



УДК 616.289.3: 611.068

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

М. М. Полунин, М. Р. Богомильский

THE SPECIALITIES OF SURGICAL ANATOMY OF THE PYRAMID OF TEMPORAL BONE OF CHILDREN AT THE EARLY AGE

M. M. Polunin, M. R. Bogomilsky

ГОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России», Москва

(Зав. каф. оториноларингологии педиатрического факультета – засл. деятель науки РФ,
член-кор. РАМН, проф. М. Р. Богомильский)

Авторы провели топографо-анатомические измерения пирамиды височной кости детей раннего возраста. На основании полученных данных можно заключить, что пирамида височной кости у детей раннего возраста имеет определенные существенные отличия в сравнении с другими возрастными группами.

Ключевые слова: височная кость, пирамида, ранний детский возраст.

Библиография: 7 источников.

We made the staged dissection with specimens of the pyramid of temporal bone of children at the early age to get a new data. Step-by-step sawing was made in the different planes to get more perfect review. During the dissection we did measuring. Our data differ from the same in adults.

Key words: pyramid of temporal bone, early age.

Bibliography: 7 sources.

В связи с бурным развитием медицинских технологий, в частности микрооперационной техники, в настоящее время стало возможным расширить рамки функциональной отохирургии. Возрастает количество различных типов слухоулучшающих операций, в том числе и с установкой кохлеарных имплантов, проводятся операции по восстановлению целостности лицевого нерва. Наблюдается явная тенденция к тому, что ушные операции проводятся чаще, но в меньшем падающем объеме, усложняются хирургические методы. Расширяются показания к слухосохраняющим операциям при ограниченном распространении холестеатомы у пациентов с хроническим средним отитом. В то же время не уменьшается и количество saniрующих вмешательств при осложнениях острых средних гнойных отитов с распространением воспалительного процесса на пирамиду, в том числе и в детском возрасте [1, 6].

Патологические процессы пирамиды височной кости в большинстве случаев развиваются вследствие перехода инфекции со стороны среднего уха, в связи с чем лечение неразрывно связано в первую очередь с элиминацией источника воспаления, но в ряде случаев воспалительный процесс во внутреннем ухе развивается вследствие распространения патологических явлений со стороны мозговых оболочек через внутренний слуховой проход. Существуют лабиринтиты, развивающиеся гематогенным путем, встречается врожденная холестеатома пирамиды височной кости.

В настоящее время существуют различные способы операций на пирамиде, но ни один из них не является безопасным и хорошо разработанным. В большинстве случаев требуется вынужденное частичное или полное разрушение структур внутреннего уха (улитка, полукружные каналы, канал лицевого нерва), что в свою очередь может вести в той или иной степени к инвалидизации пациента [7].

Все еще остаются большой проблемой осложнения и последствия хирургических вмешательств на пирамиде височной кости. Перед каждой такой операцией отохирургу необходимо не только тщательно изучить рентгенологические данные больного, но и знать возрастные особенности строения пирамиды [6].

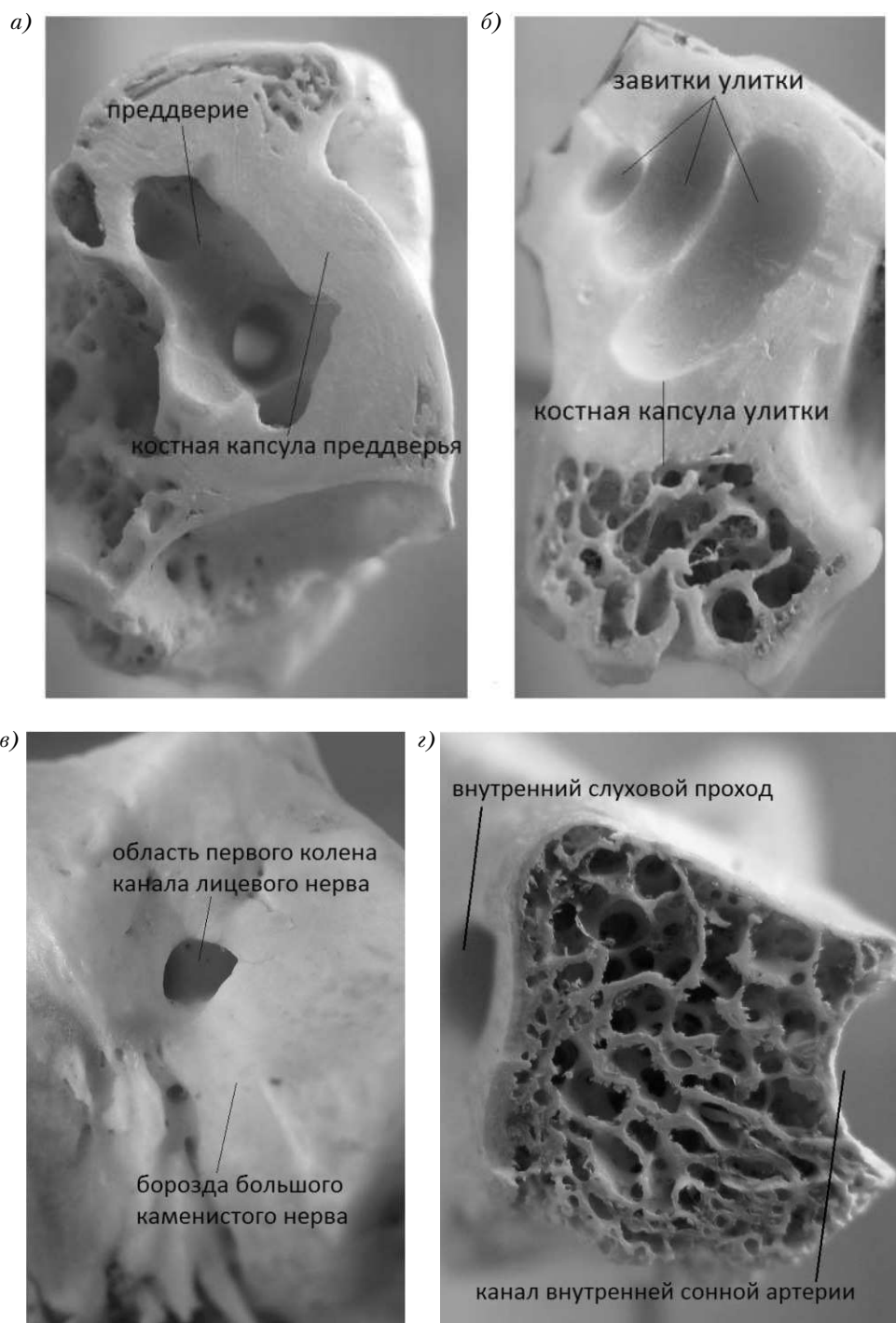


Рис. 1. Макропрепарат височной кости ребенка раннего возраста:
 а – срез через костную капсулу преддверья; б – срез через костную капсулу улитки;
 в – отсутствие костной стенки в области первого колена канала лицевого нерва на передней
 грани пирамиды; г – срез на уровне верхушки пирамиды – пневматический тип строения

Цель исследования. Учитывая необходимость новых практических данных в этом разделе, мы провели диссекцию пирамиды височной кости на препаратах височных костей детей раннего возраста, чтобы определить особенности хирургической анатомии данной области.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования служили 43 макропрепарата височных костей детей в возрасте от 1 года до 3 лет. Кости были лишены разрушений и деформаций, представляли однородный объект исследования.

Поэтапные распилы проводились в различных плоскостях для получения наиболее полного представления о размерах, расположении и развитии структур пирамиды.



Во время диссекции на каждом этапе мы проводили измерения, и были получены следующие данные:

1. Размеры внутреннего слухового прохода составили: в 1 год длина по передней стенке – 8 мм, по задней стенке – 4,5 мм, диаметр – 4–4,5 мм; в 2 года длина по передней стенке – 9 мм, по задней – 5,5–6 мм, диаметр – 4–5 мм; в 3 года эти показатели составили соответственно 11 x 6 x 5 мм.

2. Толщина костной капсулы лабиринта составила: в 1 год – 1,8 мм, в 2 года – 2–2,5 мм, в 3 года – 3 мм.

3. Расстояние от улитки до канала внутренней сонной артерии составило от 0,3 до 2 мм.

4. В 42% случаев мы встретили отсутствие костной стенки в области первого колена канала лицевого нерва на передней грани пирамиды височной кости. Глубина залегания канала лицевого нерва меняла свои значения: на уровне внутреннего слухового прохода – 2,5–3 мм, на уровне первого колена – 0,2 мм или открыт, на уровне перехода в барабанный отдел – 2,5–3 мм.

5. Пневматизация вершины пирамиды: в 72,5% случаев нам встретился смешанный (пневмодиплоэтический) тип строения без крупных клеток, в 23% случаев был определен диплоэтический тип, в 5,5% – склеротический тип.

На основании полученных данных можно заключить, что пирамида височной кости у детей раннего возраста имеет определенные существенные отличия в сравнении с другими возрастными группами по данным литературы [2–5].

Во-первых, до 3 лет продолжается формирование внутреннего слухового прохода и происходит утолщение капсулы лабиринта (рис. 1, а, б).

Во-вторых, в 42% случаев в области первого колена канала лицевого нерва отсутствует верхняя костная стенка (рис. 1, в).

В-третьих, в раннем детском возрасте превалирует пневматический тип строения вершины пирамиды (рис. 1, г).

Полученные данные помогут отоларингу снизить риск потенциальных осложнений во время хирургических вмешательств на пирамиде височной кости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зеликович Е. И. Рентгеновская компьютерная томография височной кости в диагностике хронических заболеваний среднего уха: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2005. – 29 с.
2. Калина В. О. Руководство по оториноларингологии. Т. I, гл. II. – М.: Медгиз, 1960. – С. 100–175.
3. Левин Л. Т., Темкин Я. С. Хирургические болезни уха. – М.: Мед. лит., 2002. 428 с.
4. Сендульский И. Я. Хирургическая анатомия канала лицевого нерва. Ростов-на-Дону, 1926. 136 с.
5. Стратиева О. В. Клиническая анатомия уха. Учебное пособие. СПб.: СпецЛит, 2004., С. 85–89.
6. Холестеатома пирамиды височной кости / О. Н. Борисенко [и др.] // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 2005. – № 1. – С. 45–49.
7. The temporal bone / M. Sanna [et al.] USA. New York. Thieme. 2006. P. 45–47.

Богомильский Михаил Рафаилович – засл. деят. науки РФ, член-корр. РАМН., д-р мед. наук, проф., зав. каф. оториноларингологии педиатрического факультета РНИМУ им. Пирогова. 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1; тел.: 959-87-58; **Полунин** Михаил Михайлович – канд. мед. наук, доцент кафедры оториноларингологии педиатрического факультета РГМУ. 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1; тел.: 8-495-959-87-58; моб.: 8-916-176-75-62; e-mail: mmpolunin@rambler.ru