

Пластическая хирургия - кейс 2

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Пластическая хирургия | Записей: 1 | Кейс: 2 | Вопросов: 12

Пластическая хирургия - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Пластическая хирургия

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Родители ребенка возраст 9 мес. обратились к врачу пластическому хирургу.

1.2. Жалобы

На необычную форму черепа.

1.3. Анамнез заболевания

Деформация черепа отмечается с рождения - врожденная

1.4. Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов, роды стремительные. Головное предлежание. родился с массой 3400 рос 53 см. Выписан домой на 5 сутки. Со слов мамы в течение всего периода нахождения в родильном доме и в первые недели жизни в области стреловидного шва отмечался костный гребень, врачами родильного дома состояние было расценено как послеродовая конфигурация головы с нахождением теменных костей друг на друга по линии стреловидного шва.

С рождения форма черепа округлая с широким высоким лбом, с выраженными лобными буграми. Большой родничок с рождения определялся, был ромбовидной формы размером 1,5x1,5, не напряженный, не западающий, к 4 месяцу жизни перестал определяться. Со слов мамы последние 2 мес жизни ребенок стал беспокойным, плохо спит, участились срыгивания, усилился метеоризм. Мама ребенка связывает данные изменения с введением новых прикормов. Ребенок наблюдается педиатром по поводу рахита, Невролог поликлиники наблюдает ребенка по поводу синдрома мышечной дистонии и гипертензионного синдрома.

1.5. Объективный статус

Ребенок правильного телосложения хорошего питания на осмотр реагирует спокойно, основные навыки соответствуют возрасту, большой родничок 5x5 мм не западает имеется небольшое костной выбухание в проекции родничка, сам родничок не напряжен, имеется деформация черепа за счет увеличения поперечного размера и уменьшения переднезаднего размера с уплощением лобной и затылочной области, поперечный размер черепа в задних примерно равен поперечному размеру на уровне лобной кости. Лоб высокий, плоский, имеется недоразвитие надбровных дуг, носолобный угол сглажен, носовое дыхание затруднено, дышит открытым ртом. По результатам офтальмологического осмотра у ребенка имеется астигматизм правого глаза, на глазном дне имеется признаки отека зрительных нервов с 2-х сторон, вены полнокровны, извиты, пульсации сосудов нет

1. План обследования

1. Вопрос

Основным методом физикального обследования, позволяющим установить предварительный диагноз у пациента с деформацией черепа, является

1. пальпация черепа

2. антропометрия

3. осмотр

4. аускультация черепа

Правильный ответ: осмотр

Диагноз КС, в большинстве случаев, ставится только на основании данных клинического исследования головы новорожденного (рекомендация), вероятность постановки верного диагноза составляет 98%

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСИНДРОМАЛЬНЫХ КРАНИОСИНСТОЗОВ У ДЕТЕЙ», 2015

(1)

В период новорожденности не требуется проведение рентгенологических методов исследований

(2)

(3)

(рекомендация).

Постнатальная диагностика

(4)

3. Результаты обследования

3.1. Осмотр



Осмотр



Осмотр

3.3. Антропометрия

Краниальный (черепной) индекс (КИ) 83% (брахицефалический тип)

2. Вопрос

Основным методом инструментального обследования для установления окончательного диагноза у пациента с деформацией черепа является

1. мультиспиральная КТ черепа и головного мозга
2. нейросонография
3. рентгенография черепа в 2-х проекциях
4. МРТ головного мозга

Правильный ответ: мультиспиральная КТ черепа и головного мозга

«Золотым стандартом» диагностики КС является компьютерная томография с построением 3D реконструкции черепа. По данным КТ исследования возможно оценка не только костных аномалий, подтверждения синостоза в области швов черепа, но выявление сопутствующих аномалий развития интракраниальных структур (рекомендация). Результаты КТ исследования могут использоваться для проведения компьютерной краниометрии, моделирование и планирования хирургических вмешательств, изготовления индивидуальных шаблонов и имплантов, помогать в вопросе выбора и использования дистракционных устройств (опция).

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСИНДРОМАЛЬНЫХ КРАНИОСИНОСТОЗОВ У ДЕТЕЙ», 2015

(1)

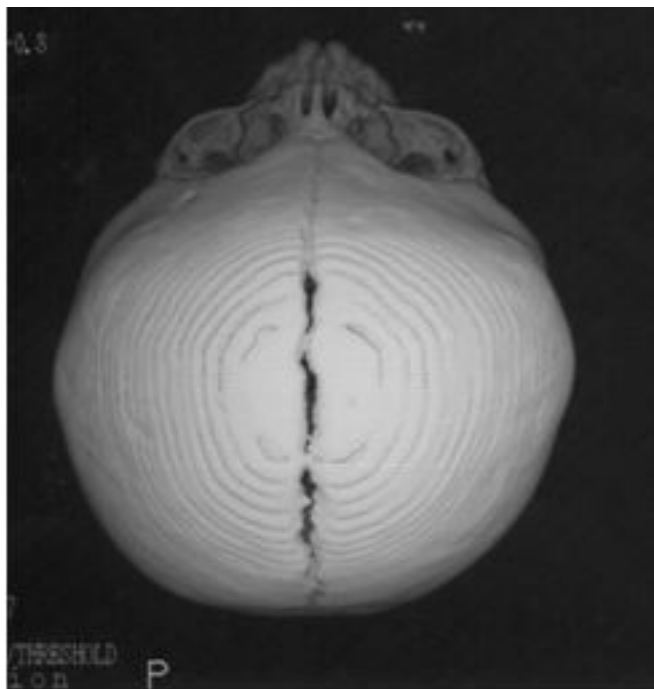
(2)

5. Результаты инструментального метода обследования

5.1. Мультиспиральная КТ черепа и головного мозга

По данным КТ имеется сужение боковых желудочков и субарахноидальных пространств по конвексу, рисунок борозд и извилин четкий, имеется расширение периневральных пространств зрительных нервов с 2-х сторон

Косвенные признаки внутричерепной гипертензии (усиление пальцевых вдавлений на своде и основании черепа, расширение периневральных пространств зрительных нервов, сужение субарахноидальных пространств по конвексу, миндалины мозжечка над входом в большое затылочное отверстие. Имеется полное заращение коронарного шва черепа остальные швы открыты



Мультиспиральная КТ черепа и головного мозга

2. Диагноз

3. Вопрос

На основании проведенного обследования у ребенка можно предположить клинический диагноз

1. Бикоронарный краниосиностоз Q 75.0

2. Рахитическая деформация черепа

3. Брахицефалия, вариант нормы

4. Гидроцефалия

Правильный ответ: Бикоронарный краниосиностоз Q 75.0

Данный диагноз установлен на основании визуального определения брахицефалической деформации черепа и трехмерной реконструкции данных мультиспиральной компьютерной томографии, доказывающей синостозирование коронарного шва черепа при открытых остальных швах Краниосиностоз (Краниостеноз) (КС) - это заболевание, проявляющееся врожденным отсутствием или преждевременным закрытием швов черепа, приводящим к аномальному развитию черепа, что проявляется его деформацией.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСИНДРОМАЛЬНЫХ КРАНИОСИНОСТОЗОВ У ДЕТЕЙ», 2015

(2)

7. Диагноз

7.1. Бикоронарный краниосиностоз Q 75.0

4. Вопрос

Результатом преждевременного синостозирования черепных швов у данного пациента является

1. снижение остроты зрения
2. поперхивание и нарушения глотания
3. нарушение носового дыхания

4. внутричерепная гипертензия

Правильный ответ: внутричерепная гипертензия

Преждевременный синостоз в области швов черепа приводит к ограничению роста черепа в области закрытого шва, следствием чего является развитие кранио-церебральной диспропорции. Клиническим проявлением кранио-церебральной диспропорции является синдром внутричерепной гипертензии.

Общие сведения

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСИНДРОМАЛЬНЫХ КРАНИОСИНОСТОЗОВ У ДЕТЕЙ», 2015

(1)

5. Вопрос

Причиной развития внутричерепной гипертензии у данного пациента с преждевременным изолированным краниосиностозом является

1. краниоцеребральная диспропорция (несоответствие объема полости черепа объему головного мозга)
2. окклюзионная гидроцефалия
3. аномалия Киари 1
4. нарушение венозного оттока, связанного со стенозом яремных отверстий

Правильный ответ: краниоцеребральная диспропорция (несоответствие объема полости черепа объему головного мозга)

Преждевременный синостоз в области швов черепа приводит к ограничению роста черепа в области закрытого шва, следствием чего является развитие кранио-церебральной диспропорции.

Общие сведения

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСИНДРОМАЛЬНЫХ КРАНИОСИНОСТОЗОВ У ДЕТЕЙ», 2015

(1)

3. Лечение

6. Вопрос

Для исключения (подтверждения) внутричерепной гипертензии ребенку в предоперационном периоде показано

1. определение давления ликвора при помощи люмбальной пункции

2. исследование глазного дна

3. определение интракраниального давления через открытые роднички (фонтанеллотензометрия)

4. суточный мониторинг внутричерепного давления при помощи интракраниального датчика

Правильный ответ: исследование глазного дна

Картина глазного дна (отек дисков зрительных нервов) – встречается редко у детей младшего возраста, что связано с физиологическими особенностями детского возраста (рекомендация). Нормальная картина глазного дна не исключает наличие у пациента ВЧГ.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСИНДРОМАЛЬНЫХ КРАНИОСИНОСТОЗОВ У ДЕТЕЙ», 2015

(1)

(2)

7. Вопрос

Наиболее эффективным способом лечения пациентов с изолированным краниосиностомозом коронарного шва является

1. мануальная терапия (остеопатия)

2. хирургическое лечение

3. ортопедическое лечение (ношение ортезов)

4. медикаментозное лечение внутричерепной гипертензии

Правильный ответ: хирургическое лечение

Никаких иных методов лечения детей с краниосиностозами, кроме хирургического не существует.

Челюстно-лицевая хирургия / под ред. Кулакова А. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 692 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-4853-3 Глава 10

(1)

Краниосиностоzy и синдромальные поражения мозгового и лицевого черепа" В.А. Бельченко, А.В. Лопатин, С.А.Ясонов. Раздел:" Показания к хирургическому лечению" с.453.

8. Вопрос

Абсолютным показанием к проведению хирургического лечения является

1. явная деформация черепа

2. нарушения дыхания

3. диагностированное нарушения зрения на одном или обоих глазах

4. клинические признаки внутричерепной гипертензии

Правильный ответ: клинические признаки внутричерепной гипертензии

Абсолютным показанием к хирургическому лечению ребенка с КС является наличие синдрома ВЧГ.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСИНДРОМАЛЬНЫХ КРАНИОСИНОСТОЗОВ У ДЕТЕЙ», 2015

(1)

9. Вопрос

Абсолютным противопоказанием к проведению хирургического лечения пациентов с изолированными краниосиностозами являются

1. минимальная деформация черепа диагностированная на мультиспиральной КТ
2. скорректированные пороки сердца
3. отсутствие очевидных признаков внутричерепной гипертензии

4. тяжелые пороки развития органов и систем, угрожающие жизни ребенка

Правильный ответ: тяжелые пороки развития органов и систем, угрожающие жизни ребенка

Абсолютным противопоказанием к хирургическому лечению является наличие грубого сочетанного порока развития (например, ВПС), определяющего риск оперативного вмешательства, как крайне высокий

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСИНДРОМАЛЬНЫХ КРАНИОСИНОСТОЗОВ У ДЕТЕЙ», 2015

(1)

10. Вопрос

В данном случае показан вариант хирургического лечения пациента: хирургическое устранение деформации черепа путем

1. простой синостэтомии коронарного шва
2. одномоментного ремоделирования и выдвижения фронтоорбитальной области
3. двухлоскутной краниотомия по Козыреву
4. краниэтомии с эндоскопической ассистенцией с последующим ношением индивидуальных черепных ортезов (шлемов)

Правильный ответ: одномоментного ремоделирования и выдвижения фронтоорбитальной области

6-12 мес
{nbsp}

1. Реконструктивная операция – двусторонняя фронто-орбитальная реконструкция и выдвижение (рекомендация).
2. Реконструктивная операция – остеотомия костей теменно-затылочной области с установкой дистракционных аппаратов (опция) с последующим удалением устройств через 6 мес.
3. Установка пружинных дистракционных аппаратов в теменно-затылочную область без остеотомии (при неизменном лямбдовидном шве) (опция) с последующим удалением устройств через 6 мес.
4. «Тотальная» реконструкция костей свода черепа (опция)

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСИНДРОМАЛЬНЫХ КРАНИОСИНОСТОЗОВ У ДЕТЕЙ», 2015

(1)

4. Вариатив

11. Вопрос

Антибактериальная терапия (антибиотикопрофилактика) должна проводиться

1. только в случаях длительной операции
2. только в случаях установки дистракционных аппаратов

3. у всех пациентов независимо от объема и тяжести операции

4. только в случаях обширного операционного поля (тотальная реконструкция свода черепа)

Правильный ответ: у всех пациентов независимо от объема и тяжести операции

Антибиотикопрофилактика проводится всем пациентам вне зависимости от объема и тяжести операции

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСИНДРОМАЛЬНЫХ КРАНИОСИНСТОЗОВ У ДЕТЕЙ», 2015

(1)

12. Вопрос

Диспансерное наблюдение за ребенком после оперативного лечения изолированного краниосиностоза включает в себя

1. ежегодное проведение компьютерной томографии до 18 лет

2. наблюдение у невролога и педиатра по месту жительства с обязательной КТ и контрольным осмотром у оперировавшего хирурга через 6 мес после операции

3. осмотр оперировавшим хирургом через каждые 3-4 месяца.

4. только наблюдение по месту жительства у невролога, офтальмолога и педиатра ежегодно на протяжении 3 лет, далее только при возникновении симптомов ВЧГ (нарушение зрения)

Правильный ответ: наблюдение у невролога и педиатра по месту жительства с обязательной КТ и контрольным осмотром у оперировавшего хирурга через 6 мес после операции

Диспансерное наблюдение за пациентами оперированными по поводу КС

Пациенты, оперированные по поводу несиндромальной формы КС не требуют специального ухода и наблюдения. В течение первых 6-ти месяцев после операции до наступления консолидации костей в области операции уделяется внимание профилактике травматизма, что не представляет проблемы у детей первого года жизни (рекомендация).

Ребенок должен находиться под наблюдением невролога и педиатра, окулиста по месту жительства. Контрольный осмотр оперировавшим хирургом проводится через 6 мес после операции, проводится контрольное КТ исследование, позволяющее оценить степень коррекции деформации, консолидацию костей, исключить отдаленные осложнения, динамику интракраниальных аномалий (опция).

Дальнейшее наблюдение за ребенком проводится указанными выше специалистами по месту жительства. Контрольные КТ исследования проводятся только при наличии специальных показаний.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСИНДРОМАЛЬНЫХ КРАНИОСИНСТОЗОВ У ДЕТЕЙ», 2015

(1)