

## ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України  
від 17.06.2008 № 320**Клінічний протокол  
лікування дітей із хронічними субдуральними гематомами**

Шифр за МКХ-10: Т 90.5

**Хронічні субдуральні гематоми (ХСГ)** – це відокремлені капсулою крововиливи між твердою і павутинною оболонками, що викликають стиснення головного мозку і клінічно проявляються через кілька тижнів після травми.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Клінічна картина ХСГ залежить від **латералізації** (лівобічні, правобічні, двобічні), **локалізації** (супратенторіальні, субтенторіальні), **об'єму** (в залежності від віку) (малі – до 10-20 см<sup>3</sup>, середні – 20-50 см<sup>3</sup>, великі – більше 50-100 см<sup>3</sup>) та **фази перебігу ХСГ**:

1. Фаза клінічної компенсації (проявляється клінікою астено-невротичного синдрому, епізодами цефалгії).
2. Фаза клінічної субкомпенсації (порушення свідомості до рівня легкого оглушення, психічні порушення, що можуть бути основним симптомом у клініці, вогнищеві симптоми у вигляді легкого геміпарезу, афатичних порушень).
3. Фаза помірної клінічної декомпенсації (загальний стан – середньої тяжкості, свідомість порушена до глибокого оглушення, психічні порушення, вогнищева симптоматика, окремі дислокаційні стовбурові ознаки тенторіального рівня).
4. Фаза грубої клінічної декомпенсації (загальний стан тяжкий, свідомість порушена до ступеня сопор – кома I-II, груба підкоркова та стовбурова симптоматика з вітальними порушеннями).
5. Термінальна фаза (свідомість порушена до рівня термінальної коми з грубими порушеннями життєво важливих функцій).

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

Діти з ХСГ підлягають стаціонарному лікуванню в нейрохірургічному відділенні.

**Діагностика**

Діагностичні заходи включають:

1. Виявлення наявності травми голови в анамнезі (часто без втрати свідомості).
2. Оцінка скарг та неврологічної симптоматики.
3. Інструментальні методи обстеження:
  - а) рентгенологічні:
    - оглядова краніографія (можуть спостерігатись гіпертензивні ознаки, переломи склепіння черепу).
    - б) нейровізуалізуючі: (при наявності)
      - комп'ютерна томографія (КТ) – прямі (гіпо- та гетероденсивні гематоми) та непрямі (дислокаційні) ознаки (ізоденсивні гематоми);
      - магнітно-резонансна томографія (МРТ) – (ведучий метод діагностики при хронічних гематомах усіх видів щільності – «золотий» стандарт діагностики);
      - церебральна ангиографія (безсудинна зона, дислокації магістральних судин), проводиться в першу чергу для виключення судинної патології.
      - в) ультразвукове дослідження (при відсутності КТ, МРТ):
        - ехоенцефалографія – зміщення М-ехо на 5 мм і більше (при двобічних гематомах зміщення М-ехо може не бути).

## Лікування

Абсолютними показаннями до **хірургічного лікування** є компресивно-дислокаційні зміни за даними КТ чи МРТ.

Відносними показаннями до хірургічного лікування є невеликий об'єм гематоми при клінічних ознаках психічних порушень без дислокаційних змін за даними КТ або МРТ.

Протипоказанням до оперативного втручання може бути тільки некомпенсований стан дитини. У фазі декомпенсації лікування проводиться з часу поступлення дитини у приймальне відділення за алгоритмами інтенсивної терапії.

Перед оперативним втручанням проводиться комплекс обстеження соматичного статусу дитини із залученням педіатра. Оцінюється можливий ризик хірургічного втручання та анестезіологічного забезпечення.

## Методи хірургічного втручання

1. Мініінвазивний – евакуація ХСГ через фрезевий отвір (отвори), дренавання порожнини гематоми; «Twist-drill» краніотомія; ендоскопічна евакуація гематоми.

2. Кістково-пластична краніотомія.

## Мініінвазивний метод хірургічного втручання показаний при:

- 1) однокамерній, рідше двокамерній будові гематоми;
- 2) гематомі у вигляді рідини або у вигляді рідина-згусток.

## Кістково-пластична краніотомія показана при:

- 1) багатокамірній будові гематоми з багатьма перетинками, що займають значну частину об'єму гематоми;
- 2) гематомі у вигляді щільного згортка або при її кальцифікації;
- 3) рецидивах гематоми.

Втручання проводять під загальним знеболюванням, кістково-пластична трепанація потребує використання ШВЛ.

Можливі післяопераційні ускладнення:

1. Рецидив гематоми.
2. Формування гострих субдуральних, епідуральних та внутрішньомозкових крововиливів.
3. Пневмоцефалія.
4. Гнійно-запальні ускладнення.
5. Тромбоемболія.

У післяопераційному періоді призначають антибіотики (5-7 діб), знеболюючі, ноотропи, судинні препарати, проводиться профілактика тромбоемболії.

## Нехірургічне лікування дітей з ХСГ

Нехірургічне лікування дітей із ХСГ допускається при ХСГ малого об'єму (до 20 см<sup>3</sup>), відсутності неврологічного дефіциту, компресійно-дислокаційних змін та можливості періодичного КТ чи МРТ контролю. Нехірургічне лікування включає помірну дегідратацію, ноотропні, судинні, протисудомні препарати (за показаннями).

**Критеріями ефективності та очікуваними результатами лікування** дітей із ХСГ є поліпшення загального стану хворого з частковим регресом загальнономозкової та вогнищевої симптоматики, регрес компресійно-дислокаційних змін (за даними КТ чи МРТ) від 3 тижнів до 6 місяців після операції.

Орієнтовна тривалість лікування у нейрохірургічному відділенні – до 15 діб.

Подальше стаціонарне лікування показане у відділенні реабілітації або неврології.

Головний позаштатний спеціаліст

МОЗ України за спеціальністю «дитяча нейрохірургія» Підпис

Ю.О.Орлов