

5. Выявлена значительная вариабельность уровня отхождения артерий относительно тел позвонков:

ЧС: чаще всего отходит на уровне тела позвонка Th12 или в промежутке Th12-L1. Встречались варианты отхождения на уровнях от L1 до L1-L2.

ВБА: преимущественно отходит на уровне тела позвонка L1 (в 55% определяемых случаев), реже – выше или ниже.

НБА: наиболее часто отходит на уровне тела позвонка L3 (в 66% определяемых случаев), с возможностями отхождения от L2 до L4.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бут-Гусаим, Г. В. Практическая анатомия чревного ствола и его коллатерального кровообращения / Г. В. Бут-Гусаим, А. В. Воробей, И. А. Давидовский // Хирургия. Восточная Европа. – 2022. – Т. 11, № 3. – С. 368–379.

ДЕГИСЦЕНЦИЯ СТЕНКИ КАНАЛА ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Гапоник А. М.

*Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Республика Беларусь*

Актуальность. Вовлечение в патологический процесс лицевого нерва (ЛН) в результате повреждения височной кости может привести к парезу или параличу мимической мускулатуры, что снижает качество жизни пациента и оказывает влияние на его психоэмоциональное состояние [1, с. 59]. Костный канал ЛН имеет сложную топографию, и, кроме того, на своем пути ЛН прилежит к структурам среднего и внутреннего уха и отделен от них тонкой костной стенкой. В связи с этим изменения ЛН в его интратемпоральной части могут быть обусловлены: патологией самого нерва, поражением стенок его канала, переходом патологического процесса с соседних структур на ЛН, а также ятрогенными поражениями последнего в результате оперативных вмешательств на среднем ухе и височной кости. В данной работе будет осуществлен анализ некоторых патологических процессов и состояний, которые приводят к изменению стенок костного канала ЛН.

Цель. Провести обзор состояний, приводящих к изменениям костных стенок канала ЛН.

Методы исследования. Изучение и анализ научной литературы, релевантной теме исследования.

Результаты и их обсуждение. Костный канал ЛН расположен в пирамиде височной кости, имеет сложный анатомический ход, на своем пути прилежит к важнейшим образованиям внутреннего и среднего уха, и состоит из трёх отделов: лабиринтного, барабанного и сосцевидного. Стенка канала образована компактным веществом и имеет разную толщину на различных участках (наибольшую – в сосцевидном отделе, наименьшую – в барабанном), а также подвергаться разрушению (дегисценции) в результате наличия новообразований в полости среднего уха, перенесенных отитов, врожденных аномалий развития канала и кровеносных сосудов, фиброзной дисплазии височной кости [2]. Наличие вышеперечисленных структурных изменений и особенностей строения стенки канала ЛН могут привести к вовлечению последнего в патологический процесс и ятрогенному повреждению ЛН в процессе оперативных вмешательств на височной кости и структурах среднего уха. Кроме того, в случае пневматического строения сосцевидного отростка, когда воздухоносные ячейки заполняют почти весь отросток и распространяются на чешую и пирамиду височной кости, наличие дегисценции стенки канала повышает риск вовлечения ЛН в воспалительный процесс при гнойном мастоидите.

Далее будут рассмотрены патологические процессы и состояния, приводящие к дегисценции стенки канала ЛН.

Из новообразований среднего уха и пирамиды височной кости наиболее распространенным выступает холестеатома, которая представляет собой эпидермальную кисту и является результатом неконтролируемого роста ороговевающего плоскоклеточного эпителия. Выделяют два типа новообразования – врожденная и приобретенная холестеатома. Первая встречается довольно редко и возникает в связи с ростом зародышевых эктодермальных клеток в среднем ухе или в каменистой части височной кости. Вторая чаще всего развивается на фоне хронического гнойного среднего отита. В обоих случаях патология сопровождается разрушением костных структур пирамиды височной кости [3, с. 146]. В случае дегисценции стенки канала ЛН холестеатомой возможно непосредственное вовлечение нерва в патологический процесс, либо ятрогенное его повреждение во время оперативного удаления новообразования.

Персистирующая стапедияльная артерия – это редкая сосудистая аномалия, обусловленная функционированием эмбрионального сосуда (стапедияльной артерии). Последняя происходит из подъязычной артерии, которая в свою очередь берет начало от дорсальной аорты (в будущем внутренняя сонная артерия) на пятой-шестой неделе эмбрионального развития и в течение десятой недели гестации подвергаются инволюции. В случае персистенции функционирования данной артерии происходят изменения некоторых сосудистых взаимоотношений. Так, от стапедияльной артерии отходит средняя менингеальная артерия, в связи с чем данное состояние приводит к инволюции остистого отверстия. Кроме того, с

сохранением функционирующей стапедальной артерии связывают возникновение дегисценции стенок костного канала ЛН [4].

Среди врожденных патологий костной ткани особого внимания заслуживает фиброзная дисплазия височной кости. Несмотря на то, что данное состояние встречается редко, имеются некоторые трудности инструментальной диагностики фиброзной дисплазии. Медленный прогрессирующий рост неоформленной волокнистой и трабекулярной ткани приводит к истончению и разрушению компактного вещества кости [5, с. 338], что сопровождается возникновением дефектов костных структур, в частности стенок канала ЛН и повышает риск интраоперационного повреждения последнего.

Выводы. Таким образом, знание причин дегисценции костного канала ЛН позволит, с одной стороны, провести более полную инструментальную диагностику на предоперационном этапе, с другой – избежать ятрогенных повреждений ЛН в процессе оперативного лечения. Кроме того, этиология дегисценции костных структур требует дальнейшего изучения с целью улучшения отдаленных результатов лечения и повышения качества их жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Интратемпоральные поражения лицевого нерва / Х. М. А. Диаб, А. А. Бакаев, А. Е. Михалевич, Л. И. Терехина // Российская оториноларингология. – 2020. – Т. 19, № 3 (106). – С. 56–63.
2. Хамгушкеева, Н. Н. Эффективность применения интраоперационного мониторинга лицевого нерва и компьютерной томографии височных костей в диагностике целостности костного канала лицевого нерва / Н. Н. Хамгушкеева // Российская оториноларингология. – 2015. – № 3(76). – С. 141–145.
3. Диаб, Х. М. Инфралабиринтная холестеатома пирамиды височной кости (обзор литературы) / Х. М. Диаб, О. С. Панина, О. А. Пасинина // Медицинский совет. – 2020. – № 16. – С. 140–149.
4. Quatre R. Persistent stapedia artery in PHACE syndrome / R. Quatre, P. Manipoud, S. Schmerber // European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases. – 2019. – Vol. 136, № 3. – P. 215–217.
5. Фиброзная дисплазия височной кости: обзор литературы / Х. М. Диаб, Н. А. Дайхес, В. А. Сайдулаев [и др.] // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2022. – Т. 12, № 3. – С. 334–345.