

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СОЕДИНЕНИЕ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ С ПРИЛЕГАЮЩИМИ ЦИСТЕРНАМИ БАЗАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ — НОВАЯ МЕТОДИКА ДВУХСТОРОННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ

Данчин А.Г., Данчин Г.А., Данчин А.А.

Клиника нейрохирургии и неврологии Главного военно-медицинского клинического центра
«Главный военный клинический госпиталь» МО Украины, Киев

Two-Way Endoscopic Connection of Posterior Cranial Fossa Arachnoid Cysts with Basilar Cisterns — a New Method

A.G. Danchin, G.A. Danchin, A.A. Danchin

Clinic of Neurosurgery and Neurology, Main Military Clinical Hospital of the Defense Ministry, Kiev, Ukraine

Received: February 11, 2012

Accepted: April 14, 2012

Адреса для кореспонденції:

Клініка нейрохірургії та неврології
Головний військовий клінічний госпіталь
вул. Госпітальна, 18, Київ, 01133, Україна
тел./факс: +38-044-522-83-79
e-mail: bomartin@yandex.ru

Summary

We present a new direction in endoscopic surgery of arachnoid cysts (AC) — in the case of posterior fossa AC we offer to connect cyst with pontocerebellar arachnoid cistern and with cerebello-medular cistern. This two-way method can renew the cerebrospinal fluid pathway better than one-way connection. We used it for 76 years female with good result.

Key words: arachnoid cyst, posterior cranial fossa, basilar cisterns, endoscopy.

Введение

Арахноидальные кисты задней черепной ямки встречаются довольно редко, особенно у взрослых, т.к. являясь в основном врожденной особенностью, диагностируются преимущественно в детском и молодом возрасте. По данным Oertel J.M.K. и соавторов (2010), они составляют менее 10% от всех интракраниальных арахноидальных кист [3]. Проявляясь обычно общемозговыми симптомами, эти объемные

образования в ряде случаев достигают значительных размеров и могут вызывать деформацию водопровода мозга, четвертого желудочка, что приводит к развитию вторичных ликвородинамических нарушений. В подобных случаях имеются показания к их хирургическому лечению — выполнению прямых либо паллиативных вмешательств [4].

Цель работы — разработка эндоскопического оперативного вмешательства по эффективному мало-травматичному соединению арахноидальных кист задней черепной ямки с субарахноидальными цистернами базальной локализации.

Материалы и методы

В 2011 году под нашим наблюдением находилась пациентка М., 76 лет, поступившая в клинику нейрохирургии и невропатологии Главного военного клини-

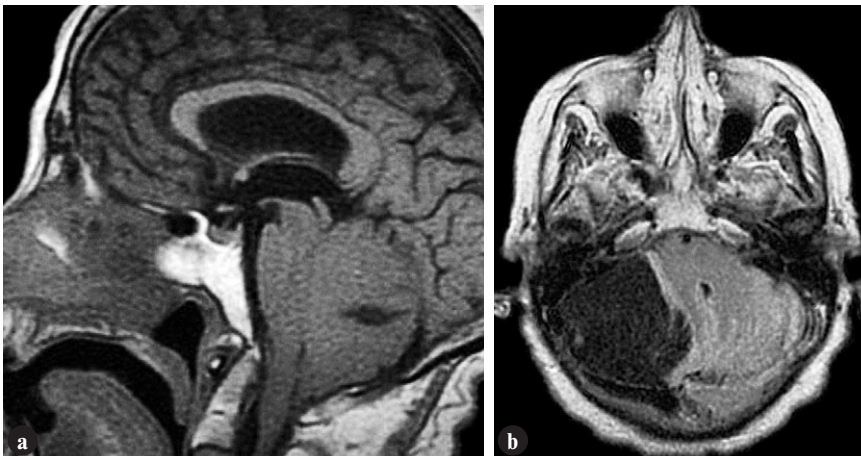


Рис. 1

Магнитно-резонансная томография, пациентка М., 76 лет:

А. Сагиттальная плоскость — стома в дне третьего желудочка сохранена, боковые и третий желудочки не увеличены, сброс ликвора осуществляется по передней поверхности моста в базальные субарахноидальные пространства.

В. Аксиальная плоскость — в задней черепной ямке имеется значительных размеров арахноидальная киста, прилежащая к цистернам мосто-мозжечковой области и к большой затылочной цистерне. Четвертый желудочек сужен и деформирован.

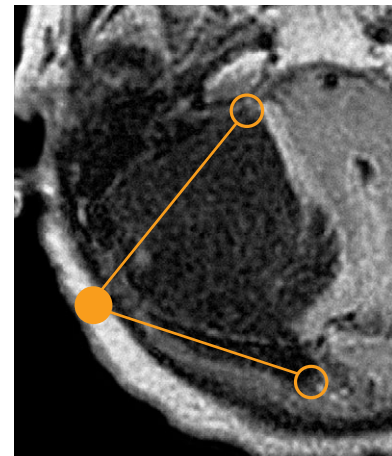


Рис. 2

Схема разработанного нами доступа с одновременным выполнением эндоскопической кистостернотомии в области большой затылочной цистерны и в области правой мосто-мозжечковой цистерны.

ческого госпиталя МО Украины с жалобами на постоянное головокружение.

Два года назад (2009) у больной была выявлена гигантская арахноидальная киста задней черепной ямки, располагавшаяся по базальной поверхности правой гемисферы мозжечка, орально достигая области внутреннего слухового прохода, каудально — большой затылочной цистерны. Арахноидальная киста деформировала четвертый желудочек и вызывала умеренную вторичную окклюзионную гидроцефалию. У больной отмечалась выраженная шаткость походки и ей была успешно выполнена паллиативная операция — эндоскопическая вентрикулоцистернотомия, после чего мозжечковая атаксия регрессировала.

При контрольном осмотре в 2011 году по данным МРТ стома в дне третьего желудочка сохранена, проходимость ликвора по передней поверхности моста в базальные субарахноидальные пространства не приводит к расширению желудочков, несмотря на наличие в правом мостомозжечковом углу арахноидальной кисты гигантских размеров, которая деформирует четвертый желудочек (рис. 1). После тщательного анализа данных нейровизуализирующих исследований нами была разработана принципиально новая операция по одномоментному соединению арахноидальной кисты задней черепной ямки с базальными цистернами в двух областях. Схематический принцип операции представлен на рисунке 2.

Пациентке эндоскопическим путем киста успешно соединена в каудальной области с большой заты-

лочной цистерной, в оральных отделах — с правой мосто-мозжечковой цистерной (рис. 3). Операция выполнена из одного универсального доступа.

Результаты

Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка активизирована с 1 суток. Головокружение регрессировало на протяжении трех дней. Выписана из отделения в удовлетворительном состоянии. Последующее наблюдение за пациенткой в течение 6 месяцев показало наличие стойкой ремиссии и отсутствие ранее имевшихся жалоб.

Обсуждение

Эндоскопические операции при клинически значимых арахноидальных кистах головного мозга различной локализации в настоящее время являются общепринятым стандартом нейрохирургического лечения [5]. Зачастую соединение арахноидальной кисты с граничащей естественной ликворосодержащей полостью, будь то желудочек или цистерна, приводит к адекватному ликвордренированию кисты [1,2]. Мы же применили двухсторонний вариант кистозного дренирования, когда и передняя и задняя стенки арахноидальной кисты соединены с разными

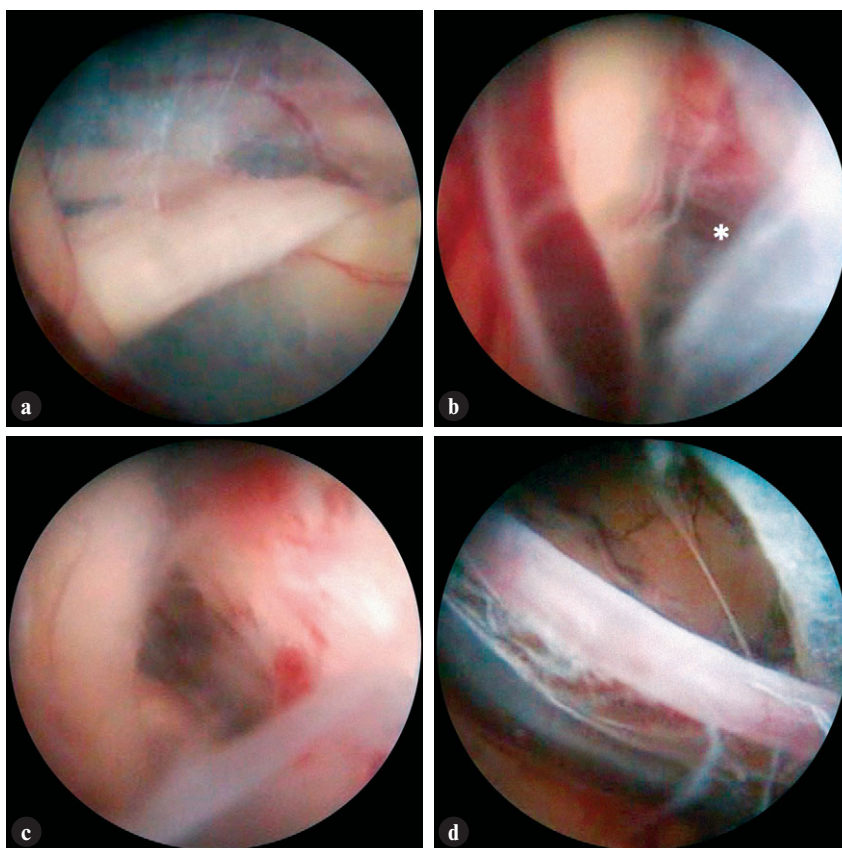


Рис. 3

Этапы эндоскопической кистоцистерностомии:

А. Цистерна правого мосто-мозжечкового угла отграничена от полости кисты массивной арахноидальной оболочкой, под которой видны лицевой и слуховой нервы, артерия лабиринта и внутренний слуховой проход.

В. Сформирована стома с цистерной мосто-мозжечкового угла, визуализируется латеральная поверхность моста и артерия лабиринта (*).

С. Область правого внутреннего слухового прохода — сообщение цистерны мосто-мозжечкового угла с арахноидальной кистой успешно достигнуто.

Д. Сформирована стома арахноидальной кисты с большой затылочной цистерной.

субарахноидальными цистернами, что позволило циркулировать ликвору в условиях, наиболее приближенных к физиологическим. Описания подобных вариантов эндоскопической кистоцистерностомии в доступной литературе мы не встретили. Кроме того, выполнение стомы в области мосто-мозжечковой цистерны эндоскопическим путем также не приводится в литературных источниках. Однако очевиден тот факт, что предложенная нами методика не имеет существенных технических ограничений.

Выводы

Арахноидальные кисты задней черепной ямки базальной локализации могут быть одновременно соединены с большой затылочной цистерной и цистерной мосто-мозжечкового угла. Основным анатомическим ориентиром при проведении эндоскопической кистоцистерностомии в мосто-мозжечковой области является внутренний слуховой проход, 7 и 8 краниальные нервы, артерия лабиринта.

Эндоскопическое соединение арахноидальных кист задней черепной ямки с прилегающими субарахноидальными цистернами в двух областях является

наиболее физиологичным вариантом проведения эффективного малоинвазивного оперативного вмешательства со стойким положительным эффектом.

Литература

1. Данчин А.А. (2011) Эндоскопическая кистовентрикулостомия в области заднего рога бокового желудочка как методика хирургического лечения гигантских арахноидальных кист теменно-затылочной локализации. Укр. ж. малоинвазивної та ендоск. хір. Vol. 15; 1: 4-10
2. Данчин А.Г., Полищук Н.Е., Данчин А.А. (2008) Эндоскопическая кистоцистерностомия в оптико-каротидном треугольнике при арахноидальных кистах средней черепной ямки третьего типа. Укр. ж. малоинвазивної та ендоск. хір. Vol. 12; 2: 5-16
3. Oertel J.M.K., Wagner W., Mondorf Y., Baldauf J., Shroeder H.W.S., Gaab M.R. (2010) Endoscopic treatment of arachnoid cysts: a detailed account of surgical techniques and results. Neurosurgery. 67; 3: 824-836
4. Schroeder H.W.S., Oertel J., Gaab M.R. (2007) Endoscopic treatment of cerebrospinal fluid pathway obstructions. Operative Neurosurgery. Vol. 60; 2: 44-52
5. Talamonti G., D'Aliberti G., Picano M., Debernardi A., Collice M. (2011) Intracranial cysts containing cerebrospinal fluid-like fluid: results of endoscopic neurosurgery in a series of 64 consecutive cases. Neurosurgery. 68; 3: 788-803