

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 17.06.2008 № 320

**Клінічний протокол
надання медичної допомоги дітям із післятравматичними
кістковими дефектами черепа**

Шифр за МКХ-10: Т90.1, Т90.5

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Хворі діти з післятравматичними кістковими дефектами черепа здебільшого скаржаться на головний біль дифузного характеру, пов'язаний із змінами атмосферного тиску (синдром трепанованого черепа), наявність кісткового та косметичного дефекту черепа, загальну слабкість, епілептичні напади.

Клінічна картина залежить також від тяжкості перенесеного забою головного мозку, віку та індивідуальних особливостей хворої дитини.

Післятравматичні кісткові дефекти черепа класифікують таким чином:

1. За відношенням до склепіння та основи черепа: конвексимальні, базальні, поєднані.
2. За латералізацією: однобічні, двобічні.
3. За локалізацією: лобні, лобно-орбітальні, лобно-скроневі, лобно-тім'яні, скроневі, скронево-базальні, скронево-тім'яні, лобно-скронево-тім'яні, скронево-потиличні,тім'яні, потилично-тім'яні, потиличні.
4. За розмірами: малі (до 10 см²), середні (до 30 см²), великі (до 60 см²), значні (більше 60 см²) – відносно віку дитини.
5. За кількістю: одиночні, множинні,
6. За характером зони кісткового дефекту: «пульсуючий», «западаючий», «вибухаючий», змішаний.
7. За станом м'яких тканин: без змін, гіперемія, нориці, рубцеві зміни, потовщення, витончення.
8. За супутнім післятравматичним мозковим субстратом: поренцефалія, гідроцефалія, менінгоенцефалоцеле, локальний атрофічний процес, рубцево-спайковий процес, чужорідне тіло.
9. За основним клінічним синдромом: метеопатичний (синдром трепанованого черепа), астенічний, епілептичний, психопатологічний, пірамідний, екстрапірамідний, афатичний.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Діти з наслідками ТЧМТ, з післятравматичними кістковими дефектами черепа більше 5-6 см² підлягають хірургічному лікуванню у нейрохірургічному відділенні.

Діагностика

У комплекс обстежень входять:

1. Збір анамнезу.
2. Вивчення скарг та неврологічного статусу хворого.
3. Визначення місцевих змін в ділянці кісткового дефекту.

Основні методи обстеження

1. Краніографія (оглядова у двох стандартних проекціях та прицільна) – показує розміри, особливості крайової лінії, наявність патологічних змін кісток черепа навколо кісткового дефекту.

2. Комп'ютерна томографія (КТ) (у тому числі з 3D реконструкцією) – дає змогу визначити співвідношення кісткового дефекту з післятравматичними змінами мозку та його оболонки.

Лікування

Показаннями для пластики кісткового дефекту є:

- синдром «трепанованого черепа»;
- косметичний дефект площею більше 6 см²;
- післятравматична епілепсія.

Протипоказаннями до оперативного втручання є:

- стійке підвищення внутрішньочерепного тиску з вип'ячуванням м'яких тканин в ділянці дефекту, «напружений» пролапс;
- інфікованість м'яких тканин голови;
- крайовий остеомієліт;
- декомпенсований соматичний стан.

Термін проведення пластики кісткових дефектів встановлюється індивідуально і залежить від загального стану хворого та змін у ділянці дефекту:

- первинна пластика – у термін до 1 доби після травми;
- первинно-відстрочена – до 7 діб після травми;
- пізня – 3-6 місяців після травми.

Якщо в гострому періоді виникали інфекційні ускладнення, вторинне загоєння рани, то оптимальний термін виконання пластики кісткового дефекту – 1,5-2 роки після травми (віддалена).

Перед оперативним втручанням проводять комплексне обстеження соматичного стану хворого.

Усі оперативні втручання проводять із застосуванням ШВЛ.

Рекомендована для пластики площина дефекту – не менше 5-6 см².

При значних рубцевих змінах м'яких тканин повинна проводитись пластика шкіри із видаленням рубців, переміщенням чи ротацією шкіри з одномоментною пластикою кісткового дефекту або першим етапом – нарощування шкіри шляхом підшкірної імплантації еспандера протягом 1,5-2,5 місяців. Вилучення еспандера сполучається з одномоментним видаленням рубців та пластикою шкіри.

При наявності дефекту твердої мозкової оболонки після менінгоенцефалолізу в ділянці кісткового дефекту необхідне проведення пластики твердої мозкової оболонки.

При супутній гідроцефалії необхідно попередньо провести лікворозсунуюче втручання з наступною пластикою дефекту (можливо одномоментно).

Матеріали, що використовують для пластики, поділяють на:

1. Аутоімпланти (видалений, розщеплений кістковий клапоть хворого, фрагменти його кісткової частини ребер, здухвинної кістки).

2. Ксеноімпланти – найбільш зручні при відсутності аутоімплантів. При цьому не слід використовувати метилметакрилати при ушкодженні колоносових порожнин та при базальних дефектах (великий ризик інфікування). В таких випадках необхідно використовувати металеві ксеноімпланти або гідроксилапатитову кераміку.

Можливі ускладнення:

- підшкірне накопичування рідини – видаляється шляхом місцевої пункції з аспірацією рідини;

- локальний менінгоенцефаліт: проявляється поглибленням неврологічної симптоматики або епілептичними нападами. В цих випадках імплант необхідно видалити.

Після операції на 7-10 діб призначають антибіотики. При наявності судом – антиконвульсанти.

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

Середній термін лікування у нейрохірургічному відділенні при проведенні пластики – до 10 діб.

Критеріями якості лікування є поліпшення загального стану дитини, досягнення задовільного косметичного ефекту, зменшення чи стабілізація неврологічних симптомів.

Головний позаштатний спеціаліст

МОЗ України за спеціальністю «дитяча нейрохірургія» *Підпис*

Ю.О.Орлов