

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 17.06.2008 № 320

**Клінічний протокол
надання медичної допомоги дітям із кефалогематомами**

Шифр за МКХ-10: Р 12.0

Ознаки та критерії діагностики

Кефалогематома (син. підокісна гематома) — це скупчення крові між кісткою та відшарованим від неї окістям. Кефалогематома є найбільш частим пологовим ушкодженням волосистої частини голови і діагностується у 0,2-0,3% новонароджених. Джерелом кефалогематоми є судини підокісного простору, рідше внутрішньокісткові судини в ділянці переломів кісток черепа, які зустрічаються у 20% дітей з підокісними гематомами. Зовні кефалогематоми проявляються у вигляді локального випинання переважно в тім'яній ділянці з чіткими межами по краю кістки. Рідше, при переломах декількох кісток черепа, можливим є розташування кефалогематоми над декількома кістками черепа. Підокісна гематома є маркером перенесеної механічної дії під час пологів і в залежності від загального стану новонароджений може потребувати дообстеження з метою виключення внутрішньочерепних ушкоджень.

Умови, в яких повинна надаватися медична допомога

Лікуванню у нейрохірургічному відділенні підлягають новонароджені з ушкодженими шкірними покривами в ділянці кефалогематоми, з кефалогематомами без чіткої тенденції зменшення розмірів до 10 дня життя, а також діти з осифікованими кефалогематомами, які утворюють косметичний дефект.

Діагностика

Інструментальне обстеження:

- Нейросонографічне дослідження ділянки кефалогематоми та внутрішньочерепних структур.
- Рентгенографія черепа проводиться при підозрі на переломи кісток склепіння черепа та при осифікації кефалогематом.
- Комп'ютерна томографія виконується при підозрі на поєднані з кефалогематомами пренатальні ураження головного мозку.

Хірургічне лікування

При пункційному видаленні кефалогематоми місце пункції (поблизу основи гематоми) голиться, а пункція виконується голкою товщиною 18G-20G. Натискаючи на гематому від периферії до голки, досягають повного її випорожнення. Після аспірації кефалогематоми накладається асептична тиснуча пов'язка на 2–3 години.

При наявності пошкоджень шкіряних покривів в ділянці підокісної гематоми, її випорожнення слід проводити впродовж перших двох діб після народження у зв'язку з ризиком розвитку інфекції (інфікування кефалогематоми, остеомієліту, менінгоенцефаліту, абсцесу, тощо). Нагноєння підокісної гематоми може мати безсимптомний перебіг. У випадку виявлення гною при пункції кефалогематоми, її порожнина розтинається та дрениується.

При осифікації кефалогематоми, операція виконується у випадках, коли осифікати призводять до формування грубого косметичного дефекту (розповсюджуються на лобову ділянку та/чи мають великі розміри) за умов відсутності інтракраніальних перинатальних уражень операція полягає у підокісному видаленні осифікованої гематоми.

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

Критерії, за якими приймається рішення про виписку із нейрохірургічного стаціонару: відсутність скупчення крові в ділянці кефалогематоми протягом доби після аспірації, відсутність місцевих запальних змін у випадках нагноєння кефалогематоми, а при осифікованих кефалогематомах — усунення косметичного дефекту.

Орієнтовна тривалість лікування в умовах нейрохірургічного стаціонару 1–7 днів.

Головний позаштатний спеціаліст

МОЗ України за спеціальністю «дитяча нейрохірургія»

Підпис

Ю.О.Орлов