

Топографоанатомическое обоснование передней петрозэктомии в зависимости от строения черепа

Гуляев Д.А., Щербинин А.В.

Российский научно-исследовательский Нейрохирургический Институт
им. проф. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург, Россия

Передняя петрозэктомия часто облегчает удаление опухолей верхнего ската и передних отделов задней грани пирамиды височной кости с супра-, субтенториальным распространением. Метод выполнения резекции верхушки пирамиды в литературе подробно описали W.S. Paullus, T.G.Pait, A.L.Rhoton (1977), T. Kawase, S.Toya и др. (1987), H. Tedeschi, A.L. Rhoton (1994). После экстрадуральной резекции верхушки пирамиды из подвисочного доступа в переднем отделе треугольника Kawase обнажают участок твердой мозговой оболочки задней черепной ямки впереди от отверстия внутреннего слухового прохода и сразу кзади от входа тройничного нерва в тройничную (меккелеву) полость, ограниченный сверху и снизу верхним и нижним каменистыми синусами. После рассечения этого обнажившегося участка твердой мозговой оболочки задней черепной ямки с последующим пересечением верхнего каменистого синуса и намета мозжечка становится возможным удаление субтенториальной части новообразования без дополнительной тракции височной доли. Почти все авторы указывали на то, что сам по себе доступ весьма узок, однако позволяет, в отличие от задних транспирамидных доступов, обнажить твердую мозговую оболочку задней черепной ямки и верхнего ската без разрушения улитки и лабиринта, что является залогом сохранения слуха. Классический ретросигмовидный доступ уступает описываемому тем, что глубина операционной раны намного больше, а хирургу приходится удалять опухоль через узкое пространство между акустико-фациальной группой нервов. Тройничный нерв обычно открывается уже после удаления значительной части новообразования, что повышает риск его повреждения. Преимущество же данного метода перед классическим супра-, транстенториальным доступом заключается в уменьшении тракции височной доли, необходимой для визуализации субтенториальной части новообразования.

Целью работы явилось определение критериев целесообразности выполнения резекции верхушки пирамиды височной кости в зависи-

мости от данных краниометрии и частной микроанатомии. Для этого доступ был моделирован на 20 трупах людей среднего возраста обоего пола. В ходе выполнения доступа оценивали: степень необходимой тракции височной доли, глубину средней черепной ямки, угол схождения пирамид височной кости, размеры возможной резекции вершины пирамиды в передних отделах треугольника Kawase. После выполнения доступа измеряли угол операционного действия, глубину операционной раны, зону биодоступности обнажаемой твердой мозговой оболочки задней черепной ямки и верхнего ската.

В результате выполненной работы оказалось, что наиболее благоприятным для выполнения доступа является долихоцефалическое строение черепа. При этом угол схождения пирамид не превышал 90°. Кроме этих очевидных условий, мы обнаружили, что важным является и глубина средней черепной ямки (не менее 2 см). В этом случае возможно обнажение и части твердой мозговой оболочки верхнего ската. Средние размеры доступа между задней гранью нижнечелюстной ветви тройничного нерва и отверстием внутреннего слухового прохода составили 1 см, вертикальные размеры доступа между верхним и нижним каменистыми синусами 1,5 см, площадь обнажения твердой мозговой оболочки задней черепной ямки 1,5 см². Угол операционного действия при таком строении черепа достигал 30° в горизонтальной плоскости. Для выполнения доступа среднее значение тракции височной доли не превышает 1,5 см от наружного края барабанной части пирамиды височной кости. При выполнении резекции верхушки пирамиды оказалось, что чем отвеснее располагается задняя грань пирамиды, тем меньше глубина резекции кости для достижения твердой мозговой оболочки задней черепной ямки (чаще встречается у долихоцефалов). В наших исследованиях минимальное расстояние от ганглия тройничного нерва (Гассерова узла) до нижнего петрозального синуса составило 6 мм, а максимальное 2,6 см. Следовательно, на успех резекции верхушки

пирамиды влияет форма не только средней, но и задней черепной ямки.

Таким образом, наиболее благоприятные условия резекции вершины пирамиды встречаются у долихоцефалов. При этом требуемая тракция височной доли как минимум на 1 см меньше, а угол опереционного действия на 10° больше, чем при использовании классического супра-, транстенториального доступа.

Topographic&Anatomic substantiation front petrosectomy depending on a constitution of a cranium

Gulyaev K.A., Shcherbinin A.V.

The microsurgical specialties of the anterior petrosectomy were reviewed in 20 adult cadavers heads. The most appropriate microanatomical parameters for using of the anterior petrosectomy for surgery of apex petrouse tumors with supra-subtentorial extension were found in the dolichocephals. There the needed traction of the temporal lobe was 1 cm lower and the angel of the surgical action — 10° bigger, then during the classical supratranstentorial exposure of the subtentorial space.

Изменение заболеваемости опухолями головного мозга среди взрослого населения Днепропетровской области в последние 20 лет

Дзяк Л.А., Мосийчук Н.М., Зорин Н.А., Лобастов А.Г.

Днепропетровская государственная медицинская академия,
г. Днепропетровск, Украина

Заболеваемость опухолями головного мозга в последние годы существенно изменилась как количественно, так и качественно. С одной стороны, это объясняется увеличением выявляемости больных с опухолями за счет повышения настороженности врачей в отношении данной патологии, а с другой — улучшением оснащенности диагностической аппаратурой (рентгенокомпьютерный и магнитно-резонансный томографы). Однако, если это в какой-то мере правомочно в отношении роста нейроонкологической заболеваемости в целом, то совершенно не объясняет изменений гистоструктуры выявляемых опухолей. Кроме того, заметно сократился безрецидивный период после удаления доброкачественных опухолей и период продолженного роста злокачественных опухолей.

Мы провели количественный и качественный анализ заболеваемости опухолями головного мозга населения Днепропетровской области в последние пять лет, предшествовавшие Чернобыльской катастрофе, а также в последние пять лет 20 ст. Выполнили анализ историй болезни всех оперированных больных с данной патологией.

Всего за период с 1980 по 1985 г. включительно оперированы 263 больных с различными опухолями головного мозга. За аналогичный период с 1995 по 2000 г. — 932, то есть более чем в 3,5 раза. По гистоструктуре удаленные опухоли распределились следующим образом.

В дочернобыльский период менингиом было 95, среди них анапластических — 14, что составляет 15%. Через 10 лет после катастрофы количество менингиом увеличилось до 297, но вместе с этим увеличилось и число анапластических — до 55, то есть почти на 5% больше, чем в предыдущее пятилетие. Количество нейроэктодермальных опухолей также возросло с 60 до 176, среди них процент анапластических форм вырос с 10 до 18%. Число опухолей селлярной локализации (аденомы, краниофарингиомы) увеличилось почти в три раза — с 36 до 93. При этом практически в 5 раз выросло количество злокачественных опухолей (глиобластом) — с 55 до 269. Примечателен тот факт, что ранее медуллобластомы у взрослых встречались крайне редко (всего один больной в нашем наблюдении), но в последние пять лет таких больных уже было 12.

Исследование рецидивирования доброкачественных опухолей и продолженного роста злокачественных свидетельствует о том, что эти показатели существенно изменились. Несмотря на повышение радикализма хирургических вмешательств, процент рецидивов менингиом в период до 5 лет возрос с 5 до 9%, а астроцитом — с 28 до 43%. При этом трансформация дифференцированной опухоли в анапластическую заметно участилась, составив почти 17% среди всех рецидивов против 6% в дочернобыльский период. Что касается интервала между первой и повторной операцией у больных с