

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 25.04.2006 № 380

Протокол
надання медичної допомоги хворим із забоєм головного мозку
легкого ступеня тяжкості

Шифр за МКХ-10: S06.9

Ознаки та критерії діагностики

Забій головного мозку легкого ступеня (ЗЛС) за частотою займає друге місце у структурі черепно-мозкової травми (ЧМТ), виявляється у 10-15% хворих з черепно-мозковою травмою, відноситься до легкої ЧМТ. Структурно ЗЛС характеризується згрупованими дрібновогнищевими точковими крововиливами чи ділянками локального набряку речовини мозку при відсутності пошкодження мозкових оболонок.

Тяжкість хворого при ЗЛС у гострому періоді за Шкалою ком Глазго (ШКТ) у більшості випадків відповідає 13-14 балам.

Клінічними ознаками ЗЛС є:

1. Загально мозкова та менінгеальна симптоматика - втрата свідомості після травми від декількох секунд до 30 хвилин (при цьому слід виключити алкогольну, наркотичну або іншу інтоксикацію), амнезія, головний біль, нудота, одно- або кількаразова блювота, симптоми Седана та Гуревича-Мана.

2. Вегетативна симптоматика - найчастіше спостерігаються акроціаноз, гіпергідроз (особливо долонь), «гра капілярів», порушення дермографізму, субфебрилітет (нерідко з явищами асиметрії), нестійкість кров'яного тиску, лабільність пульсу - брадикардія, яка змінюється тахікардією, тремор та ін.

3. Незначно виражена вогнищева неврологічна симптоматика (легка, мінуща анізокорія, асиметрія м'язів обличчя, ністагм, зниження рогівкових рефлексів, слабкість конвергенції, послаблення або посилення сухожилкових рефлексів, слабкість конвергенції, зниження черевних рефлексів, м'язова гіпотонія, статична атаксія, симптом Маринеску-Радовичі), яка у більшості хворих утримується до 14 днів.

Діагностичними критеріями ЗЛС, що дають змогу відокремити ЗЛС від струсу головного мозку є наявність переломів склепіння чи основи черепа, субарахноїдального крововиливу, а також вогнищевих змін при КТ (МРТ).

Наявність тривалої (години) втрати свідомості, виразної вогнищевої та/або стовбурової симптоматики, КТ (МРТ)-ознак поширеного вогнища забою чи внутрішньочерепного крововиливу свідчать про більш тяжку ЧМТ, критерії якої описано у відповідних протоколах.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Пацієнти із ЗЛС підлягають стаціонарному обстеженню і лікуванню у нейрохірургічному чи неврологічному відділенні.

Діагностика

Діагностичні заходи включають:

1. Неврологічний та соматичний огляд.
2. Ро-графія черепа в 2 проекціях (передньо-задній, боковій).
3. ЕхоЕС, ЕЕГ (на 5-7 день).
4. ЛП із визначенням ЛТ та аналіз ліквору.

5. КТ (МРТ) головного мозку (при поступленні в стаціонар, при поглибленні неврологічної симптоматики, погіршанні стану).
6. Визначення групи крові, резус-фактора.
7. Загальні аналізи крові та сечі, RW.
8. Аналіз крові на вміст цукру, алкоголю. Проба Раппопорта.

Лікування

Основним методом є консервативне лікування. Медикаментозне лікування включає дегідратацію або гідратацію відповідно до лікворного тиску, седативні, ноотропні, судинні препарати, симптоматичну терапію (за клінічними ознаками).

При пошкодженні м'яких тканин проводять ПХО рани, вводять протиправцевий анатоксин.

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

Критерії, за якими приймається рішення про виписку зі стаціонару: поліпшення загального стану, регрес загальнономозкової та вогнищевої симптоматики.

Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах – до 8-14 діб. Подальше амбулаторне лікування під наглядом невролога.

**Директор
Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Підпис

Р.О. Моїсеєнко