

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ МОЗГОВЫХ ГРЫЖАХ

Врожденные мозговые грыжи по месту их локализации могут быть передними (84,7%), задними (10,6%), боковыми и базальными. Последние два вида грыж встречаются редко, составляя всего 4,6% всех мозговых грыж. При передних грыжах мозговое вещество с оболочками выпячивается через дефект между лобными костями или через дефект в области слезноносового канала. В последнем случае грыжа проникает в орбиту.

При задних (затылочных) грыжах может выпячиваться либо мозжечок, если дефект располагается в чешуе затылочной кости, либо затылочная доля, если костный дефект находится выше затылочного бугра.

При базальных грыжах мозговое вещество с оболочками выпячивается через дефект в клиновидной кости, проникая в полость носа или носоглотки.

Величина мозговых грыж бывает весьма различной и может иногда превышать величину головки больного ребенка. Величина костного дефекта, через которое грыжа выпячивается, также бывает различной, но все же чаще не превышает нескольких сантиметров. Грыжа не всегда бывает прикрыта кожей. В этих случаях показана срочная операция.

Если в грыжевом мешке содержится мозговая ткань, то грыжа носит

название *энцефалоцеле*. Если, кроме мозга, в мешок попадает часть расширенного мозгового желудочка, то грыжа называется *энцефалоцистоцеле*. При *менингоцеле* грыжевой мешок содержит паутинную и мягкую мозговые оболочки, которые резко изменены, утолщены. Твердая мозговая оболочка отсутствует во всех случаях (рис. 87).

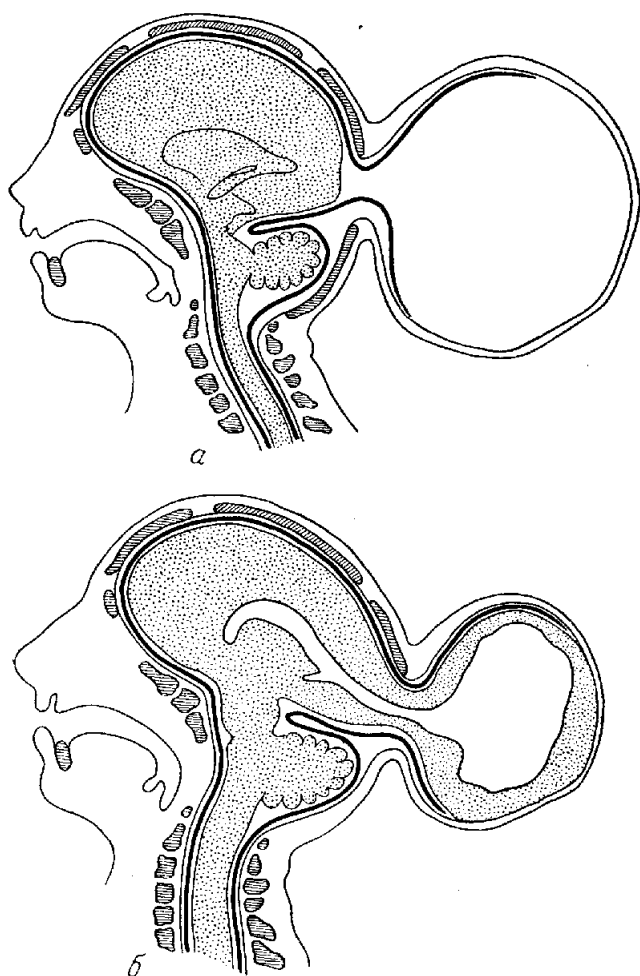


Рис. 87. Формы мозговых грыж.
а — meningocele; б — encephalocystocele.

При врожденных мозговых грыжах иногда наблюдаются и другие уродства: незаращение дужек позвонков, спинномозговые грыжи, недоразвитие отдельных частей мозга. Часто грыжа сочетается с водянкой головного мозга.

Показания и противопоказания. Если нет срочных жизненных показаний, то грыжу у детей выгоднее оперировать в возрасте не ранее 5—6 лет. При сочетании грыжи с водянкой головного мозга вначале лечат водянку и лишь после этого оперируют грыжу. Поступать наоборот недопустимо, так как после закрытия костного дефекта и иссечения грыжевого мешка водянка иногда может прогрессировать или появ-

ляются резкие головные боли. Плеоцитоз в ликворе и наличие оболочечных симптомов является противопоказанием для любого метода оперативного вмешательства при мозговых грыжах.

Техника операций. Методы оперативного лечения мозговых грыж делятся на внечерепные и внутричерепные.

При внечерепных способах удаление грыжевого мешка с его содержимым и закрытие грыжевого костного канала проводят в один этап, не вскрывая полости черепа.

Форма кожного разреза при внечерепном способе зависит от величины самой грыжи и состояния кожных покровов над ней. Разрез может быть линейным, овальным и окаймляющим с иссечением излишних участков кожи.

Кожу отпрепаровывают от грыжевого мешка со всех сторон вплоть до костного грыжевого отверстия, после чего шейку грыжевого мешка осторожно отделяют распатором от этого отверстия и затем прошивают прочной шелковой лигатурой и завязывают с двух сторон. Грыжевой мешок вслед за этим отсекают, костный грыжевой канал закрывают костной пластинкой, а при небольших его размерах не закрывают вовсе.

В. Г. Добрин рекомендует закрывать костный грыжевой канал «болтом» из органического стекла, который вставляют в костное отверстие снаружи и фиксируют к надкостнице швами, проведенными через имеющиеся отверстия в шляпке «болта».

А. Л. Поленов при неглубоком грыжевом костном канале рекомендует закрывать отверстие овальной костной пластинкой, выкраиваемой из паружных слоев лобного бугра. Выкраенную овальную пластинку заводят в полость черепа через грыжевое отверстие и путем ее перемещения последнее закрывают этой пластинкой со стороны полости черепа. Смещение пластинки предотвращается придавливанием ее основанием лобной доли.

Внечерепной способ оперирования врожденных мозговых грыж применим при сравнительно небольших грыжах и главным образом в тех случаях, когда костное грыжевое отверстие невелико. При более крупных передних мозговых грыжах в настоящее время применяют двухэтапный внутричерепной способ П. А. Герцена в модификации В. Н. Шишкиной.

Техника операции по Герцену. Больной лежит на спине. Обезболивание — наркоз.

1. Кожный разрез в виде дуги проводят по границе волосистой части лба и обоих висков. Большой кожно-апоневротический лоскут отворачивают кпереди, в сторону носа. Надкостницу рассекают по краю кожного разреза, затем по стреловидному шву и параллельно верхнему краю орбит с обеих сторон.

2. Фрезевые отверстия накладывают по линии разреза надкостницы с таким расчетом, чтобы после пропила кости образовалось два костных лоскута, каждый из которых мог бы на ножке из височной мышцы быть отвернутым в сторону (в виде двух створок). Передний пропил должен быть расположенным возможно ближе к краю орбиты, чтобы можно было бы легче подойти к шейке грыжевого мешка. Срединный пропил кости лучше проводить, чуть отступая от срединной линии, чтобы не повредить сагиттальный синус (рис. 88).

Повреждения лобных пазух остерегаться не следует, так как при передних грыжах они рудиментарны или вовсе отсутствуют.

3. После обнажения твердой мозговой оболочки последнюю широким шпателем или распатором постепенно отделяют от кости, оттесняя обе лобных доли кзади. Шаг за шагом таким способом подходят к шейке грыжевого мешка и начинают отделять ее от внутреннего отверстия костного грыжевого

канала при помощи изогнутого распатора. Оттеснение лобных долей и выделение шейки грыжевого мешка проходит легче, если предварительно эвакуировать 20—30 мл ликвора люмбальным или вентрикулярным путем. Производить отделение шейки надо осторожно, чтобы не повредить твердую мозговую оболочку, которая здесь очень тонка и иногда прочно припаяна к кости.

4. После выделения шейки грыжевого мешка твердую мозговую оболочку в области этой шейки осторожно рассекают циркулярным разрезом, отступя на 2—3 см от костного дефекта, а затем отсекают электроножом или шелковой лигатурой и мозговое вещество в области шейки грыжи, предварительно коагулировав все сосуды.

5. Твердую мозговую оболочку со стороны лобной доли тщательно зашивают узловым, а еще лучше непрерывным шелковым швом. Затем приступают к закрытию грыжевого костного отверстия изнутри со стороны полости черепа.

Для закрытия этого отверстия можно использовать костную пластинку, выкраиваемую из лобной кости в операционной ране, как это предлагал П. А. Герцен, А. Л. Поленов, либо пластинку из органического стекла или АКР-7 (Б. Г. Егоров, Н. Д. Лейбзон).

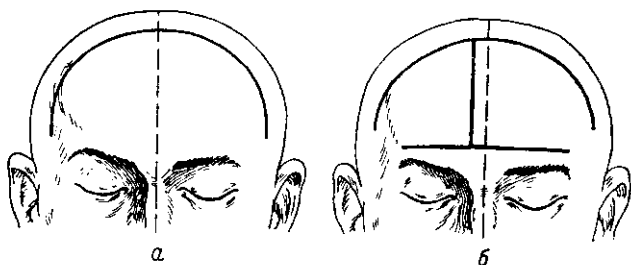


Рис. 88. Схемы разрезов кожи (а), надкостницы (б) при операции Герцена.

Фиксировать костную пластинку или пластинку из органического стекла удобнее всего к твердой мозговой оболочке, оставшейся у костного дефекта, проводя швы через сделанные в пластинке отверстия.

Для закрытия костного дефекта можно использовать «болт» из органического стекла, рекомендованный В. Г. Добриным. Если костный грыжевой канал глубокий, то лучше закрывать отверстие таким образом, чтобы, кроме внутреннего отверстия, был бы закрыт и костный грыжевой канал, как это рекомендуют производить А. Ф. Зверев, Ю. И. Соколов и др.

Костные лоскуты после закрытия грыжевого отверстия укладывают на место и фиксируют швами, наложенными на надкостницу. На месте пропила по стреловидному шву костные лоскуты фиксируют для большей прочности одним-двумя шелковыми швами через отверстия, сделанные дрелем в момент трепанации черепа. Затем накладывают шов на апоневроз и кожу.

Через месяц или позже проводят второй этап операции с целью удаления отсеченного при первом этапе грыжевого мешка с его содержимым.

Удаление грыжевого мешка в этом втором этапе производят таким же образом, как при описанном выше внечерепном способе. Иногда второй этап при способе П. А. Герцена оказывается излишним, так как грыжевой мешок и его содержимое с течением времени атрофируется, рубцуется и западает.

Так как закрытие костного дефекта при интракраниальном способе оперирования передних мозговых грыж является наиболее трудоемкой и

сложной частью операции, Н. М. Волынкин рекомендует ее несколько видоизменить и осуществлять следующим образом. Костную часть операции и выделение шейки грыжевого мешка делают, как описано выше. После циркулярного рассечения твердой мозговой оболочки и отсечения электроножом мозгового вещества в области шейки грыжи дистальный отдел грыж удаляют острой ложкой и коагулируют. Затем на твердую мозговую оболочку, оставшуюся вокруг костного дефекта, накладывают узловатые швы и таким образом полностью закрывают костный дефект. Твердую мозговую оболочку со стороны лобной доли также зашивают, и на место шва накладывают фибриновую пленку.

Таким образом, костный дефект в этой модификации закрывается не костной или другой пластинкой, а сшиванием твердой оболочки над костным дефектом. Остальную часть операции проделывают, как описано выше.