

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00364&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00364. Забій головного мозку

Автори: Timo Koivisto, Teemu Luoto
Редактор оригінального тексту: Martti Teikari
Дата останнього оновлення: 2017-05-04

Основні положення

- Забій головного мозку варто підозрювати, коли в пацієнта із травмою голови є
 - зниження рівня свідомості (ШКГ < 15, див. [\[настанова 00366 | Черепно-мозкова травма\]](#))
 - ознаки неврологічного дефіциту (геміпарез, асиметрія зіниць, афазія) чи епілептичні судоми.
- Гостра діагностика забою головного мозку базується на результатах КТ голови.
- КТ головного мозку потрібно виконати негайно кожному пацієнту, який без свідомості, а якщо є підозра на забій головного мозку — екстрено.
- Моніторинг за станом свідомості та за неврологічним статусом пацієнта необхідно виконувати в стаціонарі.
- Про вибір методу лікування забою головного мозку консультуються із нейрохірургом.
- Лікування пацієнтів із забоєм головного мозку та порушенням свідомості проводять у відділенні інтенсивної терапії.

Діагностика

- Діагноз забою головного мозку ставлять на підставі клінічних та радіологічних даних.
- Тяжкість забою головного мозку корелює з рівнем свідомості та тривалістю перебування пацієнта в несвідомому стані.
- Забій головного мозку часто є єдиною травмою; однак близько 10 % мають множинні травми.
 - Важливо негайно виключити травму шийного відділу хребта. До отримання результатів візуалізаційних методів обстеження (КТ чи МРТ), пацієнта лікують як при травмі шийного відділу хребта.
- Основним завданням моніторингу стану пацієнта є спостереження за рівнем свідомості [настанова 00751] [Непритомний пацієнт].
- Дані КТ показують локалізацію забою головного мозку, наявність ймовірного внутрішньочерепного крововиливу та стан шлуночків мозку, виявляють ознаки підвищення внутрішньочерепного тиску.
- МРТ дослідження виявляє навіть мінімальний забій та гематоми (включаючи дифузне аксональне ушкодження, ДАУ), якщо воно виконане протягом 3–14 днів після травми. На пізніших стадіях візуалізаційні методи обстеження можуть показати нормальні результати. У пацієнтів молодого та працездатного віку МРТ повинно входити в перелік досліджень на ранніх етапах перебігу захворювання.

Лікування в гострій фазі [доказ 06225] [В] [доказ 04487] [D] [доказ 04645] [C] [доказ 06368] [C] [доказ 06597] [B]

- Лікування пацієнта без свідомості здійснюється у відділенні інтенсивної терапії.
- Спеціальними заходами при забої головного мозку є вимірювання внутрішньочерепного тиску [настанова 00750] [Підвищений внутрішньочер...] та запобігання чи лікування його підвищення.
 - Постуральна терапія: підйом верхньої частини тулуба пацієнта на 30°
 - Варто уникати гіповентиляції [доказ 01205] [D]. Якщо пацієнт заінтубований, варто почати контроль за нормовентиляцією під час транспортування.

- Протягом короткого часу можна контролювати внутрішньочерепний тиск шляхом введення манітолу [доказ 02341] [C] або гіпертонічного розчину натрію хлориду. Глюкокортикоїди не є доцільними [доказ 00587] [A].
- У випадках важкого забою головного мозку можна використовувати профілактичне лікування протиепілептичними препаратами (напр. фенітоїн чи леветірацетам) коротким курсом (приблизно до тижня).
- Додаткова інформація, отримана при повторних КТ, корисна для розпізнавання пізніх гематом та в моніторингу розповсюдження уражень, викликаних забоем головного мозку.
- У крайніх випадках розширена декомпресійна краніоектомія може бути виконана для зменшення внутрішньочерепного тиску.

Подальше лікування [доказ 06225] [B]

- Фаза гострого підйому внутрішньочерепного тиску зазвичай закінчується через 4–5 днів. Після цього навіть пацієнта без свідомості з трахеостоєю можна лікувати в палаті.
- Через 3–4 тижні спостереження зазвичай стає зрозумілим прогноз, потреба в подальшому лікуванні та реабілітації.
 - Забій легкого ступеню зазвичай не перешкоджає нормальному відновленню та поверненню пацієнта до роботи.
 - Перебування пацієнта без свідомості протягом тривалого періоду може мати наслідком порушення когнітивних функцій, зміни особистості, що потребують неврологічної реабілітації та подальшого спостереження. У цих випадках виконують МРТ головного мозку як на початковому, так і на пізньому етапі, що дозволяє отримати цінну інформацію про ступінь тяжкості травми.
 - Прогноз щодо неврологічного дефіциту, такого як параліч, в основному сприятливий, проте реабілітація повинна проводитися протягом тривалого часу.
 - Поширеність епілепсії протягом першого року становить 5 %, проте внутрішньочерепні гематоми підвищують ризик її виникнення до 30 %. Після 10 років половина пацієнтів звільняються від нападів.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані|00396|Brain contusion – Relate...\]](#)
- Інші огляди доказових даних [\[пов'язані|00396|Brain contusion – Relate...\]](#)
- Література [\[пов'язані|00396|Brain contusion – Relate...\]](#)

Джерела інформації

- R1. Brandstack N. Detection of pathologic changes following traumatic brain injury using magnetic resonance imaging [Thesis]. Annales Universitatis Turkuensis D 1061, 2013 [\[веб|http://www.doria.fi/hand...\]](#)
- R2. Brain Trauma Foundation. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. 3rd edition. Journal of neurotrauma; vol. 24, Supplement 1, 2007 [\[веб|https://www.braintrauma...\]](#).
- R3. Yang Y, Zheng F, Xu X et al. Levetiracetam Versus Phenytoin for Seizure Prophylaxis Following Traumatic Brain Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis. CNS Drugs 2016;30(8):677-88. [\[PubMedID|27395404\]](#)
- R4. Alahmadi H, Vachhrajani S, Cusimano MD. The natural history of brain contusion: an analysis of radiological and clinical progression. J Neurosurg 2010;112(5):1139-45. [\[PubMedID|19575576\]](#)
- R5. Danish SF, Barone D, Lega BC et al. Quality of life after hemicraniectomy for traumatic brain injury in adults. A review of the literature. Neurosurg Focus 2009;26(6):E2. [\[PubMedID|19485715\]](#)

Настанови

- [Настанова 00366](#). Черепно-мозкова травма.
- [Настанова 00751](#). Непритомний пацієнт.
- [Настанова 00750](#). Підвищений внутрішньочерепний тиск.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 06225](#). Magnesium for acute traumatic brain injury.
Дата оновлення: 2008-10-31
Рівень доказовості: B
Резюме: Magnesium administration appears not to provide any benefit in patients with acute traumatic brain injury.
- [Доказовий огляд 04487](#). Excitatory amino acid inhibitors for traumatic brain injury.
Дата оновлення: 2004-04-02
Рівень доказовості: D
Резюме: There is no sufficient evidence about the effects of excitatory amino acid inhibiting drugs on traumatic brain injury, but more research is pending.

- [Доказовий огляд 04645](#). Hyperbaric oxygen therapy for traumatic brain injury.
Дата оновлення: 2014-05-23
Рівень доказовості: C
Резюме: Hyperbaric oxygen may reduce death rate after brain injury but does not seem to improve quality of life for survivors.
- [Доказовий огляд 06368](#). Hypothermia treatment for traumatic brain injury.
Дата оновлення: 2009-09-30
Рівень доказовості: C
Резюме: Therapeutic hypothermia is probably not effective in adults with traumatic brain injury.
- [Доказовий огляд 06597](#). Barbiturates for acute traumatic brain injury.
Дата оновлення: 2016-01-22
Рівень доказовості: B
Резюме: Barbiturate therapy in acute severe head injury appears not to improve outcome. Barbiturate therapy appears to result in a fall in blood pressure in one in four patients. This hypotensive effect may offset any ICP lowering effect on cerebral perfusion pressure.
- [Доказовий огляд 01205](#). Hyperventilation therapy for acute traumatic brain injury.
Дата оновлення: 2009-11-19
Рівень доказовості: D
Резюме: The present data are inadequate to assess any potential benefit or harm from hyperventilation in severe head injury.
- [Доказовий огляд 02341](#). Mannitol for acute traumatic brain injury.
Дата оновлення: 2016-01-26
Рівень доказовості: C
Резюме: Mannitol therapy for raised intracranial pressure (ICP) may have a beneficial effect on mortality when compared to pentobarbital treatment, but may have a detrimental effect on mortality when compared to hypertonic saline. ICP-directed treatment shows a small beneficial effect compared to treatment directed by neurological signs and physiological indicators.
- [Доказовий огляд 00587](#). Corticosteroids for acute traumatic brain injury.
Дата оновлення: 2009-11-19
Рівень доказовості: A
Резюме: Corticosteroids are not beneficial in acute traumatic brain injury and may even increase death rate.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: [ebm00364](#) Ключ сортування: 018.004 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-05-04

Автор(и): [Timo Koivisto](#)[Teemu Luoto](#) Автор(и) попередніх версій статті: [Matti Vapalahti](#) Редактор(и): [Martti Teikari](#)
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: [Kristian Lampe](#) Видавець: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)
Власник авторських прав: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)

Навігаційні категорії
[EBM Guidelines](#) [Surgery](#) [Neurosurgery](#) [Traumatology](#) [Neurology](#)

Ключові слова індексу

mesh: Brain Injuries mesh: brain contusion mesh: Intracranial Pressure mesh: Unconsciousness icpc-2: N80
speciality: Neurology speciality: Neurosurgery speciality: Surgery speciality: Traumatology