

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 17.06.2008 № 320**Клінічний протокол надання медичної допомоги дітям із внутрішньочерепними та внутрішньохребтовими абсцесами і гранульомами**

Шифр за МКХ-10: Захворювання є проявом гнійних та специфічних інфекцій, належить до розділу VI, шифр G 06 (G 06.0 — внутрішньочерепні абсцес і гранульома; G 06.1 — внутрішньохребтові абсцес і гранульома; G 06.2 — екстрадуральний і субдуральний абсцес неуточнений; G 07* — внутрішньочерепні та внутрішньохребтові абсцес і гранульома при захворюваннях, класифікованих в інших рубриках).

Ознаки та критерії діагностики

Абсцеси головного мозку можуть бути одиничні і множинні. Виділяють 3 основні види абсцесів мозку:

1. Метастатичні — при гематогенному розповсюдженні інфекції (зазвичай на фоні вродженої патології серця).

2. Контактні, що виникають з вогнищ «по сусідству» (отогенні, риногенні).

3. Травматичні — при проникаючій черепно-мозковій травмі.

Слід відмітити, що в клініці часто відмічають абсцеси іншого походження (наприклад, множинні чи одинарні абсцеси після гнійного менінгоенцефаліту).

При широкому своєчасному застосуванні антибіотиків в лікуванні інфекційних процесів і при ранній хірургічній корекції вроджених вад серця абсцеси головного мозку у дітей зустрічаються рідко.

Характерними симптомами абсцесів головного мозку у немовлят є підвищення внутрішньочерепного тиску (напруження і вибухання переднього тім'ячка, загальна гіперестезія, сонливість і в'ялість) при відсутності гіпертермії. У дітей більш старшого віку спостерігається гіпертермія, гіперестезія, вогнищева неврологічна симптоматика і судомні напади (близько 59%); запальні зміни в крові, як правило, слабо виражені та залежать від стадії захворювання.

Умови, в яких повинна надаватися медична допомога

Пацієнти з встановленим діагнозом підлягають стаціонарному обстеженню і хірургічному лікуванню у нейрохірургічному відділенні з подальшим симптоматичним лікуванням у неврологічних та інших відділеннях за призначенням.

Інструментальні методи діагностики:

1. Нейросонографія дозволяє діагностувати абсцеси головного мозку у грудному віці.

2. Комп'ютерна томографія і МРТ в звичайному режимі та з внутрішньовенним підсиленням контрастними препаратами дають достатню інформацію про розміри і локалізації абсцесів, стан їх капсули. Характерний набряк навколишніх тканин.

Лікування

Медикаментозна терапія часто дає позитивний ефект. При її недостатній ефективності може виникнути необхідність в хірургічному втручанні з метою діагностики, дренажу абсцесу, виділення збудника чи в зв'язку з погіршенням стану хворого.

Вибір методу оперативного втручання і термінів його проведення визначається загальним станом і віком дитини, локалізацією та розмірами абсцесів, їх множинністю, стадією розвитку захворювання і формування капсули, вираженістю перифокальних реакцій і дислокацією мозкових структур за даними нейровізуалізуючих методів дослідження.

Основні методи хірургічного лікування:

1. Пункційна аспірація вмісту абсцесу (однократна, повторна, з промиванням порожнини абсцесу антисептиками, антибіотиками).

2. Дренування абсцесу застосовується, як правило, при глибокій локалізації гнійника, при тяжкому стані хворого.

3. Видалення абсцесу з капсулою є операцією вибору, що може проводитись при інкапсульованих одиночних абсцесах в доступних ділянках мозку. Цей метод протипоказаний при загальному тяжкому стані хворого, наявності супутнього менінгіту чи енцефаліту. Метод обмежений при локалізації абсцесу в функціонально важливих зонах і глибоких відділах мозку.

Вищезазначені методи можуть послідовно поєднуватись.

При хірургічному лікуванні доцільне проведення бактеріологічного дослідження вмісту абсцесу; при виділенні збудника та визначенні чутливості його до антибіотиків — цілеспрямована антибактеріальна терапія. При невідомому збуднику застосовуються антибіотики широкого спектра дії за загальноприйнятими правилами.

Субдуральна емпієма зазвичай розвивається вторинно на тлі інших інфекційних процесів (синуситів, середнього отиту, остеомієліту), або внаслідок гематогенного інфікування субдуральної гематоми, або ж як ускладнення менінгіту. Характерні запальні явища (гіпертермія, лейкоцитоз). При збільшенні розмірів емпієми можуть з'являтися ознаки підвищеного внутрішньочерепного тиску і вогнищева неврологічна симптоматика. Лікування полягає в дренуванні емпієми з наступним проведенням курсу парентеральної антибіотикотерапії.

Епідуральний абсцес зустрічається рідко, як правило, внаслідок контактного розповсюдження інфекції з параназальних синусів, соскоподібного відростка чи кісток черепа. Зазвичай має невеликі розміри і проявляє себе тільки симптомами інфекції. В таких випадках може виявитись ефективною одна лише медикаментозна терапія. При збільшенні в розмірах абсцес може створювати мас-ефект. При цьому показане хірургічне лікування з наступним проведенням курсу антибіотикотерапії.

Абсцеси хребцевого каналу:

1. **Епідуральний абсцес** в дитячому віці спостерігається рідко. Його етіологія пов'язана з гематогенним поширенням інфекції. Симптоматика різноманітна, найтипівшими ознаками є гіпертермія, загальна гіперестезія, слабкість в нижніх кінцівках та біль. Ця патологія легко виявляється за допомогою КТ чи МРТ (з внутрішньовенним контрастуванням). Оперативне лікування показане при наявності стиснення спинного мозку. При відсутності компресії може виявитись ефективною масивна медикаментозна терапія.

2. **Абсцес спинного мозку** зустрічається рідко. Він може бути результатом гематогенного розповсюдження інфекції або ж проникнення збудника через дермальний синус. Характерними ознаками є попередня інфекція, біль в спині та менінгеальний синдром. КТ та МРТ (з внутрішньовенним контрастуванням) легко дозволяють діагностувати це ураження. Лікування хірургічне.

Гранульоми інтракраніальні та інтравертебральні є наслідком специфічних інфекцій, діагностуються в тому ж алгоритмі, що і абсцеси. Хірургічне лікування можливе при наявності об'ємної дії гранульоми (компресії та дислокації мозкових структур).

Критерієм ефективності лікування є регрес клінічних проявів абсцесу (гранульоми) з відповідними динамічними змінами на КТ (МРТ) з внутрішньовенним підсиленням: зникнення абсцесу чи трансформація його в кістозну порожнину без мас-ефекту.

Прогноз, як правило, сприятливий; при множинних абсцесах – варіабельний.

Головний позаштатний спеціаліст

МОЗ України за спеціальністю «дитяча нейрохірургія» Підпис

Ю.О.Орлов