

Результаты реконструктивно-восстановительного лечения черепно-мозговых грыж у детей

Орлов Ю.А., Марущенко Л.Л., Проценко И.П., Вишневецкая Л.А.

ГУ «Институт нейрохирургии
им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины»
Киев
Украина
067 5059843
marushl@ukr.net

Целью работы была оценка эффективности хирургического лечения черепно-мозговых грыж у детей и определение факторов, влияющих на долгосрочный прогноз развития у данной категории больных.

С 1999 по 2010 г. в детской клинике ГУ «ИНХАМНУ» прооперировано 43 пациента с черепно-мозговыми грыжами (26 мальчиков и 14 девочек). Возраст детей колебался от 2 дней до 15 лет. Передние черепно-мозговые грыжи были диагностированы в 14 случаях, задние – в 29. Менингоцеле было выявлено у 17 пациентов, менингоэнцефалоцеле – у 22, энцефалоцистоцеле – у 4. У 10 детей черепно-мозговые грыжи сочетались с другими врожденными уродствами развития ЦНС (гидроцефалией, арахноидальными кистами, полимикрогирией, пахигирией, гипоплазией мозолистого тела). Умер 1 больной в возрасте трех дней с множественными пороками развития ЦНС и внутренних органов. Все больные с задними черепно-мозговыми грыжами оперированы экстракраниальным подходом, при этом после ушивания твердой мозговой оболочки пластика грыжевых ворот в большинстве случаев выполнялась надкостницей. У 2-х пациентов с большими размерами грыжевых ворот (более 5см) пластика твердой мозговой оболочки проведена надкостнично-апоневротическим лоскутом, а кости – с использованием эксплантата. У 2 детей с задними черепно-мозговыми грыжами и прогрессирующей гидроцефалией была выполнена вентрикулоперитонеостомия. Дети с передними мозговыми грыжами в 12 случаях были оперированы интракраниальным субдуральным подходом (6 больных с назоэктоидальными грыжами, 5 – с назофронтальными, 1 – с назоорбитальной грыжей) и в 2 случаях – экстракраниальным подходом (1 больной с назофронтальной грыжей, 1 – с назоорбитальной). Интракраниальный способ удаления грыж применялся при больших размерах энцефалоцеле, имеющих широкую шейку (более 2см), сообщающихся с полостью черепа через большие костные дефекты. Экстракраниальный способ удаления передних мозговых грыж использовался при небольших размерах и узкой шейке грыжевого мешка, коротком костном грыжевом канале. Послеоперационных осложнений при черепно-мозговых грыжах не было. Послеоперационный катамнез на протяжении 2–8 лет прослежен у 33 больных. Отмечено, что худшее развитие имели дети с большими (более 5см) затылочными энцефалоцистоцеле и энцефаломенингоцеле, врожденной гидроцефалией, корковыми дистопиями, гипоплазией мозолистого тела. Удаление фронтотомоидальных грыж на первом году жизни позволяло в дальнейшем уменьшить выраженность косметического дефекта лицевого черепа.

Таким образом, использованная рациональная хирургическая тактика позволила достичь удовлетворительных результатов лечения детей с черепно-мозговыми грыжами. Установлены факторы, определяющие качество жизни больных с данной патологией.

Медианные арахноидальные кисты головного мозга у детей (восстановление ликвороциркуляции без имплантации ликворощунтирующих систем)

Орлов Ю.А., Михалюк В.С., Гавриш Р.В.

ГУ «Институт нейрохирургии
им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины»
Киев
Украина
0444839419
mws2007@ukr.net

Применение ликворощунтирующих систем (ЛШС) для компенсации гидроцефалии и устранения объемного воздействия со стороны медианных АК, позволило добиться значительных успехов в лечении данной патологии, однако наличие осложнений в виде инфицирования и дисфункции шунтирующих систем, заставляет искать новые подходы к решению этой проблемы.

Целью нашего исследования была оценка возможности эндоскопических методов для восстановления ликвороциркуляции при медианных АК.

Материалы и методы. Проведено 17 операций по поводу АК супраселлярной локализации (11 эндоскопических вентрикуло-кистостомий (ЭВКС) и 6 микрохирургических операций с эндоскопической ассистенцией (МО+ЭА). По поводу АК цистерны четверохолмия оперировано 8 детей (6 – ЭВКС, 2 МО+ЭА), 8 операций проведено по поводу АК межполушарной щели (5 – ЭВКС и 3 – МО+ЭА). Предоперационное обследование включало анализ анамнестических данных, соматического и неврологического статуса пациентов, НСГ, КТ и МРТ головного мозга, лабораторные исследования крови и ликвора. Проведено сравнение продолжительности, кровопотери, объема операционной травмы при ЭВКС и МО+ЭА. Проведен анализ случаев, требовавших имплантации ЛШС.

Результаты и обсуждение. Из 11-и пациентов, перенесших ЭВКС по поводу АК супраселлярной локализации добиться восстановления ликворооттока и регресса внутричерепной гипертензии без имплантации ЛШС, удалось в 6 случаях. В 3-х случаях ЛШС были имплантированы первично и ЭВКС проведены по причине сохраняющегося объемного воздействия. В двух случаях ЭВКС закончены имплантацией ЛШС, однако, ретроспективно оценивая эти результаты, целесообразность имплантации ЛШС, в этих случаях, представляется сомнительной. Из 5 пациентов, перенесших МО+ЭА без имплантации ЛШС, объемное воздействие регрессировало в 2-х случаях. В одном случае ЛШС была имплантирована первично, в 2-х случаях ЛШС имплантированы через 19 и 24 дня после первичных операций, по причине развития постгеморрагической гипорезорбтивной гидроцефалии. При АК четверохолмной цистерны, без имплантации ЛШС оперировано 3 пациента (у двоих ЭВКС, у одного МО+ЭА), 4 пациентам имплантированы ЛШС (гидроцефалия смешанного генеза). При АК межполушарной щели ЛШС имплантирована первично. При эндоскопической ревизии полости кисты, по поводу дисфункции ЛШС, участков, доступных ЭВКС не выявлено.

Выводы: 1.Нарушения ликвороциркуляции при медианных АК головного мозга у детей, первично обусловлены объемным воздействием и окклюзией ликворных путей. Гипорезорбтивный механизм присоединяется при развитии осложнений воспалительного или геморрагического характера. 2.Сравнение исходов при проведении МО+ЭА и ЭВКС, свидетельствует о том, что эндоскопические вмешательства следует признать операцией выбора для коррекции ликвородинамических нарушений при медианных АК головного мозга у детей, позволяющей избежать имплантации ЛШС.