

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

наказом Міністерства охорони здоров'я України  
від 17.06.2008 № 320

**Клінічний протокол  
надання медичної допомоги дітям із забоем головного мозку легкого та середнього  
ступеня тяжкості**

Шифр за МКХ-10: S06.9

**Ознаки та критерії діагностики**

**Забій головного мозку легкого та середнього ступеня (ЗЛ-СС)** за частотою займає друге місце у структурі черепно-мозкової травми, виявляється у 48-65% дітей з черепно-мозковою травмою. Структурно ЗЛ-СС характеризується згрупованими дрібновогнищевими точковими крововиливами чи ділянками локального набряку речовини мозку при відсутності пошкодження мозкових оболонок.

Тяжкість хворої дитини при ЗЛ-СС у гострому періоді за ШКГ у більшості випадків відповідає 13-14 балам.

Клінічними ознаками ЗЛ-СС є:

1. Загальномозкова симптоматика – втрата свідомості після травми від декількох секунд до 10-15 хвилин, амнезія, головний біль, нудота, одно- або кількарезова блювота, симптоми Седана та Гуревича-Мана.

2. Вегетативна симптоматика – найчастіше спостерігаються акроціаноз, гіпергідроз (особливо долонь), порушення дермографізму, субфебрилітет (нерідко з явищами асиметрії), нестійкість кров'яного тиску, лабільність пульсу – брадикардія, яка змінюється тахікардією (необхідно враховувати вікові особливості серцевої діяльності у дітей), тремор та ін.

3. Незначно виражена неврологічна симптоматика (легка, минула анізокорія, асиметрія м'язів обличчя, ністагм, зниження рогівкових рефлексів, слабкість конвергенції, послаблення або посилення сухожилкових рефлексів, зниження черевних рефлексів, м'язова гіпотонія, статична атаксія, симптом Маринеску-Радовичі), яка у більшості дітей утримується до 3-5 днів.

Діагностичними критеріями ЗЛ-СС, що дають змогу відокремити ЗЛ-СС від струсу головного мозку може бути 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.

**Алгоритм надання медичної допомоги дітям з ЧМТ в гострому періоді наведений в додатку.**

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Діти із ЗЛ-СС 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. КТ (МРТ) головного мозку (при поступленні в стаціонар, при поглибленні неврологічної симптоматики, погіршанні стану).

5. ЛП із визначенням ЛТ та аналіз ліквору (при ознаках порушення лікворного тиску та згоди батьків).

6. Визначення групи крові, резус-фактора.

7. Загальні аналізи крові та сечі.

### **Лікування**

Основним методом є консервативне лікування. Медикаментозне лікування включає дегідrataцію 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 (з урахуванням проведених щеплень).

### **Критерії ефективності та очікувані результати лікування**

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

Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах – 14-20 діб. Подальше амбулаторне лікування під наглядом невролога.

**Головний позаштатний спеціаліст**

**МОЗ України за спеціальністю «дитяча нейрохірургія»** Підпис

**Ю.О.Орлов**