

Наружная декомпрессия мозга с пластикой твердой мозговой оболочки используется при латеральной дислокации мозга. При процессах в задней черепной яме выполняется декомпрессивная трепанация черепа в области задней черепной ямы, сочетающаяся с ламинэктомией позвонков С_I и С_{II}, а также вскрытием твердой мозговой оболочки над полушариями мозжечка и спинным мозгом. Указанный вид трепанации может быть дополнен резекцией миндалин мозжечка и дренированием желудочковой системы.

Дренирование боковых желудочков подразумевает внутреннюю декомпрессию мозга, что, в свою очередь, будет способствовать снижению внутричерепного давления и его выравниванию в отдельных частях черепа.

При вклевении мозга в затылочно-шейную дуральную воронку существует метод реклинации мозга путем введения подогретого изотонического раствора объемом через поясничный прокол.

Тенториотомия проводится при височно-тенториальном вклевении.

В заключение следует сказать, что у детей с повышенным внутричерепным давлением с целью предотвращения смещения и дислокации головного мозга, необходимо срочно предпринимать меры, направленные, прежде всего, на устранение первопричины, обусловившей это повышение.

Список литературы

1. Арутюнов А.И. Узловые вопросы учения о внутричерепной гипертензии пути дальнейшего ее изучения // Пробл. нейрохир.: Внутричерепная гипертензия — К. : Госмедиздат. УССР, 1955. — т. II. — с. 5–16.
2. Абашев-Константиновский А.Л. К сравнительной характеристике гипертензионного синдрома при опухолях над- и подтенториальной локализации // Пробл. нейрохир.: Внутричерепная гипертензия — К. : Госмедиздат. УССР, 1955. — т. II. — с. 17–24.
3. Чепкий Л.П. Нарушения нейродинамики при гипертензии, обусловленной опухолями головного мозга // Пробл. нейрохир.: Внутричерепная гипертензия — К. : Госмедиздат. УССР, 1955. — т. II. — с. 35–48.
4. Ромоданов А.П. О гипертензионных приступах при опухолях головного мозга // Пробл. нейрохир.: Внутричерепная гипертензия — К. : Госмедиздат. УССР, 1955. — т. II. — с. 49–58
5. Чепкая Л.М. Особенности гипертензионного синдрома при опухолях головного мозга, протекающих по типу сосудистых заболеваний // Пробл. нейрохир.: Внутричерепная гипертензия — К. : Госмедиздат. УССР, 1955. — т. II. — с. 59–66.
6. Кристер А.А., Ромоданов А.П. Зависимость выраженности гипертензионного синдрома от высоты ликворного давления // Пробл. нейрохир.: Внутричерепная гипертензия — К. : Госмедиздат. УССР, 1955. — т. II. — с. 85–94.
7. Хоминский Б.С. Вопросы внутричерепной гипертензии в патоморфологическом освещении // Пробл. нейрохир.: Внутричерепная гипертензия — К. : Госмедиздат. УССР, 1955. — т. II. — с. 165–182.
8. Вирозуб И.Д., Сергиенко Т.М. Некоторые данные изучения медленно нарастающей гипертензии в эксперименте на собаках // Пробл. нейрохир.: Внутричерепная гипертензия — К. : Госмедиздат. УССР, 1955. — т. II. — с. 183–190.
9. Блинков С.М., Смирнова Н.А. Смещения и деформации головного мозга. — Л.: Медицина, 1967. — 201с.
10. Хоминский Б.С. Нарушения соответствия между вместимостью черепа и его содержимым // Многоотомное руководство по патологической анатомии. — М.: Медгиз, 1962. — т. II, Гл. IX. — с. 143–158.
11. Духин А.Л. Клиника опухолей ствола мозга и стволотые синдромы при опухолях иных локализаций: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — К., 1963. — 30с.

Неотложная нейрохирургическая помощь при родовой черепно-мозговой травме

Марущенко Л.Л.

Институт нейрохирургии имени академика А.П. Ромоданова АМН Украины, г. Киев

Новорожденные в Украине в 80% случаев имеют различные патологические отклонения в состоянии здоровья. В структуре заболеваемости преобладают перинатальные поражения ЦНС, вызванные внутриутробной, интранатальной гипоксией плода и механической травматизацией ребенка во время родов. Родовая черепно-мозговая травма (РЧМТ) и гипоксия патогенетически связаны друг с другом и, как правило, сочетаются. Общая летальность от внутричерепных кровоизлияний, вызванных перинатальными повреждениями, колеблется от 27% до 57%. Новорожденные с РЧМТ нередко нуждаются в неотложной нейрохирургической помощи, что позволяет не только сохранить жизнь но и предотвратить грубые вторичные поражения мозга.

В зависимости от вида структурных повреждений при РЧМТ выделяют: повреждения мягких тканей головы (ссадины, раны, подпапоневротические и поднадкостничные гематомы); повреждения

черепа (постнатальна деформація голови, розходження черепних швов, лінійні і вдавлені переломи черепа); внутрічерепні кровоизливання (епідурально-поднадкостничні, епідуральні, субдуральні, субарахноїдальні (САК), паренхиматозні і пери-інтравентрикулярні (ПІВК)); гіпоксически-ішеміческі пошкодження мозга.

Травматическі пошкодження волосистої часті голови зустрічаються у 1–2% новорождених і являється маркером перенесеного механіческогo впливу, що потребує дообстеження для виключення переломів черепа, внутрічерепних геморагій. Пошкодження черепа виникають звичайно при накладенні акушерських щипців, тиснення на голову плода кістких виступів крестця або лобкової кістки матері, деформація таза рожениці. При вдавлених переломах хірургіческі лікування рекомендується при глибині вдавлення більше товщини кістки, відсутності тенденції до спонтанної репозиції вдавлення, наявності неврологіческогo дефіциту, обумовленого вдавленим переломом.

При переломах черепа у новорождених можуть формуватися епідуральні і поднадкостнично-епідуральні гематоми. Пункційне видалення гематом показано при виникненні компресії мозга. При швидкому наростанні дислакаційногo синдрому виконується черешкова краніоектомія з видаленням сгустків крові і підшиванням твердої мозгової оболочки до апоневрозу у краєві кісткогo дефекта.

Основним механізмом розвитку субдуральних кровоизливань являється родові травма, супроводжується розривом намета мозжечка, серповидногo отростка, вен, що проходять між мозгом і синусами, верхніх мозжечкових вен, притоків вени Галена. Гематоми, викликають об'ємне впливу, підлягають видаленню. При цьому може використовуватися пункційний метод, зовнішнє дренирування субдурального простору, імплантація резервуарів Оммаїя, субдурально-субгалеальне дренирування, а також краніотомія.

Причиною САК являються асфіксія і родові травма. Основні механізми САК — діapedез еритроцитів з малих лептоменингеальних судів; розрив вен всередині субарахноїдального простору; розрив малих судів між паутинною оболочкою і речовиною мозга; поширення крові під паутинну оболочку з шлудочкової системи. При масивних геморагіях з метою запобігання прогресуванню гіпертензійногo синдрому і прискорення санації ліквору проводять повторні люмбальні пункції.

ПІВК обобщають назву різних внутримозгових геморагій від ізолюваних субependимальних до кровоизливань в шлудочки з залученням паренхіми мозга. ПІВК прямо корелюють до ступеню недоношеності і неспосередствено зв'язані з гермінальним матриксом. В етіології ПІВК грають роль ускладнення родов, захворювання плоду і новорожденогo, які супроводжуються значущими коливаннями венозної і артеріальної тиснення. Частим ускладненням тяжелих форм ПІВК являється трансформація гидроцефального синдрому в постгеморагіческі гидроцефалію. При прогресуванні вентрикулодилатації виконуються люмбальні і вентрикулярні пункції, встановлюються вентрикулярні дренажі або резервуари Оммаїя, проводиться вентрикулосубгалеостомія, що знижує ризик виникнення прогресуючої гидроцефалії, дозволяє відтермінувати проведення лікворощунтуючих операцій.

Таким чином, новорождених з РЧМТ потребують в нейрохірургіческім лікуванні на найраніших етапах і при різних структурних пошкодженнях, а забезпечення кваліфікованої і своєчасної нейрохірургіческої допомоги дозволяє знизити неонатальну смертність, зменшити інвалідизацію дітей.

Реанімаційно-анестезіологіческія допомога при неотложних станах у дітей з нейрохірургіческією патологією

Вишневіска Л.А., Глоба М.В.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України, Київ

Неотложні стани в нейрохірургії характеризуються остро розвившимися патологіческіми процесами в головному і/або спинному мозгу різними етіологіями, но часто схожими до патогенезу, представляючими загрозу для життя пацієнта і потребуєми ургентної допомоги з залученням нейрохірурга і реаніматолога. Анатомо-фізіологіческія особливості дитячогo організму, незрілість компенсаторних систем поряд з збільшенням частоти багаточисленних вроджених пороков розвитку потребують кваліфікованого підходу при проведенні терапії.