

**Кафедра: Клинической анатомии и оперативной
хирургии**

Врожденные черепно - мозговые грыжи

Подготовил: интерн-хирург

6 курса/612-1 группы.

Омаров Алишер

Проверила Ткаченко Н.Л.

Алматы, 2017г.

План:

- Введение
- Причины
- Классификация
- Клиническая картина
- Диагностика
- Дифференциальная диагностика
- Оперативное лечение
- Осложнения и последствия
- Профилактика
- Использованная литература



Введение

- Черепно-мозговая грыжа - это выпячивание содержимого полости черепа (головной мозг, оболочки мозга) через врожденный дефект костей черепа, развившийся внутриутробно.
- Встречается у 1 из 4000 - 8000 новорожденных



Причины

- Точные причины образования черепно-мозговых грыж не установлены.
- В основе заболевания лежит нарушение формирования тканей головного мозга внутриутробно. Факторы, которые приводят к этому, четко не выявлены.
- Наследственность.
- Предполагается влияние вредных факторов на организм беременной женщины:
 - употребление наркотиков, алкоголя;
 - курение;
 - злоупотребление лекарственными средствами;
 - частые простудные заболевания;
 - инфекционные болезни во время беременности: токсоплазмоз, краснуха.



Классификация

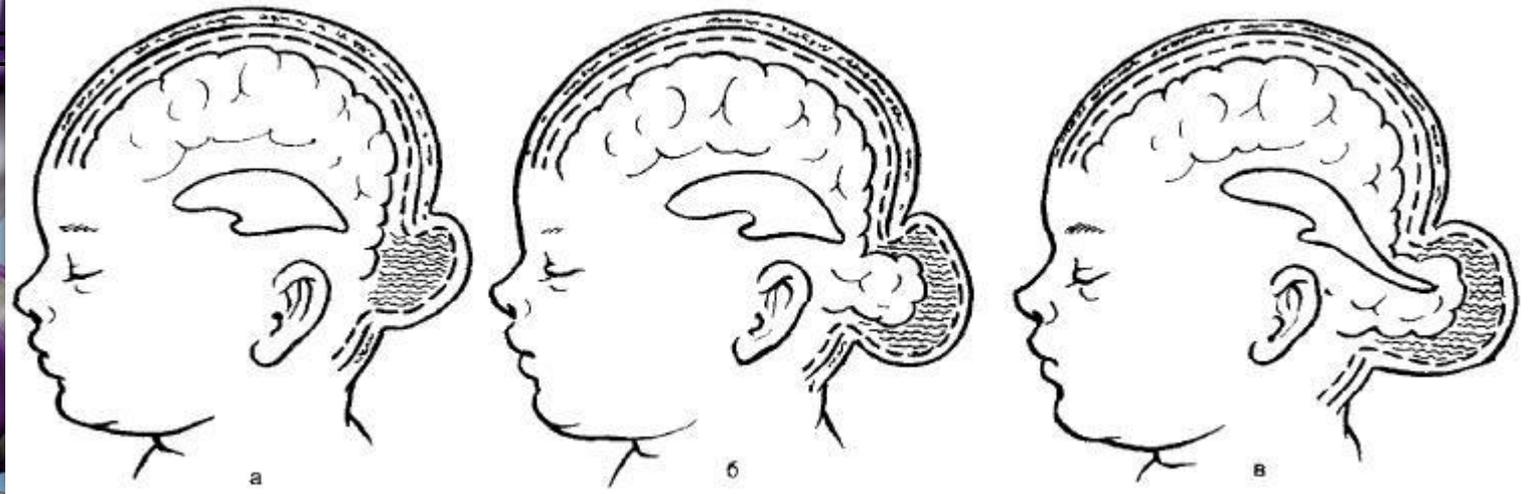
- В зависимости от локализации грыжи выделяют следующие формы:
- **Затылочная:** грыжа расположена на затылке.
- **Грыжа свода черепа:**
 - межлобная — грыжа расположена на лбу;
 - межтеменная — грыжа расположена на темени;
 - височная — грыжа расположена в области виска.
- **Лобно-этмоидальная:** грыжа расположена на лице, в носу, в глазницах.
- **Базальная:** грыжа расположена на основании черепа (его нижней части).



Классификация

(продолжение)

- В зависимости от состава грыжи выделяют следующие ее формы:
- **Менингоцеле** — форма, при которой содержимым грыжевого мешка являются только оболочки мозга (мягкая и паутинная) и мозговая жидкость. Твердая мозговая оболочка и мозговое вещество остаются интактными.
- **Энцефалоцеле** — истинная черепно-мозговая грыжа. Содержимым грыжевого мешка являются мозговые оболочки и измененная мозговая ткань.
- **Энцефалоцистоцеле** — наиболее тяжелая форма, когда содержимым грыжевого мешка является мозговое вещество с частью расширенного желудочка мозга.
- Довольно часто наблюдаются отшнуровавшиеся мозговые грыжи. Это наиболее благоприятная форма, когда сообщения с полостью черепа нет.



Клиническая картина

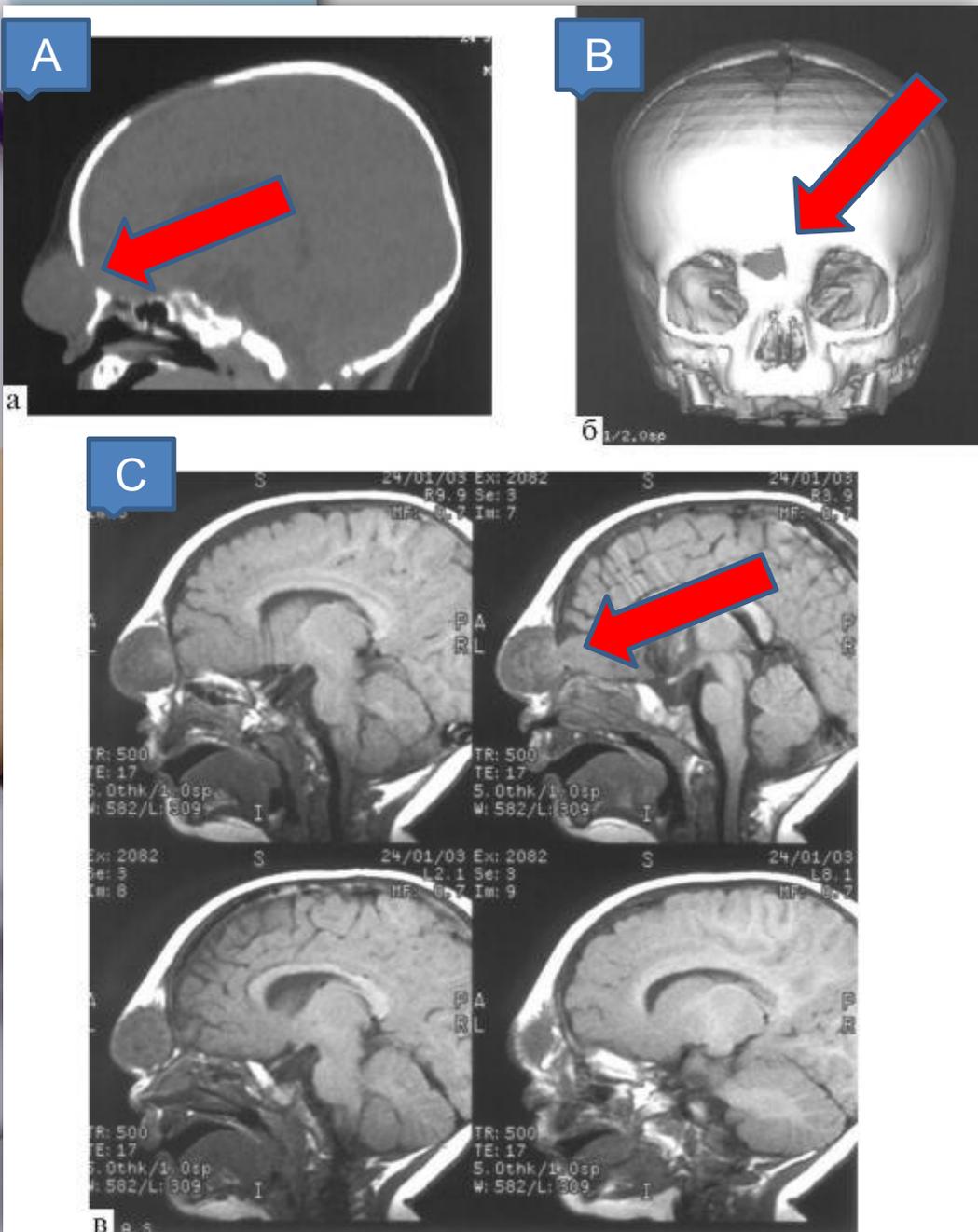
- Видимое мягкое выпячивание на голове, лице, в носу.
- Кожа над выпячиванием не изменена, безболезненна.
- Затруднение носового дыхания.
- Асимметрия глазниц.
- Широкая переносица.
- Истечение прозрачной жидкости (ликвор – цереброспинальная жидкость) из носа.
- Беспокойство ребенка: ребенок отказывается от еды, плохо спит.



Диагностика

- Анализ жалоб и анамнеза заболевания (опрос родителей).
- Неврологический осмотр: оценка наличия опухолевидного мягкого образования на голове или лице, состояние мышечного тонуса, движений глазных яблок (может наблюдаться косоглазие, ограничение подвижности глазных яблок).
- Осмотр детским отоларингологом: осмотр полости носа, поиск грыжи в носу, оценка наличия истечения ликвора (цереброспинальная жидкость, обеспечивающая питание и обмен веществ головного мозга) из носа.
- КТ и МРТ головы: позволяют послойно изучить строение головного мозга, оценить содержимое грыжевого мешка (выпячивание, стенки которого образованы кожей и оболочками мозга), размеры дефекта костей черепа.
- Возможна также консультация детского невропатолога, нейрохирурга.





Назоорбитальная мозговая грыжа

(менингоэнцефалоцеле): **А** - КТ в «костном» режиме, видны грыжевые ворота (выше - большой родничок); **В** - КТ, трехмерная реконструкция костных структур, четко видна форма грыжевых ворот; **С** - МРТ, T_1 -взвешенные изображения. Мозговая ткань полюса правой лобной доли распространяется в грыжевой мешок через узкие ворота.

Дифференциальная диагностика



Дермоидная киста

В отличие от мозговых грыж дермоидные кисты обычно бывают небольших размеров (редко более 1—1,5 см), плотной консистенции.



Липома

доброкачественная соединительнотканная опухоль.
(жировик)



Полип носа

В отличие от ЧМ грыж полип имеет серый цвет, когда грыже присуще синий цвет.

В дифференциальной диагностике нам помогает спинномозговая пункция, при которой ЧМ грыжа уменьшается в размере. Кроме того, при опухолях мягких тканей никогда не определяются костный дефект и пульсация, что характерно

Оперативное лечение

- Оперативное вмешательство обычно предпринимают в возрасте 1—3 лет. При быстро увеличивающихся грыжах и угрозе прорыва оболочек операция производится в любом возрасте, в том числе и у новорожденных.
- При сопутствующей гидроцефалии первым этапом является операция по поводу водянки головного мозга, вторым — черепно-мозговой грыжи.

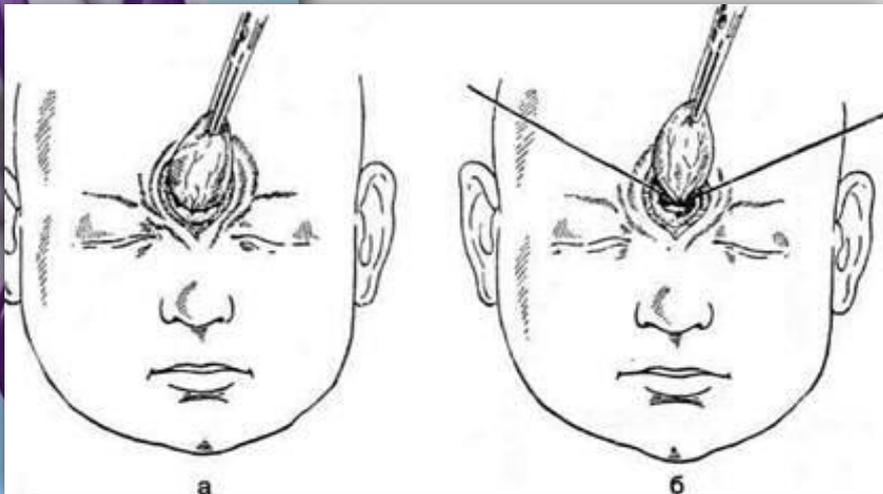


Задняя черепно-мозговая грыжа, врожденная гидроцефалия.

Способы оперативного лечения

Экстракраниальный способ

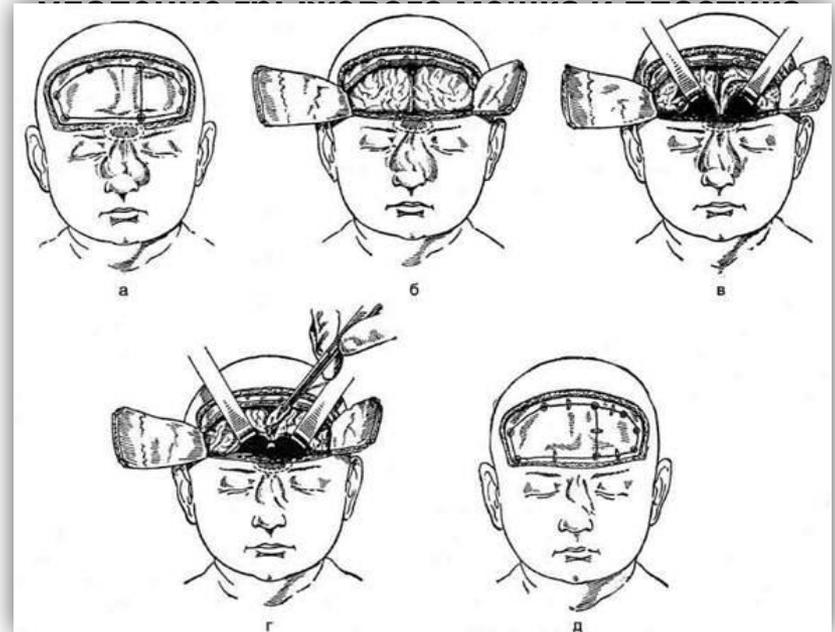
заключается в удалении грыжевого мешка и закрытии дефекта кости без вскрытия полости черепа. Его применяют при «отшнуровавшихся» грыжах и небольших дефектах кости у детей в возрасте до 1 года. Для закрытия дефекта используют ауто трансплантат из большеберцовой кости, хрящевые пластинки черепа плода, расщепленное ребро, консервированную костную ткань и др. У новорожденных пластика дефекта возможна за счет мягких тканей.



Интракраниальный способ

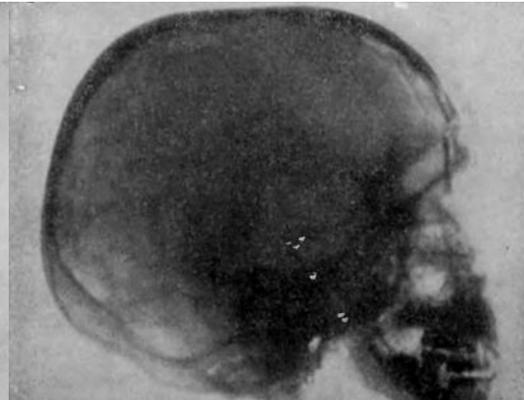
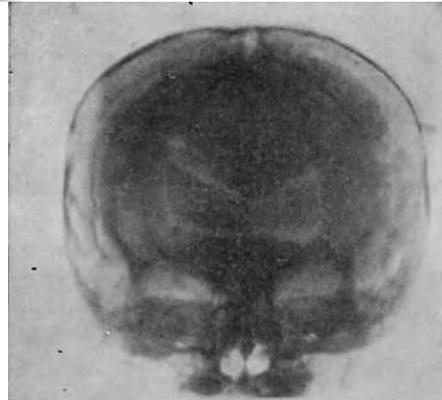
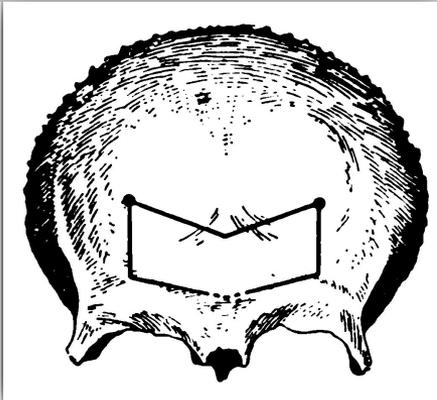
закрытие внутреннего отверстия костного дефекта с подходом к нему из полости черепа — применяют у детей старше года.

Операцию производят в два этапа. Первый этап — интракраниальная пластика дефекта костей черепа, второй этап -



Операция Герцена в модификации Терновского.

- Проводят дугообразный разрез кожи по краю волосистой части головы, затем образуют фрезевые отверстия, из которых с помощью пилы Джилли выкраивают костно-надкостничный лоскут, имеющий вид бабочки (во избежание повреждения сагиттального синуса). Лоскут откидывают книзу, после чего открывается свободный доступ к ножке грыжевого мешка. После удаления грыжевого мешка производят пластику внутреннего отверстия дефекта костным трансплантатом, выкроенным из внутренней пластинки костного лоскута. Затем лоскут фиксируют на место шелковыми швами через отверстие, проделанное дрелью. Рану ушивают послойно.



Осложнения и последствия

- Наиболее частые осложнения в послеоперационном периоде — ликворея, нарастание гидроцефалии. Для предупреждения осложнений проводят дегидратационную терапию и систематические люмбальные пункции.
- Неврологический дефект остается на всю жизнь: слабость (до полного отсутствия силы и обездвиженности) в мышцах, косоглазие, отсутствие речи, нарушение мышечного тонуса и т.п.
- Умственная неполноценность: нарушение формирования интеллекта, выражающееся в неспособности к чтению, письму, выполнению какого-либо труда (умственного и физического).
- Риск летального исхода от обездвиженности и присоединения вторичных инфекций.



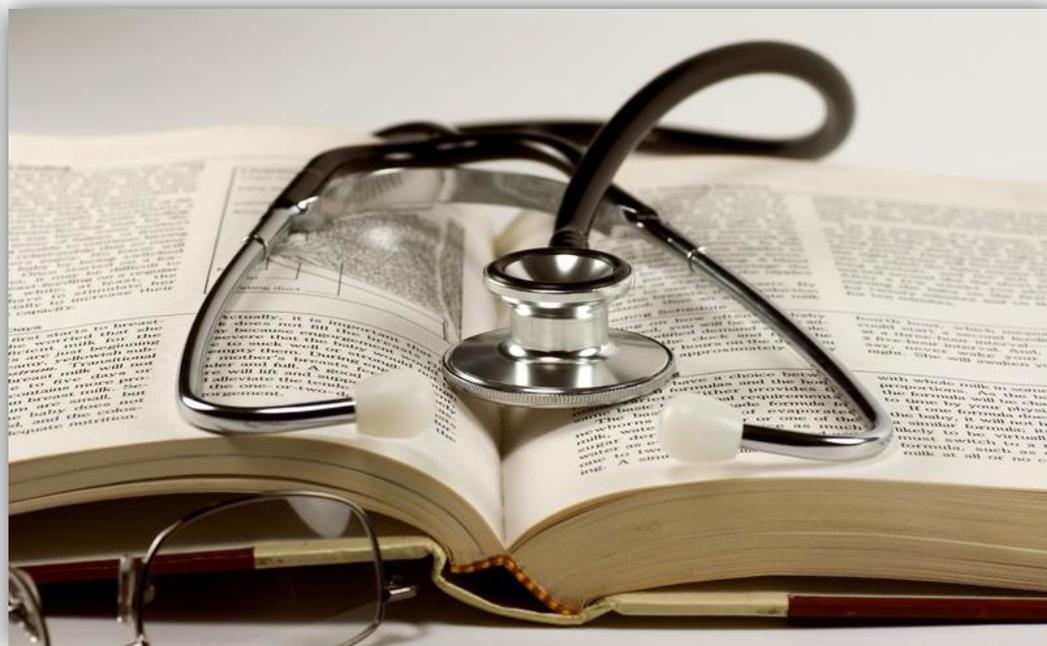
Профилактика

- Профилактика возможна только со стороны беременной женщины: отказ от алкоголя, курения, употребления наркотиков;
- ограничение применения лекарственных препаратов либо применение их только по назначению врача в минимально необходимых дозировках;
- соблюдения режима питания и рациона (регулярное питание не менее 2-х раз в день, включение в рацион продуктов, богатых витаминами (фрукты, овощи));
- своевременное обращение к врачу при возникновении проблем со здоровьем;
- регулярное посещение акушера-гинеколога.
- своевременная постановка на учет беременной в женской консультации (до 12 недели беременности).



Использованная литература:

- *Исаков Ю. Ф. Детская хирургия, 1983 г.*
- М.С.Гринберг – Нейрохирургия, 2010 г.
Н. Richard Winn et al. (eds.) — Youmans
Neurological Surgery (6th ed., Vol. 1-4) – 2011 г.
- Essentials of Neurosurgery (by M. B. Allen, R. H. Miller), 1994 г.
- Терновский Сергей Дмитриевич – хирургия детского возраста. Глава IV Голова и шея мозговая грыжа (CERHALOCELE)





Ст