

ДЕКОМПРЕССИВНАЯ ТРЕПАНАЦИЯ ЧЕРЕПА

Декомпрессивная трепанация черепа, как показывает само название операции, преследует цель декомпрессии, т. е. снижения внутричерепного давления, что достигается резекцией определенных участков свода черепа с образованием в нем костного дефекта и вскрытием твердой мозговой оболочки.

После произведенной при соответствующих показаниях декомпрессивной трепанации черепа в ряде случаев приостанавливается падение зрения, уменьшаются или исчезают головные боли, рвоты, нарушения сердечной деятельности и дыхания и сглаживается ряд других тягостных симптомов повышения внутричерепного давления.

ПОКАЗАНИЯ

Производится эта операция в следующих случаях:

а) при опухолях головного мозга неясной локализации с быстро прогрессирующим падением зрения и резким ухудшением общего состояния больного, не позволяющим применить пневмоэнцефалографию или вентрикулографию с целью уточнения локализации опухоли.

В подобных случаях декомпрессивная трепанация черепа у правшей производится в правой височной области, а у левшей — в левой во избежание речевых нарушений, могущих возникнуть при пролабировании мозгового вещества в области наложенного трепанационного отверстия;

б) при глубоких, неудалимых опухолях больших полушарий мозга с инфильтрирующим ростом, при иноперабельных опухолях III желудочка и при некоторых арахноидэндотелиомах основания мозга, прорастающих хиазму или сосудистый бассейн системы внутренней сонной артерии.

Декомпрессивная трепанация черепа в указанных случаях зачастую является этапом, завершающим эксплоративную костнопластическую трепанацию черепа;

в) при водянке головного мозга с быстрым падением зрения и ухудшением общего состояния больного, когда производство других операций,

направленных на борьбу с гидроцефалией, бывает опасным для жизни больного. При водянке, а также при краниостенозе, сопровождающемся падением зрения, декомпрессивное окно накладывают в подвисочной области справа, а иногда с двух сторон;

г) при прогрессирующем отеке и набухании головного мозга, возникающем иногда после острой травмы черепа. Если исключено внутричерепное кровоизлияние, декомпрессия производится в подвисочной области, на той стороне, где развивается этот отек.

При подозрении на внутричерепную гематому и невозможность уточнения ее локализации (из-за тяжести состояния больного) накладывают пробные фрезевые отверстия (одно или несколько) в левой височной области. Если гематомы здесь не находят, то такие пробные фрезевые отверстия производят в правой височной области. Когда и здесь гематома не обнаруживается, то операция завершается декомпрессивной трепанацией черепа в правой височной области. При обнаружении экстрадуральной или субдуральной гематомы проводят все мероприятия для удаления этой гематомы и перевязки поврежденного сосуда (см. стр. 105).

При иноперабельных опухолях субтенториальной локализации декомпрессивную трепанацию производят в пределах задней черепной ямки.

Следует подчеркнуть, что типичную декомпрессивную трепанацию черепа, по существу, в настоящее время применяют сравнительно редко и главным образом как неотложную операцию при быстро прогрессирующем ухудшении общего состояния больного и невозможности в связи с этим уточнения локализации патологического процесса.

В большинстве же случаев, как это указывалось выше, декомпрессивная трепанация является звеном, завершающим эксплоративную трепанацию черепа.

ТЕХНИКА ДЕКОМПРЕССИВНОЙ ТРЕПАНАЦИИ ЧЕРЕПА

Положение больного. Больной лежит на боку, противоположном стороне трепанации, одна нога слегка согнута в коленном и тазобедренном суставах.

После соответствующей обработки операционного поля тонкой палочкой с ватой, смоченной 1% раствором бриллиантовой зелени, метиленовой сини или 10% раствором азотнокислого серебра, намечают линию кожного разреза и место операции ограждают стерильным бельем, подшиваемым к коже.

Операцию, как правило, проводят под местным обезболиванием. С этой целью по линии кожного разреза 0,25% раствором новокаина инфильтрируют послойно кожу, подапоневротическую клетчатку и надкостницу. Особое внимание обращают на инфильтрацию новокаином всей толщи височной мышцы и надкостницы.

Область расположения крупных кожных нервов впереди и позади прикрепления ушной раковины (n. auriculotemporalis и n. auricularis posterior) инфильтрируют отдельно 2% раствором новокаина для обеспечения проводниковой анестезии. По окончании обезболивания кожа смазывается йодом, и минут через 10—15, когда наступит полная анестезия, приступают к производству самой операции.

ДЕКОМПРЕССИВНАЯ ТРЕПАНАЦИЯ ЧЕРЕПА ПО КУШИНГУ

1. Разрез начинают от середины верхнего края скуловой дуги и ведут его косо вверх и несколько кзади, заканчивая у теменного бугра (рис. 31). Ниже верхнего края скуловой дуги разрез ни в коем случае вести не рекомендуется во избежание рассечения ветвей лицевого нерва.

Рассекают кожу с жировой клетчаткой и апоневроз, после чего края раны отпрепаровывают в обе стороны. Затем по линии кожного разреза рассекают фасцию височной мышцы, всю толщу височной мышцы по ходу ее волокон и надкостницу, которую распатором отслаивают в обе стороны возможно шире, скелетируя чешую височной кости на площади 6×6 или 7×7 см.

Для более широкого обнажения височной кости, особенно под скуловой дугой, всегда приходится дополнительно рассекаать фасцию височной мышцы по верхнему краю скуловой дуги в обе стороны от нижнего конца разреза.

2. Разведя рану крючками или ранорасширителем Эдсона, накладывают ручным трепаном на чешую височной кости одно фрезевое отверстие, которое затем расширяют выкусыванием кости костными щипцами до образования

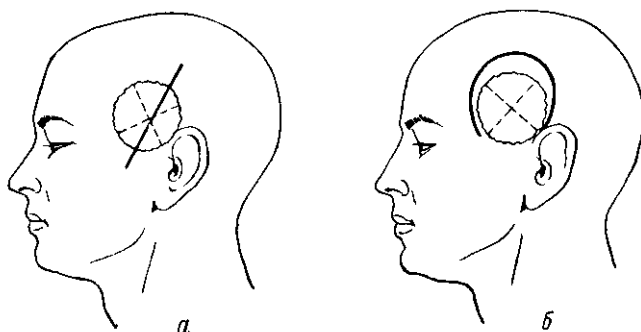


Рис. 31. Декомпрессивная трепанация. Схема разрезов кожи (жирная линия) и твердой мозговой оболочки (штриховая) при линейном разрезе (а) и при выкраивании кожного лоскута (б).

трепанационного окна 6×6 или 7×7 см (рис. 32 и 33). При скалывании кости в передненижнем (базальном) направлении надо тщательно следить за ходом ствола средней оболочечной артерии и выкусывание кости производить осторожно небольшими кусочками, чтобы не повредить артерию, которая часто в этой области находится в костном канале. В случае повреждения средней оболочечной артерии в самом костном канале, кровотечение останавливают коагуляцией сосуда или вмазыванием воска в костный канал. Периферический отрезок артерии лигируют или коагулируют.

В случае повреждения указанной артерии вне костного канала кровотечение останавливается прошиванием и лигированием обоих концов поврежденной артерии.

Трепанационное отверстие накладывают с таким расчетом, чтобы некоторая часть его располагалась под скуловой дугой, распространяясь в направлении основания черепа. При таком расположении трепанационного окна пролабирание мозгового вещества в послеоперационном периоде бывает менее заметным, менее выраженным, так как этому препятствует в известной степени височная мышца и ее фасция.

3. После наложения трепанационного отверстия осматривают поверхность твердой мозговой оболочки, определяют на ощупь ее напряжение и вскрывают крестообразным разрезом. Пересеченные сосуды лигируют или клипируют. Для лучшей декомпрессии при резком пролабирании мозгового вещества приходится делать добавочные радиальные насечки твердой мозговой оболочки.

4. Операцию оканчивают послойным закрытием покровов (узловые кетгутовые швы на надкостницу, на височную мышцу и ее фасцию, на апоневроз и шелковые на кожу).

Когда внутричерепное давление повышено очень резко, декомпрессивное окно приходится делать более крупных размеров. В этих случаях кожный разрез выгоднее делать не линейный, как описано выше, а подковообразный основанием, обращенным в сторону уха (рис. 31).

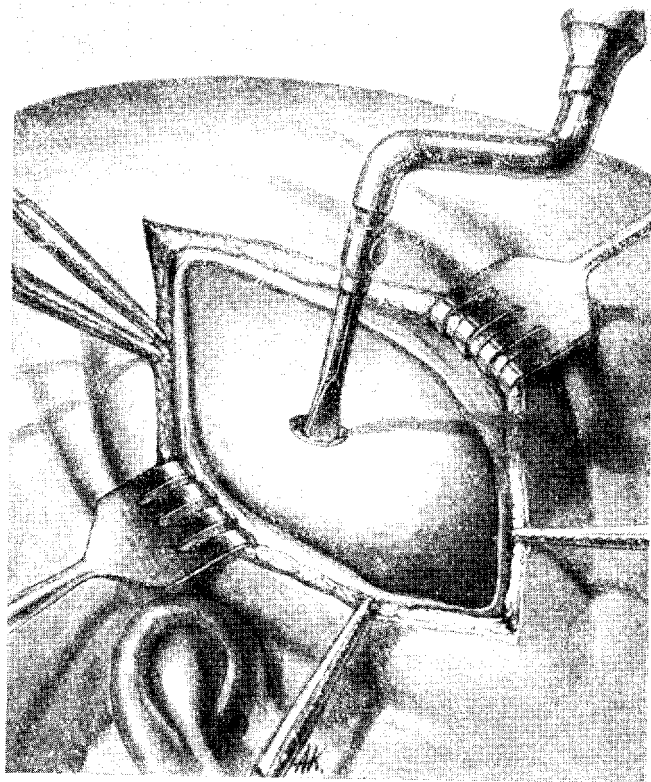


Рис. 32. Декомпрессивная трепанация. Накладывание фрезевых отверстий.

Выкроенный кожно-апоневротический лоскут отворачивают книзу. Дальнейший ход операции точно такой же, как при линейном разрезе.

Еще шире височная кость обнажается, если надкостницу рассекать дугообразным разрезом, параллельно кожному разрезу, отступая от последнего на 1 см.

В последнем варианте надкостницу отслаивают вместе с височной мышцей, и образованный мышечно-надкостничный лоскут отворачивают в сторону уха. Недостатком этого способа является развитие в послеоперационном периоде значительных по величине мозговых грыж в районе наложенного трепанационного отверстия, так как здесь нарушается прикрепление височной мышцы к чешуе височной кости, обычно препятствующее большому пролябливанию мозгового вещества.

При локализации патологического процесса в задней черепной ямке декомпрессивная трепанация черепа в височной области крайне опасна,

так как вскоре после ее производства может наступить дислокация мозга и ущемление стволовой ее части, что вызывает тяжелые расстройства сердечной деятельности, дыхания и даже смерть больного.

Подобная же опасность бульбарного паралича возникает после производства декомпрессивной трепанации задней черепной ямки, если локали-

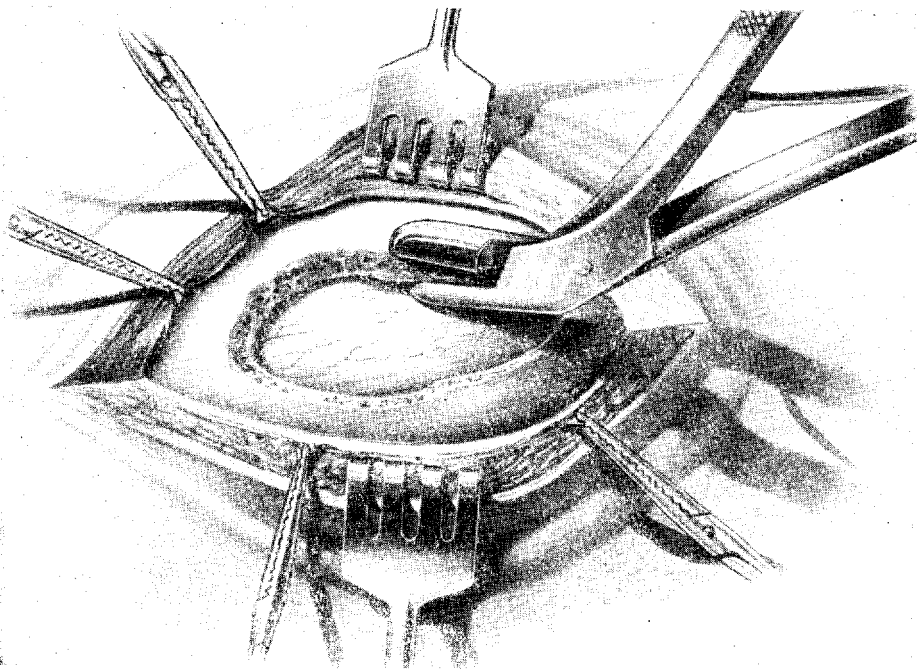


Рис. 33. Декомпрессивная трепанация. Выкусывание кости.

зация патологического процесса оказывается не субтенториальной, а супратенториальной.

Поэтому всегда нужно стремиться накладывать декомпрессивное окно над патологическим очагом или в непосредственной близости от него.