

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 17.06.2008 № 320

**Клінічний протокол
надання медичної допомоги дітям із збройними пораненнями м'яких тканин голови
мирного часу**

Шифр за МКХ-10: S00.0, S01.0, S01.7-S01.9, S08.0

Збройні поранення м'яких тканин голови (ЗПГ) – поранення м'яких тканин без ушкодження черепа та твердої мозкової оболонки, зроблені з вогнепальної або невогнепальної зброї чи вибухового приладу.

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Клінічна картина при ЗПГ залежить від багатьох факторів – виду зброї, знаряддя, яке поранило, раневого каналу, які спричинили ЗПГ, а також від вікових та індивідуальних особливостей хворого.

Дитина скаржитися на біль у ділянці рани на голові, подекуди загальну слабкість. При пораненні м'яких тканин голови майже у половині випадків діагностується легка черепно-мозкова травма (струс або забій головного мозку легкого ступеня).

Рентгенографія черепа дає змогу дослідити стан кісток черепа, локалізацію знаряддя, яке поранило, та кількість сторонніх металевих тіл, диференціювати поранення м'яких тканин голови від інших видів ЗПГ (непроникаючого, проникаючого).

КТ дає можливість детально дослідити стан головного мозку та кісток черепа, уточнити локалізацію знаряддя, яке поранило, диференціювати поранення м'яких тканин голови від інших видів ЗПГ (непроникаючого, проникаючого).

ЕхоЕС має особливе значення для виключення об'ємного внутрішньочерепного процесу при відсутності можливості проведення КТ.

Умови, в яких повинна надаватися медична допомога

Дітей з підозрою на збройні і вибухові поранення голови потрібно негайно госпіталізувати для обстеження та лікування в нейрохірургічне (при відсутності – у хірургічне або травматологічне) відділення.

Діагностика

Обстеження хворого повинне включати уточнення анамнезу, визначення місцевих змін рани голови, а також:

1. Неврологічний та соматичний огляд.
2. Рентгенографію черепа в 2 проекціях.
3. КТ головного мозку (в т.ч. у кістковому режимі).
4. ЕхоЕС (при відсутності КТ).
5. Визначення групи крові, резус-фактора.
6. Загальний аналіз крові, сечі, RW.
7. Аналіз крові на цукор. (У дітей старших вікових груп - проба Раппопорта).
8. Консультацію суміжних фахівців (за показаннями).

Лікування

У мирний час усі збройні поранення м'яких тканин голови підлягають ранній (до 6 годин, за умов застосування антибіотикотерапії – до 24 годин) первинній хірургічній обробці, яка б виключала в подальшому повторне хірургічне втручання.

Первинну хірургічну обробку збройно-вибухового поранення голови слід здійснювати у нейрохірургічному (при відсутності – у хірургічному або травматологічному) відділенні.

Медикаментозне лікування включає введення протиправцевого анатоксину, анальгетиків, протизапальну та симптоматичну терапію.

Алгоритм первинної хірургічної обробки:

1. Місцеве знеболювання з антибіотиком, можливий потенційований в/в наркоз.
2. Економне висічення нежиттєздатних тканин.
3. Видалення сторонніх предметів.
4. Гемостаз.
5. Обробка рани антисептиками.
6. Герметичне ушивання рани.
7. Пасивний дренаж (за показаннями).

Обов'язково, незалежно від кількості, глибини та розмірів збройних і вибухових ран, перед ПХО роблять гоління всієї голови. У більшості випадків первинна хірургічна обробка ран м'яких тканин голови здійснюється під місцевою анестезією. З метою профілактики гнійно-запального процесу використовують суміш місцевого анестетику з антибіотиком широкого спектру дії. Кровотечу зупиняють, видаляють сторонні предмети (волосся, частини головного убору тощо), рану промивають антисептичними розчинами.

Одиночний снаряд, який поранив, виймають разом з іншими сторонніми предметами. При наявності великої кількості знарядь, які поранили (поранення із мисливської зброї), зрешечений клапоть відсепаровують на великій живильній ніжці. При пораненні м'яких тканин голови з газової зброї для запобігання розвитку некрозу у післяопераційному періоді краї рани обробляють лужними антисептиками.

На відміну від військового часу, усі поранення м'яких тканин голови, як правило, ушивають наглухо з подальшою антибактеріальною терапією. При наявності значних забруднень у рану вводять пасивний дренаж. Через добу дренажі виймають. Краї рани повторно обробляють спиртовою настоянкою йоду та накладають асептичну пов'язку.

Критеріями ефективності та очікуваними результатами лікування дітей із ЗПВГ є поліпшення загального стану, загоєння ран первинним натягом.

Орієнтовна тривалість лікування в нейрохірургічному (за відсутності – у хірургічному або травматологічному) відділенні – до 7 діб.

При стабілізації стану дитини показано її переведення на подальше амбулаторне лікування за місцем проживання.

Головний позаштатний спеціаліст

МОЗ України за спеціальністю «дитяча нейрохірургія» Підпис

Ю.О.Орлов