

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=ebm00366&format=pdf>

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

Настанова 00366. Черепно-мозкова травма

Автори: Timo Koivisto, Teemu Luoto
Редактор оригінального тексту: Martti Teikari
Дата останнього оновлення: 2017-06-21

Основні положення

- При травмі голови потрібно завжди розглядати можливість ушкодження головного мозку.
- Завжди пам'ятайте про ймовірність внутрішньочерепного крововиливу Настанова 00367 [Внутрішньочерепні травма...]. Комп'ютерна томографія (КТ) голови - це першочергове обстеження для виявлення такого крововиливу.
- Тяжкість ушкодження головного мозку (легкого, середнього, важкого ступеню) можна оцінити, враховуючи дані анамнезу, об'єктивного стану пацієнта та обстежень (включаючи візуалізаційні методи обстеження).
- Якщо потрібна екстрена допомога, направляйте пацієнта в стаціонар із можливістю виконання КТ та проведення інтенсивної терапії. Якщо пацієнта перевозять у лікарню, переконайтесь, що особа, яка супроводжує його, має досвід надання екстреної допомоги.
- Потрібно контролювати рівень свідомості та загальний стан пацієнта, навіть якщо травма голови легка, доки не виключено важке внутрішньочерепне ушкодження.
- Загальний стан пацієнта та дані об'єктивного обстеження (рівень свідомості, втрату свідомості, втрату пам'яті, орієнтування в часі, просторі, власній особі, неврологічний статус) потрібно детально

фіксувати, тому що це важливо для організації довготермінового спостереження за пацієнтом та вирішення страхових та юридичних питань.

Діагностика ушкодження мозку

- Ушкодження головного мозку діагностують на основі оцінки рівня свідомості пацієнта (ШКГ, див. нижче), втрати пам'яті після травми, тривалості втрати свідомості та даних візуалізаційних методів обстеження.
- Рівень свідомості - це головний фактор, який дозволяє визначити місце проведення лікування, його інтенсивність, важкість травми та подальший прогноз.

Рівень свідомості

- Якщо у пацієнта виявили будь-яке порушення рівня свідомості, його/її потрібно екстрено госпіталізувати в відділення інтенсивної терапії.
- Початковий рівень свідомості фіксується та проводиться моніторинг будь-яких змін рівня свідомості в подальшому.
- У пацієнтів з інтоксикацією оцінюється її рівень.
- Шкала коми Глазго (ШКГ) використовується для оцінки рівня свідомості, див. таблицю [табл. T1] і [веб|<http://www.glasgowcomasc...>].

Таблиця T1. Шкала коми Глазго (ШКГ)

Критерії		Бали
Розплющення очей	Спонтанне	4
	Як реакція на звук	3
	Як реакція на натискання	2
	Відсутнє	1
Словесна відповідь	Орієнтований	5
	Мова сплутана	4
	Окремі слова	3
	Окремі звуки	2
	Відсутня	1
Найкраща рухова реакція	Виконує команди	6
	Локалізує подразник	5
	Нормальне згинання	4
	Патологічне згинання	3

Критерії		Бали
	Патологічне розгинання	2
	Відсутня	1
Разом		3-15 балів

Візуалізаційні методи обстеження при травмі черепа

- КТ - це першочерговий візуалізаційний метод обстеження при черепно-мозковій травмі. Недоцільно проводити рентгенографію черепа. Показання до екстреної КТ черепа включають
 - непритомний стан
 - амнезія (втрата пам'яті)
 - Оцінка за ШКГ менше 15 балів (таблиця [табл. T1])
 - вогнищева неврологічна симптоматика
 - підозрюється або підтверджений перелом кісток черепа
 - високий ризик кровотечі (пацієнт на антикоагулянтах; пацієнт з гемофілією)
 - судомний напад
 - наявність шунта
 - політравма
 - переломи кісток обличчя (за виключенням пацієнтів з переломом лише кісток носа)
 - тривалий або наростаючий головний біль
 - тривала або наростаюча нудота.
- КТ також призначається, коли важко оцінити симптоми у пацієнта з травмою голови, наприклад, із наркотичною легальними чи нелегальними наркотиками або алкогольною інтоксикацією, а також внаслідок психіатричних проблем.
- Під час виконання КТ голови потрібно виключити можливий перелом шийного відділу хребта. Якщо потрібно, проводиться КТ шийного відділу хребта.

Переломи кісток черепа

- Пов'язані з прямими травмами голови

- Потрібно завжди пам'ятати про можливість ушкодження головного мозку, коли підозрюється перелом кісток черепа
- КТ - це першочерговий метод виявлення перелому кісток черепа.

Перелом кісток склепіння черепа

- Переломи кісток склепіння черепа зазвичай лінійні та без зміщення.
- Вдавлені переломи, коли уламки кісток черепа втиснені всередину, трапляються рідше.
- Важливо пам'ятати про можливість вдавленого перелому та проводити пальпаторне обстеження голови.

Перелом кісток основи черепа

- Переломи кісток основи черепа можуть бути в ділянці передньої, середньої та задньої черепної ямки.
 - Найпоширеніші переломи в ділянці передньої черепної ямки.
- Вони пов'язані з ризиком виникнення лікворних фістул та менінгіту, якщо перелом поширюється на приносіві пазухи або кам'янисту частину скроневої кістки.
- *Переломи в ділянці передньої черепної ямки:* симптоми можуть включати лікворею з носа (розрив твердої мозкової оболонки), периорбітальну гематому («симптом окулярів»), втрату нюху через пошкодження нюхової цибулини Настанова 00859 [Порушення нюху]. Інколи симптоми можуть бути пов'язані з ураженням нервів, що іннервують око (сліпота, двоїння в очах, птоз).
- *Перелом в ділянці середньої черепної ямки:* ознаками можуть бути лікворея з вуха одразу або згодом після травми (розрив твердої мозкової оболонки), порушення або втрата слуху, а також можливе головокружіння. Можливий параліч лицевого нерва (VII пара черепно-мозкових нервів, див. Настанова 00785 [Периферичний парез лицев...]). Зазвичай він розвивається протягом декількох днів.
- *Перелом в ділянці задньої черепної ямки* трапляється рідко, але може призвести до виникнення епідуральної гематоми внаслідок розриву поперечного синуса.

Лікування

- Спостереження в умовах стаціонару

- Переломи кісток черепа дуже рідко потребують лікування, але вони вказують на силу удару по голові та можуть свідчити про підвищений ризик внутрішньочерепного крововиливу або забою [Настанова 00367 | Внутрішньочерепні травма...].
- У дітей перелом може інколи самостійно розширюватись, тому дитячі переломи (у віці до 2-3 років) потребують подальшого одноразового контролю.
- Вдавнені переломи, які тиснуть на головний мозок або знаходяться на видимій ділянці шкіри, зазвичай лікують хірургічно.
- Відкриті вдавнені переломи потребують лікування протягом 24 годин у зв'язку з ризиком інфекційних ускладнень (менінгіт та абсцес головного мозку).
- Немає доказів ефективності профілактичної антибіотикотерапії при переломах кісток черепа [Доказ 05159 C]. Антибіотики (наприклад, пеніцилін або цефалексин) призначають, якщо у пацієнта є лікворея (у зв'язку з ризиком бактеріального менінгіту).
- Лікворея зазвичай припиняється спонтанно протягом 1-2 тижнів.
 - Якщо лікворея продовжується, розрив твердої мозкової оболонки герметизується в умовах нейрохірургічного відділення.

Призначення консультації нейрохірурга

- Надіслати КТ-скани електронною поштою в нейрохірургічне відділення та проконсультуватись з черговим нейрохірургом у наступних випадках:
 - якщо на КТ виявлено такі порушення як гематома, забій головного мозку, вдавнений перелом
 - у пацієнта з травмою голови очевидне порушення свідомості, навіть якщо на КТ нічого не виявлено
 - лікворея з носа або з вуха
 - відкритий або вдавнений перелом кісток черепа.

Пов'язані джерела

- Кокранівські огляди [Пов'язані 00397 | Skull and brain injury –...]

Джерела інформації

R1. Ingebrigtsen T, Romner B, Kock-Jensen C. Scandinavian guidelines for initial management of minimal, mild, and moderate head injuries. The Scandinavian Neurotrauma Committee. J Trauma 2000 Apr;48(4):760-6. [PubMedID|10780615]

R2. Jagoda AS, Bazarian JJ, Bruns JJ Jr et al. Clinical policy: neuroimaging and decisionmaking in adult mild traumatic brain injury in the acute setting. Ann Emerg Med 2008;52(6):714-48. [PubMedID|19027497]

R3. Head injury: assessment and early management. Clinical guideline CG176. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [веб|https://www.nice.org.uk/...].

R4. Menon DK, Schwab K, Wright DW et al. Position statement: definition of traumatic brain injury. Arch Phys Med Rehabil 2010;91(11):1637-40. [PubMedID|21044706]

R5. Singh B, Murad MH, Prokop LJ et al. Meta-analysis of Glasgow coma scale and simplified motor score in predicting traumatic brain injury outcomes. Brain Inj 2013;27(3):293-300. [PubMedID|23252405]

Настанови

- [Настанова 00367](#). Внутрішньочерепні травматичні гематоми.
- [Настанова 00859](#). Порушення нюху.
- [Настанова 00785](#). Периферичний парез лицевого нерва.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05159](#). Antibiotic prophylaxis for preventing meningitis in patients with basilar skull fractures.
Дата оновлення: 2016-01-22
Рівень доказовості: C
Резюме: Prophylactic antibiotic use in patients with basilar skull fracture is probably not effective in preventing meningitis or all-cause mortality.

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: ebm00366 Ключ сортування: 018.002 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-06-21

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 Traumatology Neurology Neurosurgery

Ключові слова індексу

mesh: Craniocerebral Trauma mesh: Skull Fractures mesh: Skull Fracture, Depressed mesh: Brain Injuries
mesh: motor response mesh: Child mesh: Body Temperature mesh: linear skull fracture mesh: Pupil
mesh: impression fracture mesh: basilar skull fracture mesh: speech response mesh: anterior fossa fracture
mesh: Fractures, Open mesh: Glasgow coma scale mesh: cerebrospinal fluid leak mesh: posterior fossa fracture
mesh: eye-opening mesh: level of consciousness icpc-2: A81 icpc-2: L76 icpc-2: N79 icpc-2: N80 icpc-2: N81
speciality: Neurology speciality: Neurosurgery speciality: Surgery speciality: Traumatology