)	S 02	1.Соматичне, неврологічне, офтальмологічне, отоларингологічне обстеження. Консультація психіатра. 2.Лабораторні (клінічні, біохімічні) дослідження 3.Ро-графія черепу 4.КТ (МРТ) головного мозку	1Лікворея: медикаментозна терапія (до 14 днів), зовнішній люмбальний дренаж (8-10 днів), оперативне втручання 2.Кістковий дефект мозкового черепу: оперативне втручання	Ліквідація ліквореї, косметичного дефекту	20-30 Після стабілізації стану – лікування у відділенні неврології чи реабілітації
2	Перелом (переломовивих) хребта з ушкодженням спинного мозку	T 08 T 09	1.Соматичне, неврологічне обстеження 2.Лабораторні (клінічні, біохімічні) дослідження 3.Ро-графія чи КТ хребта 4.МРТ (чи МГ) спинного мозку 5.ЕМГ 6.ЛП із ліквородинамічними пробами	1.Оперативне втручання (декомпресія спинного мозку та стабілізація хребта) 2.Комплекс медикаментозної терапії	Поліпшення загального стану	20-40 Після стабілізації стану – лікування у відділенні неврології чи реабілітації

1	2	3	4	5	6	7
3	Внутрішньочерепні та внутрішньохребетні абсцеси та гранульоми із стисненням головного та спинного мозку	G 06	1 Соматичне, неврологічне обстеження 2.Лабораторні (клінічні, біохімічні) дослідження 3.Ро-графія хребта 4.КТ чи МРТ головного мозку, МРТ спинного мозку, в тому числі із в/в підсиленням 5.Допоміжні діагностичні види обстеження (МГ, ЕМГ) – за показаннями	1.Оперативне втручання 2.Комплекс медикаментозної терапії	Поліпшення загального стану, частковий регрес неврологічної с-ки	20-30 Після стабілізації стану - лікування у відділенні неврології чи реабілітації
4	Хронічний неспецифічний остеомієліт кісток склепіння черепа	M 86	1.Соматичне, неврологічне обстеження 2.Лабораторні (клінічні, біохімічні, мікробіологічні) дослідження 3.Ро-графія черепа 4.КТ (МРТ), фістулографія (при необхідності)	1.Оперативне втручання 2.Комплекс медикаментозної терапії	Поліпшення загального стану, загоєння нориці	20-30 Подальше лікування у відділенні неврології чи реабілітації
5	Ушкодження периферичної нервової системи	S 44 S 54 S 64 S 74 S 84 S 94	1.Соматичне, неврологічне обстеження 2.Лабораторні (клінічні, біохімічні) дослідження 3.ЕМГ чи ЕНМГ 4.Ро-графія (МРТ, КТ, МГ – за показаннями)	1.Оперативне втручання (невроліз, шов, аутопластика, невротизація із застосуванням мікрохірургічної техніки). Імобілізація 2.Комплекс медикаментозної терапії	Поліпшення функції нерво-во-м'язового апарату	10-14 Подальше лікування у відділенні неврології чи реабілітації

1	2	3	4	5	6	7
<i>Патологія судин головного і спинного мозку</i>						
6	Артеріальні аневризми, артеріовенозні мальформації, в тому числі з розвитком геморагічних мозкових порушень	G 46	1.Соматичне, неврологічне обстеження 2.Лабораторні (клінічні, біохімічні) дослідження 3.КТ (МРТ) головного мозку, в тому числі із в/в підсиленням ( за показаннями) 4.УЗДГ судин шиї та голови 5.Церебральна АГ (тотальна, селективна, суперселективна) 6. Огляд терапевта, ЕКГ	1.Оперативне втручання (мікрохірургічне або ендovasкулярне) 2.Комплекс медикаментозної терапії	Поліпшення загального стану	До 20-30 Після стабілізації стану – лікування у відділенні неврології чи реабілітації
7	Стенозуючо-оклюзуючі ушкодження інтракраніальних та екстракраніальних магістральних судин шиї з розвитком ішемічних порушень		1.Соматичне, неврологічне обстеження 2.Лабораторні (клінічні, біохімічні) дослідження 3.КТ (МРТ) головного мозку 4.УЗДГ судин шиї та голови 5.Церебральна АГ (тотальна, селективна, суперселективна) 6.Огляд терапевта, ЕКГ	1.Оперативні втручання (в тому числі і ендovasкулярні) 2.Комплекс медикаментозної терапії	Поліпшення загального стану	До 20-30 Подальше лікування у відділенні неврології чи реабілітації

1	2	3	4	5	6	7
<i>Функціональна нейрохірургія</i>						
8	Епілепсія	G 40	1.Соматичне, неврологічне обстеження. Огляд психіатра. 2.Лабораторні (клінічні, біохімічні) дослідження 3.КТ (МРТ) головного мозку 4.ЕЕГ (кортикографія, субкортикографія – за показаннями)	1.Оперативне втручання (мікрохірургічне видалення епілептогенного вогнища або стереотаксична операція в тому числі з імплантацією електродів) 2.Комплекс медикаментозної терапії	Поліпшення загального стану, зменшення судом	10-20 Подальше лікування у відділенні неврології (психіатрії)
9	Підкіркові порушення рухів та м'язового тону (в тому числі різні види гіперкінезів)	G 20 – G 26	1.Соматичне, неврологічне обстеження. Огляд психіатра. 2.Лабораторні (клінічні, біохімічні) дослідження 3.КТ чи МРТ головного мозку 4.ЕЕГ (кортикографія, субкортикографія – за показаннями)	1.Оперативне втручання (стереотаксичне). 2.Комплекс медикаментозної терапії	Поліпшення загального стану, повний чи частковий регрес с-ки	10-20 Подальше лікування під наглядом невролога
10	Больові синдроми (різні за походженням, за винятком гриж міжхребцевих дисків)	G 50 – G 54	1.Соматичне, неврологічне обстеження. 2.Лабораторні (клінічні, біохімічні) дослідження 3.КТ чи МРТ головного мозку 4.Церебральна АГ, електрофізіологічні методи діагностики – за показаннями	1.Знеболюючі блокади (по показах) 2.Оперативні втручання (на різних рівнях нервових структур), в тому числі стереотаксичні та мікрохірургічні судинні декомпресії 3.Комплекс медикаментозної терапії	Поліпшення загального стану, зникнення чи зменшення болю	10-25 Подальше лікування під наглядом невролога (амбулаторно чи в стаціонарі)



1	2	3	4	5	6	7
11	Дитячий церебральний параліч, апалічний синдром та деякі інші форми вторинних дегенеративних хвороб нервової системи	G 80 G 83	1.Соматичне, неврологічне обстеження. Огляд психіатра. 2.Лабораторні (клінічні, біохімічні) дослідження 3.КТ чи МРТ головного мозку 4.Електрофізіологічні методи діагностики	1.Оперативні втручання із застосуванням стереотаксичної техніки. 2.Медикаментозна терапія	Відсутність ускладнень, поліпшення загального стану (у віддалені строки)	10–15 Подальше лікування під наглядом невролога, педіатра
<i>Доброякісні новоутворення головного і спинного мозку</i>						
1	2	3	4	5	6	7
12	Доброякісні новоутворення головного мозку (в тому числі великих розмірів, краніобазального, медіанного, стовбурового і парастовбурового розташування з ураженням шлуночків, магістральних судин та інших життєво важливих структур мозку)	D 32 D 33 D 42 D 43	1.Соматичне, неврологічне обстеження. Огляд психіатра. 2.Лабораторні (клінічні, біохімічні, імунологічні) дослідження 3.КТ чи МРТ головного мозку, із в/в контрастним підсиленням (за показаннями) 4.Церебральна АГ (по показах) 5.Електрофізіологічні методи (ЕЕГ, стовбурові потенціали, тощо) - за показаннями	1.Оперативні втручання: мікрохірургічні, трансфеноїдальні із застосуванням лазерної та інших методик – по показах 2.Комплекс медикаментозної терапії	Поліпшення загального стану, збереження достатньої якості життя	До 20. Після стабілізації стану - лікування у відділенні неврології чи реабілітації

1	2	3	4	5	6	7
13	Доброякісні новоутворення спинного мозку	D 32 D 33 D 42 D 43	1.Соматичне, неврологічне обстеження 2.Лабораторні (клінічні, біохімічні) дослідження 3.Спондилографія чи КТ 4.МРТ із в/в контрастним підсиленням (за показаннями) чи МГ 5. ЕМГ (при необхідності)	1.Оперативні втручання із застосуванням мікрохірургічної, ендоскопічної та лазерної техніки – за показаннями 2.Комплекс медикаментозної терапії	Поліпшення загального стану	10-20 Після стабілізації стану – лікування у відділенні неврології чи реабілітації
<i>Злоякісні новоутворення нервової системи</i>						
1	2	3	4	5	6	7
14	Злоякісні новоутворення головного мозку	C 71	1.Соматичне, неврологічне обстеження 2.Ро-графія черепа 3.Лабораторні (клінічні, біохімічні) дослідження 4.КТ головного мозку 5.МРТ головного мозку із в/в контрастним підсиленням (за показаннями) 6.Радіоізотопна енцефалосцинтиграфія, церебральна ангіографія (за показаннями), 7.Інтраопераційна біопсія	<b>І варіант.</b> Оперативне втручання, спрямоване на максимально можливе видалення пухлини з урахуванням локалізації та розповсюдження пухлини в функціонально важливі зони мозку із застосуванням мікрохірургічних, лазерних, ультразвукових, кріогенних технологій. Гістологічне дослідження пухлини. Післяопераційна променева терапія 55-65	Поліпшення загального стану чи регрес неврологічної с-ки	14-21 Подальше лікування під наглядом невролога, онколога

1	2	3	4	5	6	7
				<p>Гр. Антибластична хіміотерапія з визначенням індивідуальної чутливості до хіміопрепаратів. Імунотерапія.</p> <p><i>II варіант.</i> При глибинних пухлинах без супутнього гіпертензійного синдрому: стереотаксична біопсія. Гістологічне дослідження пухлини. Променева терапія 55-65 Гр.</p> <p><i>III варіант.</i> При глибинних пухлинах, які супроводжуються гіпертензійно-гіперцефальним синдромом: лікворощунтуюча операція. Стереотаксична біопсія. Гістологічне дослідження пухлини. Променева терапія 55-65 Гр.</p>		
15	Злоякісні новоутворення спинного мозку	С 72	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Соматичне, неврологічне обстеження</li> <li>2. Ro-графія хребта</li> <li>3. Лабораторні (клінічні, біохімічні) дослідження</li> <li>4. МРТ хребта та спинного мозку з в/в контрастним</li> </ol>	1. Оперативне мікрохірургічне втручання, спрямоване на максимальне можливе видалення новоутворення при максимальному	Поліпшення загального стану чи регрес неврологічної с-ки	14-21 Подальше лікування під наглядом невролога, онколога

1	2	3	4	5	6	7
			підсиленням	збереженні спинного мозку. У разі неможливості радикального видалення – декомпресивна ламінектомія, біопсія пухлини. 2.Опромінення в дозі 35-50 Гр. на відрізок ураженого мозку		
<i>Вертеброгенні больові синдроми</i>						
1	2	3	4	5	6	7
16	Больові синдроми, обумовлені грижами міжхребцевих дисків, стенозуючими процесами хребта, нестабільністю хребців	М 42 М 50 М 51	1.Соматичне, неврологічне обстеження 2.Лабораторні (клінічні, біохімічні) дослідження 3.Спондилографія чи КТ хребта 4.МРТ відповідного відділу хребта та спинного мозку 5.ЕМГ (при необхідності)	1.Оперативні втручання (пункційні, ендоскопічні, мікрохірургічні), в тому числі із застосуванням лазерної методики, стабілізуючих систем 2.Знеболюючі блокади (за показаннями) 3.Медикаментозна терапія	Поліпшення загального стану, регрес чи зменшення болю, неврологічної с-ки	2-10 Подальше лікування під наглядом невролога

*Примітка: Відхилення від нормативів можливі при поєднанні патологій та при нехарактерному клінічному перебігу захворювання (травми). У таких випадках рішення щодо плану обстеження та лікування приймається консиліумом (за участю заступника головного лікаря по лікувальній роботі, завідуючого відділенням, лікуючого лікаря).*