

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 25.04.2006 № 380

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

Шифр за МКХ-10: S06.3

Ознаки та критерії діагностики

Забій головного мозку середнього ступеня (ЗГМ-СС) виявляється у 8-10% хворих з ЧМТ та відноситься до тяжкої черепно-мозкової травми. Патоморфологічно ЗГМ-СС характеризується вогнищами геморагічного розм'якшення або геморагічного просякнення мозкової тканини дрібновогнищевими крововиливами із збереженням цілісності конфігурації борозн і звивин.

Тяжкість хворого при ЗГМ-СС за ШКГ у більшості випадків відповідає 9-12 балам.

Клінічними ознаками ЗГМ-СС є:

1. Загально мозкова та менінгеальна симптоматика (втрата свідомості після травми від декількох десятків хвилин до кількох годин (при цьому слід виключити алкогольну, наркотичну або іншу інтоксикацію), амнезія, головний біль, блювота (у більшості випадків багаторазова), порушення психіки, с-ми Керніга та ригідність потиличних м'язів).

2. Виразна вогнищева симптоматика, що визначається локалізацією вогнища забою (зіничні та окорухові порушення, парези кінцівок, розлади чутливості, мовлення тощо).

3. Окремі стовбурові симптоми.

4. Можливі транзиторні, нетривкі порушення вітальних функцій (бради- або тахікардія, підвищення артеріального тиску, тахіпноє).

5. Характерною КТ-ознакою ЗГМ-СС є наявність вогнищ забоїв мозку. У частині випадків при ЗГМ-СС на КТ у першу добу після травми відсутній вогнищевий травматичний субстрат. При ЗГМ-СС, як правило, відсутні ознаки компресії та дислокації головного мозку, латеральне зміщення серединних структур не перевищує 5 мм, базальні цистерни не деформовані.

6. При ЗГМ-СС нерідко виявляються переломи кісток склепіння і основи черепа, масивні субарахноїдальні крововиливи.

Найважливішими діагностичними критеріями ЗГМ-СС, що дають змогу відокремити ЗГМ-СС від легших та більш тяжких уражень головного мозку, є характерна тривалість втрати свідомості (до кількох годин, за умов виключення алкогольної, наркотичної, іншої інтоксикації), наявність візуалізованого за допомогою КТ вогнища забою та стійка (більше 1 доби) і виразна (парези, паралічі) вогнищева симптоматика. Наявність більш тривалої (десятки годин) втрати свідомості, грубої стовбурової симптоматики з порушеннями вітальних функцій, КТ-ознаки компресійно-дислокаційних явищ свідчать про забій головного мозку тяжкого ступеню, критерії якого описано у відповідному протоколі.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Пацієнти з ЗГМ-СС підлягають стаціонарному лікуванню у нейрохірургічному відділенні.

Діагностика

Діагностичні заходи включають:

1. Неврологічний та соматичний огляд.

2. Ро-графія черепа в 2 проекціях.
3. ЕхоЕС (на 1, 3-5, 9-14 добу) – при відсутності КТ, МРТ.
4. КТ (МРТ) головного мозку (при госпіталізації, а також повторно перед випискою), ЕЕГ (на 7-10 день).
5. ЛП з визначенням ЛТ та аналіз ліквору.
6. Визначення групи крові, резус-фактора.
7. Загальні аналізи крові та сечі, RW.
8. Аналіз крові на вміст цукру, алкоголю. Проба Раппопорта.
9. Біохімічне дослідження крові (електроліти, заг. білок) та визначення гематокриту, осмолярності плазми, SpO₂.
10. Контроль згортання крові.
11. Консультація офтальмолога, отоневролога (в динаміці). Перед випискою – огляд психіатра (за клінічними показаннями).

Лікування

Основним методом є консервативне лікування за алгоритмами інтенсивної терапії. Переважає інфузійна терапія з позитивним балансом рідини.

При пошкодженні м'яких тканин проводять ПХО рани, вводять протиправцевий анатоксин. Виправдані повторні ЛП до санації ліквору з вимірюванням тиску ліквору (при відсутності протипоказань).

Хірургічне втручання проводиться при формуванні вогнища контузії з наростанням компресійно-дислокаційних проявів - декомпресійні трепанації, вентрикулярний дренаж та ін. (за показаннями).

Медикаментозне лікування включає дегідратацію, ноотропні, судинні, протисудомні препарати (за показаннями).

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

Летальність при ЗГМ-СС не повинна перевищувати 9%. Критерії, за якими приймається рішення про виписку із нейрохірургічного стаціонару, – поліпшення загального стану, частковий регрес загальнономозкової та вогнищевої симптоматики, резорбція геморагічного компоненту вогнищевого забою за даними КТ. Подальше лікування – у неврологічному або реабілітаційному відділенні.

Орієнтовна тривалість лікування у нейрохірургічному відділенні і відділенні інтенсивної терапії – до 20 діб.

При стабілізації стану хворого показано продовження лікування у відділенні реабілітації або неврології.

Директор

**Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Підпис

Р.О. Моїсеєнко