

Опухоли пинеальной области

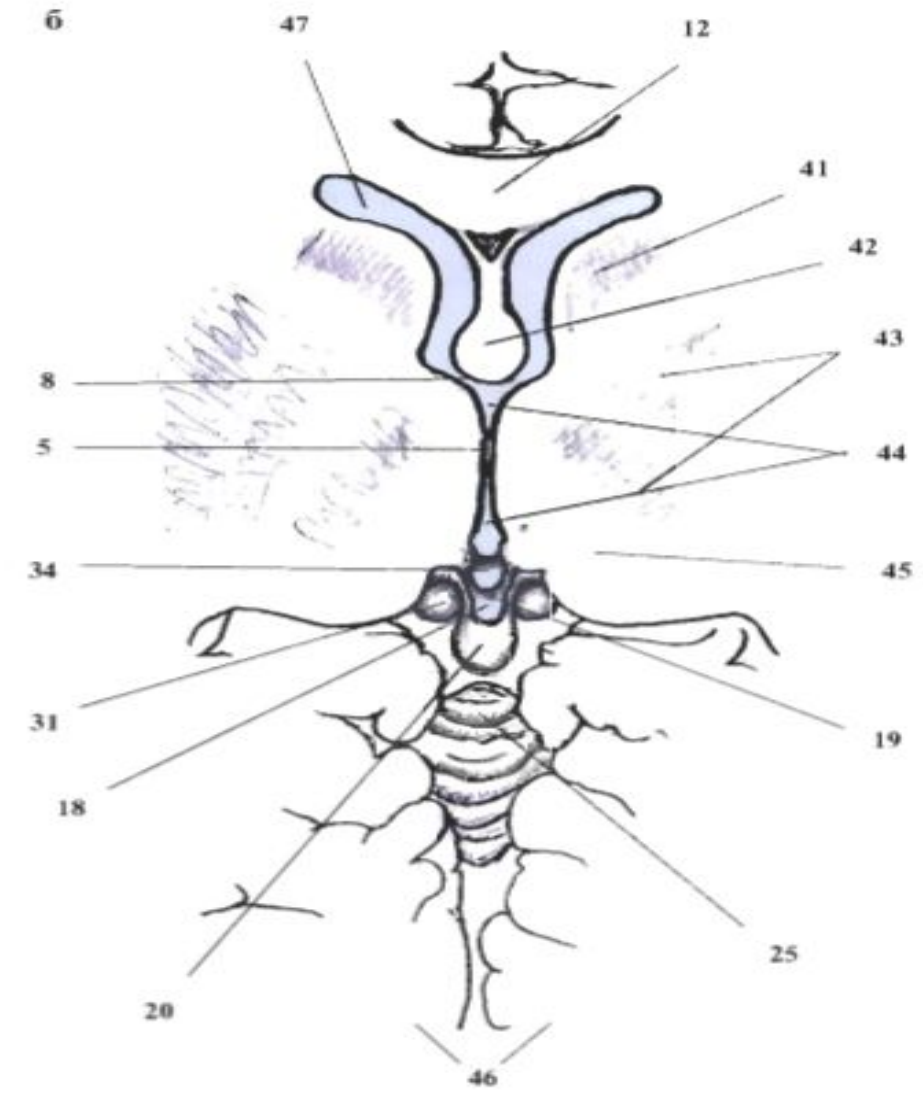
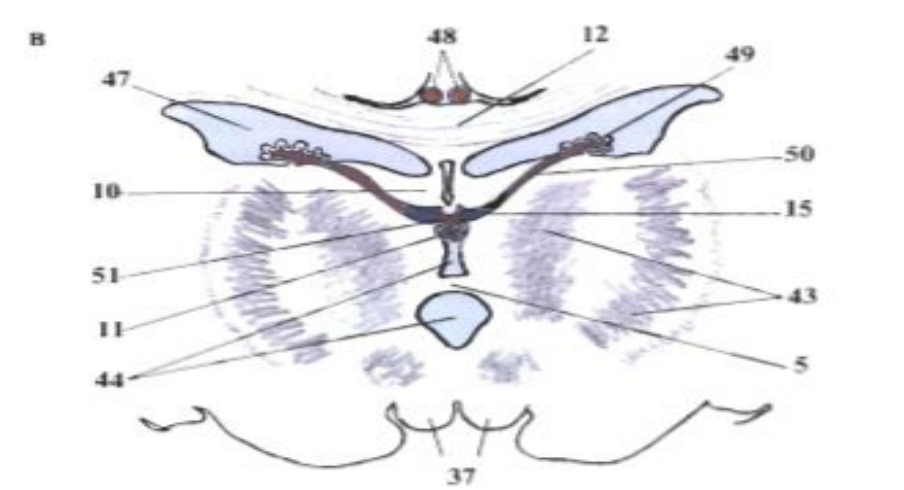
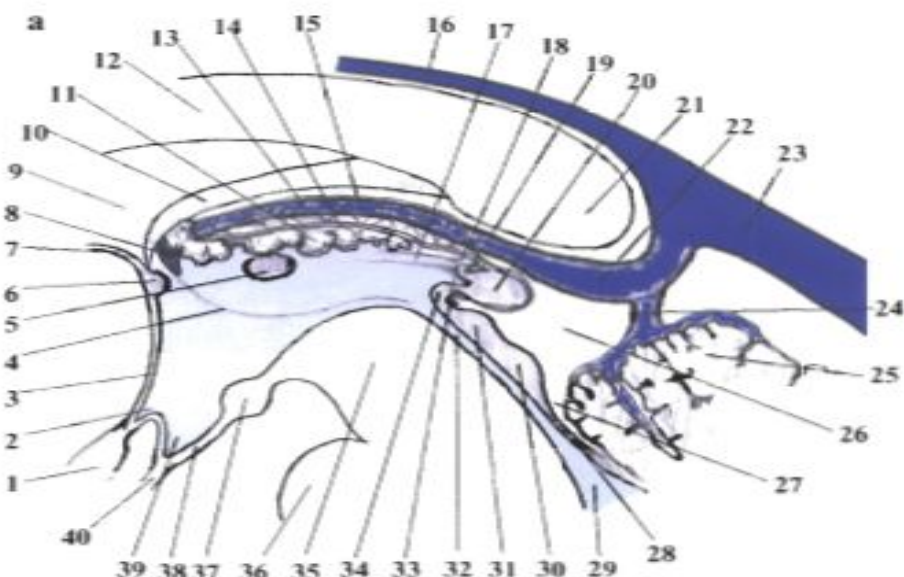


Рис. 1. Схематическое изображение третьего желудочка, пинеальной области и прилежащих структур в срединно-сагиттальной (а), аксиальной (б) и фронтальной (срез на уровне *massa intermedia* третьего желудочка) (в) плоскостях: 1 — хиазма, 2 — карман зрительного нерва, 3 — конечная пластинка, 4 — гипоталамическая борозда, 5 — *massa intermedia*, 6 — передняя спайка, 7 — клюв мозолистого тела, 8 — отверстие Монро, 9 — прозрачная перегородка, 10 — свод, 11 — сосудистое сплетение третьего желудочка, 12 — мозолистое тело, 13 — верхний листок *tela choroidea*, 14 — нижний листок *tela choroidea*, 15 — внутренняя вена, 16 — нижний сагиттальный синус, 17 — мозговая полоска зрительного бугра (*stria medullaris thalami*), 18 — надзипфизарный карман, 19 — спайка поводков, 20 — шишковидное тело, 21 — валик мозолистого тела, 22 — вена Галена, 23 — прямой синус, 24 — прецентральный вена мозжечка, 25 — верхушка червя мозжечка, 26 — четверохолмная цистерна, 27 — церебелло-мезенцефалическая цистерна, 28 — верхний парус, 29 — четвертый желудочек, 30, 31 — нижние и верхние бугорки четверохолмной пластинки, 32 — водопровод мозга, 33 — карман шишковидного тела, 34 — задняя спайка, 35 — покровка среднего мозга, 36 — мост, 37 — сосцевидное те-

Шишковидное тело — небольшое образование овальной или круглой формы диаметром от 5 до 10 мм. Оно располагается в четверохолмной цистерне и прилежит к задней стенке третьего желудочка, сверху — к валику мозолистого тела, подушкам зрительных бугров сбоку, четверохолмной пластинке и верхушке червя мозжечка снизу и сзади. Шишковидное тело состоит из краниального и каудального слоев, между которыми расположен так называемый карман шишковидного тела.

Третий желудочек — это воронкообразная, узкая щель в проекции средней линии головного мозга. Через отверстия Монро спереди и сверху он сообщается с двумя боковыми желудочками, а сзади — через силвиев водопровод — с четвертым желудочком (рис. 1). В третьем желудочке различают крышу, дно, переднюю, заднюю и две боковые стенки.

Крыша третьего желудочка слегка изогнута кверху и распространяется от отверстия Монро спереди до надэпифизарного кармана кзади. В ней различают четыре слоя: нейрональный слой (свод), две полупрозрачные мембраны арахноидальной оболочки *tela choroidea* и расположенный между ними сосудистый слой — т.н. сосудистая основа третьего желудочка (*tela choroidea ventriculi tertii*).

Сосудистый слой сформирован из задних медиальных ворсинчатых артерий и их ветвей и двух внутренних вен мозга с их притоками. Именно в этом слое образуется сосудистое сплетение третьего желудочка, бахромки которого свободно свисают в полость третьего желудочка.

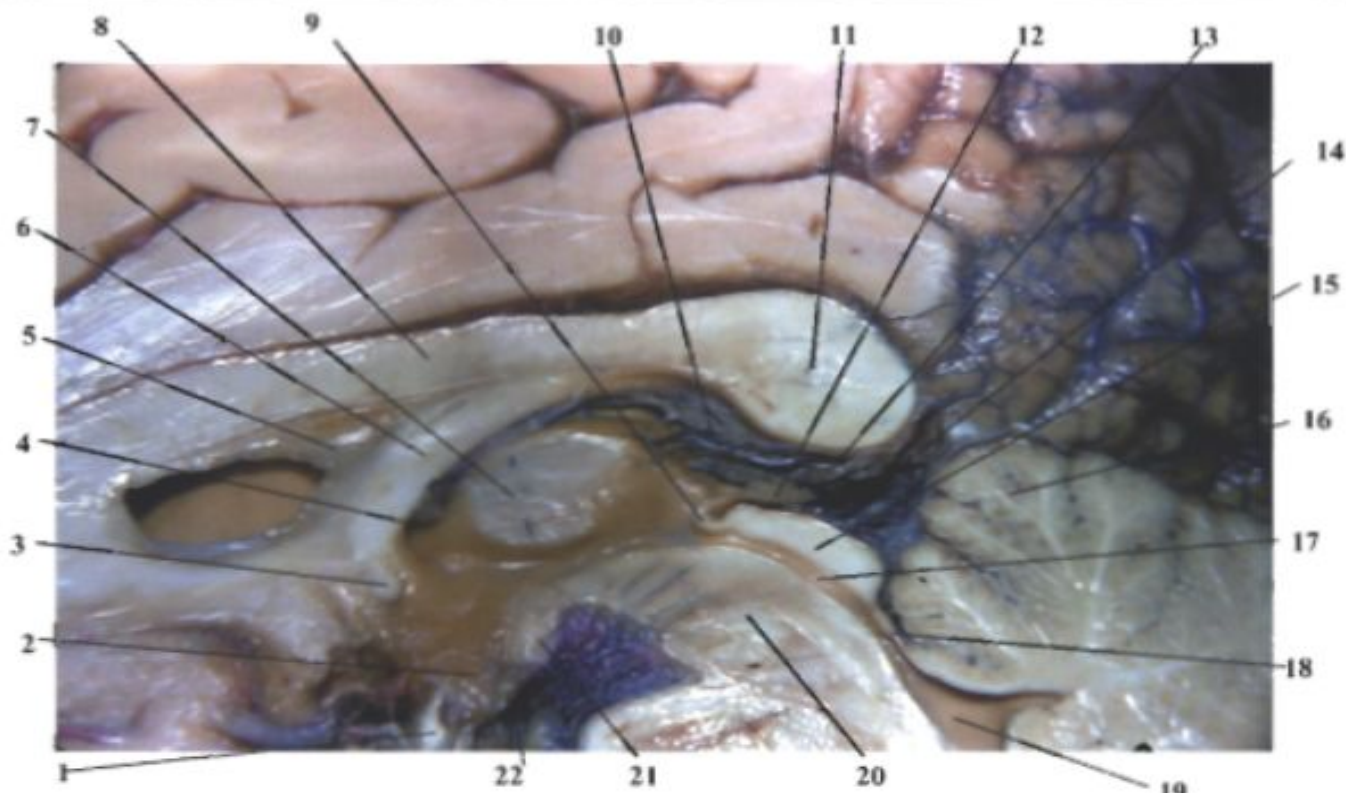


Рис.2. Анатомический препарат мозга (срединно-сагиттальный срез): 1 — хиазма, 2 — воронка третьего желудочка, 3 — передняя слайка, 4 — отверстие Монро, 5 — прозрачная перегородка, 6 — свод, 7 — зрительный бугор, 8 — мозолистое тело, 9 — задняя слайка, 10 — tela choroidea и включенные в нее внутренние вены, 11 — валик мозолистого тела, 12 — шишковидное тело, 13 — вена Галена, 14 — четверохолмная цистерна, 15 — четверохолмная пластинка, 16 — верхушка червя мозжечка, 17 — водопровод мозга, 18 — верхний парус, 19 — четвертый желудочек, 20 — покрывка среднего мозга, 21 — сосцевидное тело, 22 — премамиллярная мембрана.

Другим источником кровоснабжения образований пинеальной области является длинная опоясывающая артерия, которая может быть представлена несколькими стволами (до 4-х). Она чаще начинается от сегментов P-1 или P-2A задней мозговой артерии и идет параллельно задней мозговой артерии, огибая средний мозг, где отдает ветви к ножке мозга и коленчатым телам. Конечные ветви артерии достигают четверохолмной пластинки,

кровооснабжая в основном верхние бугры. Так как терминальные ветви опоясывающей артерии кровооснабжают дорсолатеральные и претектальные части среднего мозга, окклюзия данной артерии может вызывать развитие синдрома Парино [6]. Количество ответвлений данной артерии к четверохолмной пластинке обратно пропорционально количеству ветвей задней медиальной ворсинчатой артерии, снабжающих четверохолмие.

Шишковидное тело, покрытое капсулой и соединительнотканными перепонками, разделено на дольки. Микроскопически оно состоит из кластеров клеток — пинеалоцитов, окруженных соединительно-тканной оболочкой, состоящей из фиброзных астроцитов и клеток соединительной ткани. Астроциты формируют барьер между кровеносными сосудами и пинеалоцитами и выполняют метаболическую и поддерживающую (supporting) роль, как и в целом в центральной нервной системе.

Пинеалоциты составляют 90% паренхимы шишковидного тела. Каждый пинеалоцит имеет несколько цитоплазматических отростков, которые заканчиваются утолщением в периваскулярном пространстве и связывают пинеалоциты друг с другом. Несмотря на то, что эти клетки развиваются из нейроэктодермы, они не являются нейронами. По современным представлениям шишковидное тело рассматривается как истинно эндокринный орган [1]. К другим клеточным структурам, входящим в состав шишковидного тела, относятся соединительная ткань, поперечно-полосатая мышечная ткань и лимфоциты.

Эндотелиальные клетки сосудов, через которые происходит обмен веществ между кровью и пинеалоцитами, прилежат друг к другу недостаточно плотно и поэтому в шишковидном теле нет полноценного гематоэнцефалического барьера [2].

Опухоли пинеальной области составляют лишь 0,5–1% от всех опухолей головного мозга у взрослых, но несколько чаще встречаются у детей – 3–8% [6,12]. По неизвестным причинам они чаще встречаются у представителей азиатских рас (Япония, Тайвань и др.) [2,5,10,13].

По данным С.С.Воринг (1992) в начале девяностых годов прошлого века в США ежегодно регистрировалось около 16 900 случаев первичных опухолей головного мозга [3]. Среди них опухоли пинеальной области составили около 1%, т.е. около 170 больных [14]. Основываясь на этих данных, можно предположить, что в России каждый год опухоли пинеальной области возникают примерно в 100 случаях.

В пинеальной области развиваются как доброкачественные, так и злокачественные опухоли, причем последние явно преобладают – до 75% [1,4,8,11,12].

По современной гистологической классификации [7,9,14,15] опухоли пинеальной области подразделяются на 4 основные группы:

1. Герминативноклеточные опухоли:

- герминома двухклеточного типа (далее – герминома)
- эмбриональная карцинома
- опухоль эндодермального синуса (Yolk-sac tumor, карцинома желточного мешка)
- хориокарцинома
- тератома
 - зрелая тератома
 - незрелая тератома
 - тератома с признаками малигнизации
- смешанные герминативноклеточные опухоли;

2. Опухоли паренхимы шишковидного тела:

- пинеоцитомы
- пинеоцитомы с промежуточной дифференциацией
- смешанная форма опухоли (пинеоцитомы-пинеобластомы)
- пинеобластома

3. Глиальные опухоли, отрастущие из окружающих шишковидное тело анатомических образований (средний мозг, медиальная часть зрительного бугра, эпендима третьего желудочка и оральных отделов водопровода мозга) или из астроцитов самого шишковидного тела:

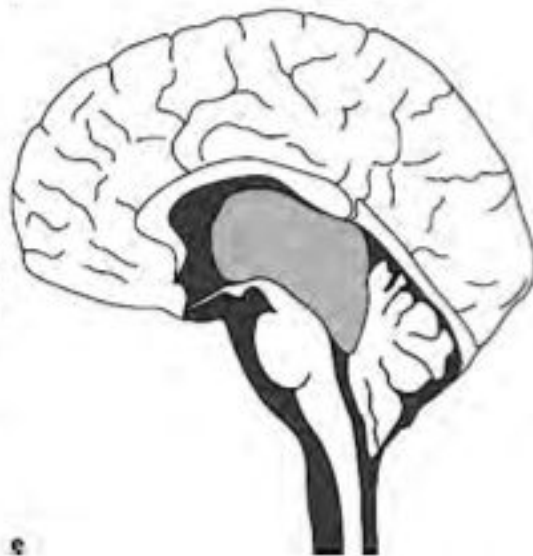
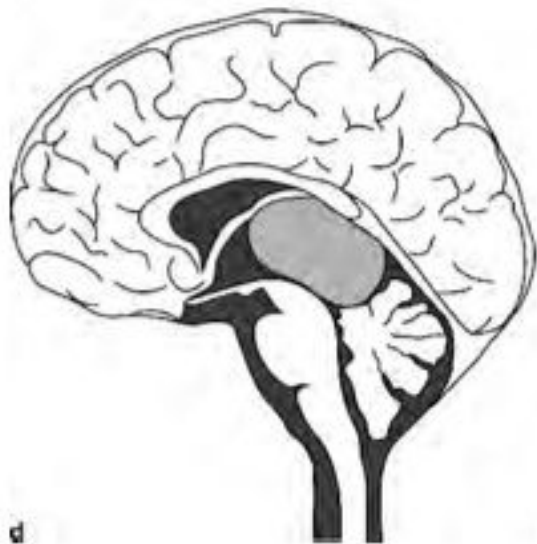
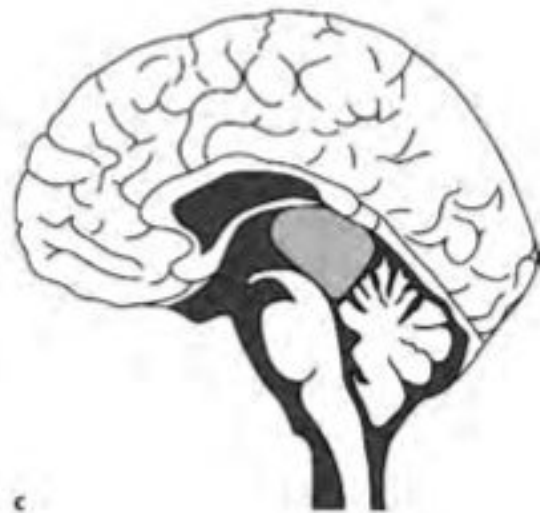
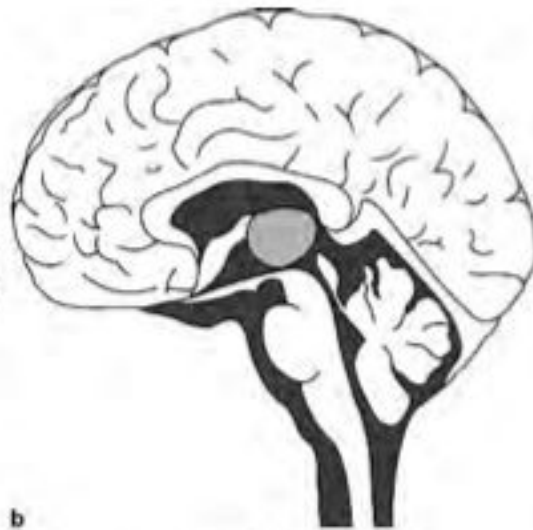
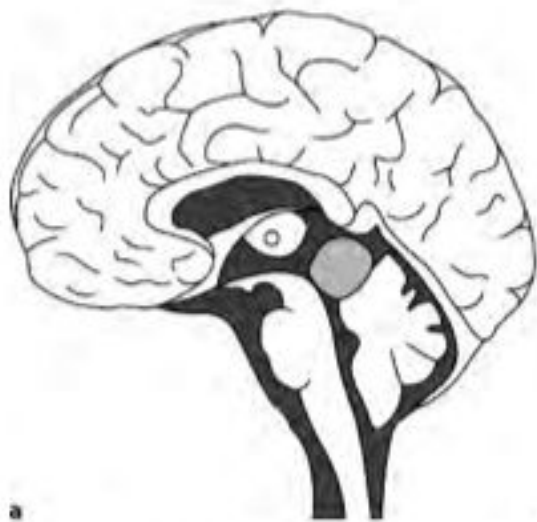
- астроцитомы
- эпендимомы
- глиобластомы
- хориоидпапилломы и др.

4. Смешанные опухоли (дермоидная и эпидермоидная кисты, липома, менингиома, метастазы, ангиома, арахноидальная киста и др.).

Табл. 2. Распределение опухолей пинеальной области по гистологической структуре.

	Все ОПО		Взрослые	Дети
	Число	Процент		
1. Герминативноклеточные опухоли	87	31%	82 (28%)	35 (35%)
Герминома	51		37 (71%)	18 (51%)
Тератома	8		3 (6%)	5 (15%)
Злокачественная тератома	11		5 (10%)	6 (17%)
Другие герминативноклеточные опухоли (смешанные формы герминативноклеточных опухолей, хориокарцинома, опухоль желточного мешка, эмбриональная карцинома)	17		7 (13%)	6 (17%)
2. Глиома	77	27%	45 (25%)	32 (32%)
Астроцитомы	37		16 (36%)	21 (66%)
Злокачественная астроцитомы	10		8 (17%)	2 (6%)
Эпендимомы	5		3 (7%)	2 (6%)
Злокачественная эпендимомы	25		18 (40%)	7 (22%)
3. Опухоли паренхимы шишковидного тела	75	27%	51 (28%)	23 (23%)
Пинеоцитомы	25		21 (41%)	3 (13%)
Анапластическая пинеоцитомы	16		19 (37%)	5 (22%)
Пинеобластомы	34		11 (22%)	15 (65%)
4. Смешанные (дермоидная и эпидермоидная кисты, менингиома, киста шишковидного тела, кавернома и др.)	43	15%	35 (19%)	9 (10%)
Всего	282	100%	183 (65%)	99 (35%)
Злокачественные ОПО	175	62%	112 (61%)	63 (63%)

- **Классификация опухолей пинеальной области по размерам, локализации и распространению.**
- а — Опухоль с преимущественной локализацией в четверохолмной цистерне с диаметром узла до 2,5 см — 10%
- б — Опухоль с преимущественным расположением в задних отделах III желудочка с диаметром узла до 2,5 см — 12%
- с — Опухоль средних размеров (комбинация вариантов 1 и 2) с диаметром опухолевого узла до 4 см — 32%
- д — Опухоль больших размеров, полностью занимающая четверохолмную цистерну и задние отделы III желудочка, нередко врастающая в один из боковых желудочков; максимальный размер 6-7 см — 41%
- е — Гигантская опухоль, практически полностью занимающая полость III желудочка, часть IV желудочка и врастающая в оба боковых желудочка; диаметр более 7 см — 5%



НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА

Особенности клинического проявления опухолей пинеальной области в значительной степени определяются их гистологической принадлежностью. По нашим данным, около 2/3 опухолей пинеальной области – злокачественные образования, отличающиеся быстрым, подчас бурным инвазивно-инфильтративным ростом. Появление симптомов заболевания в этих случаях происходит в течение короткого периода времени – иногда в течение месяцев и даже недель.

Наряду с этим, в пинеальной области встречаются также опухоли, отличающиеся очень медленным ростом. К ним относятся глиомы области пластинки четверохолмия, размер которых может оставаться практически неизменным на протяжении многих лет.

Одно из наиболее ранних и характерных проявлений опухоли пинеальной области – развитие гидроцефалии и синдрома внутричерепной гипертензии, обусловленных сдавлением или окклюзией водопровода мозга. Характерны также локальные симптомы, вызванные сдавлением или инфильтрацией опухолью покрышки и крыши среднего мозга. Среди них наиболее яркими и постоянными являются глазодвигательные нарушения в виде синдрома Парино [3] или других синдромов, обусловленных избирательным поражением ядерных структур.

В связи с компрессией или инфильтрацией мозжечка при опухолях пинеальной области часто выявляются мозжечковые симптомы. При грубой инвазии опухолью окружающих нервных структур могут отмечаться пирамидные, экстрапирамидные знаки – нарушение статики, походки, изменение тонуса мышц и гемипарезы.

Другим характерным, но более редким, очаговым симптомом поражения пинеальной области является

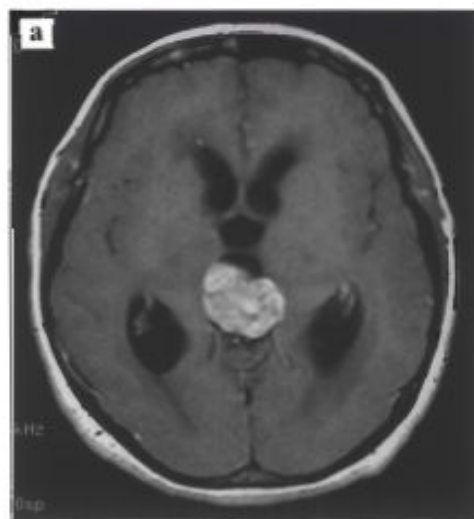


Рис.9. Синдром преждевременного полового созревания. МРТ (а) ребенка 8 лет с опухолью пинеальной области. Уровень хорионического гонадотропина – 1254 мг/мл. Фотография больного (б).

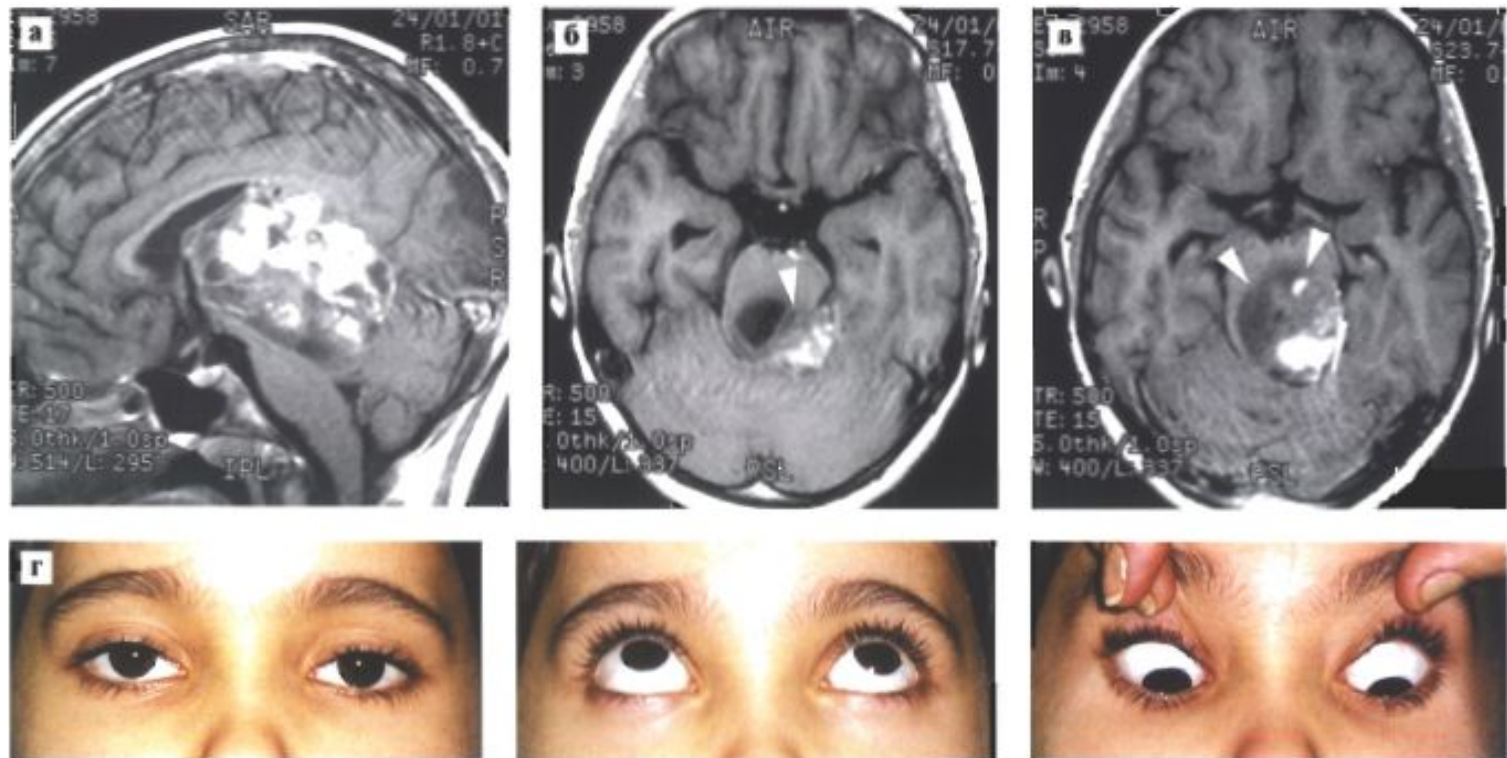


Рис.12. МРТ с контрастным усилением (**а,б,в**) больной с большой пилоидной астроцитомой пинеальной области. Опухоль грубо сдавливает и инфильтрирует структуры среднего мозга (стрелки). Фотографии ребенка (**г**) не выявляют явных признаков нарушения глазодвигательных функций.

ровода мозга. При частичном поражении медиального продольного пучка может наблюдаться разностояние глазных яблок по вертикали – синдром Гертвига-Мажанди.

Следует подчеркнуть, что несмотря на то, что нарушение глазодвигательных функций является одним из наиболее частых проявлений опухолей пинеальной области, в ряде случаев, даже при больших инфильтра-

тивно растущих опухолях они могут отсутствовать или быть слабовыраженными (рис.12).

В настоящее время четко доказано, что частота и степень выраженности глазодвигательных нарушений зависят от гистологической природы опухоли. Наши данные подтверждают это (табл.4).

Из приведенных таблиц видно, что глазодвигательные нарушения более выражены в группе больных

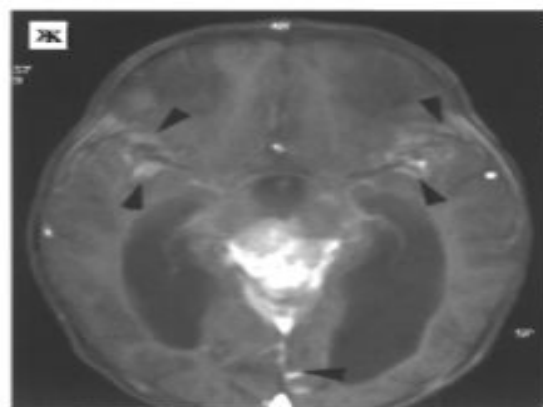
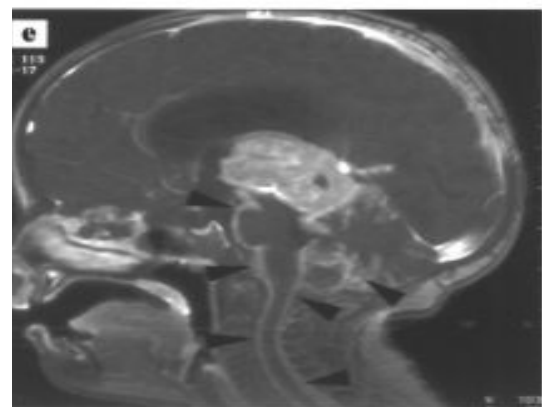
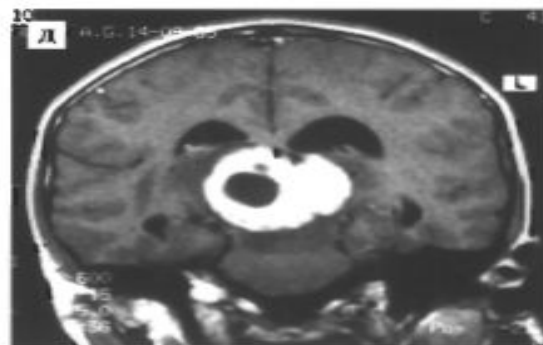
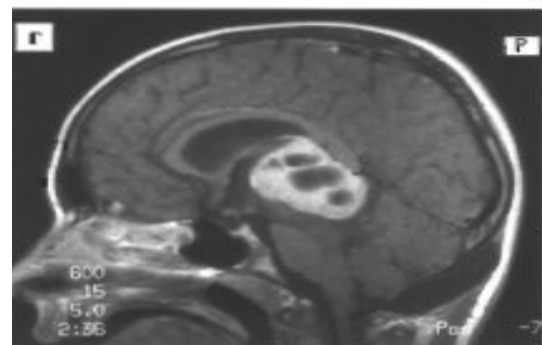
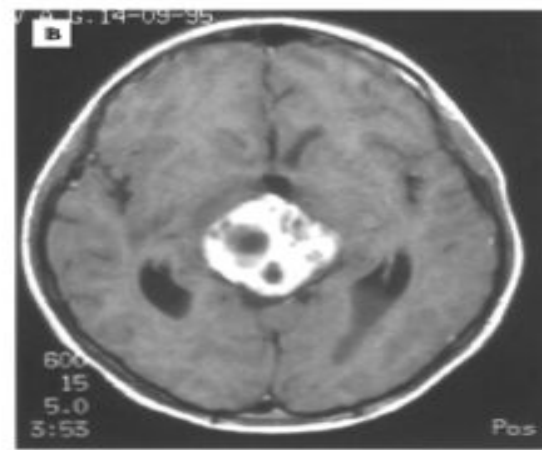
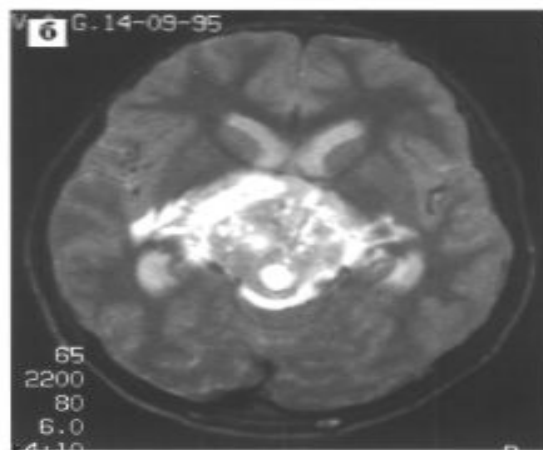
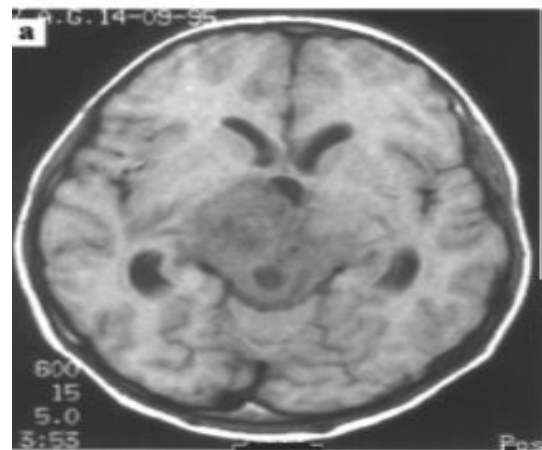


рис. 13. Стандартная МРТ больных с опухолями пинеальной области. Разные больные. МРТ в режимах T1 (а) и T2 (б) выявляет диффузную опухоль пинеальной области с небольшой кистой в ее толще. После внутривенного введения контрастного вещества отмечается его интенсивное накопление опухолью (в,г,д). Исследование в трех проекциях позволяет оценить объем, конфигурацию опухолевого узла и его взаимоотношение с окружающими структурами мозга.

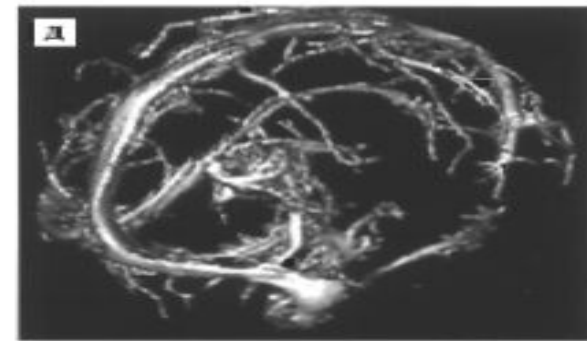
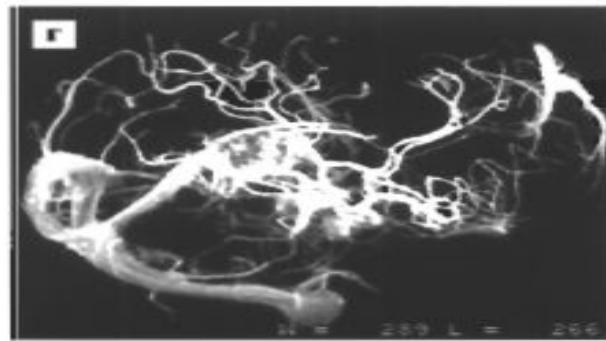
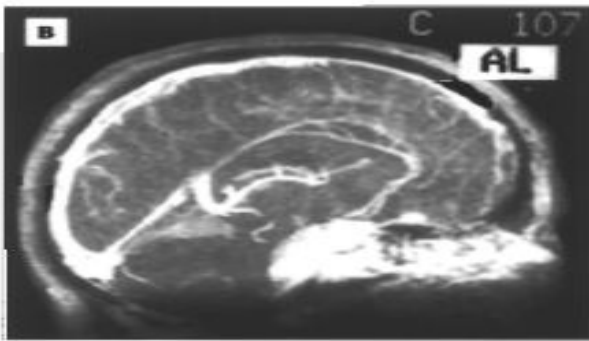
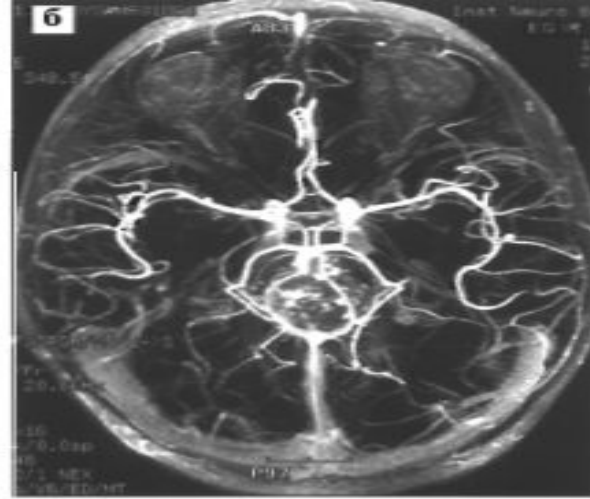
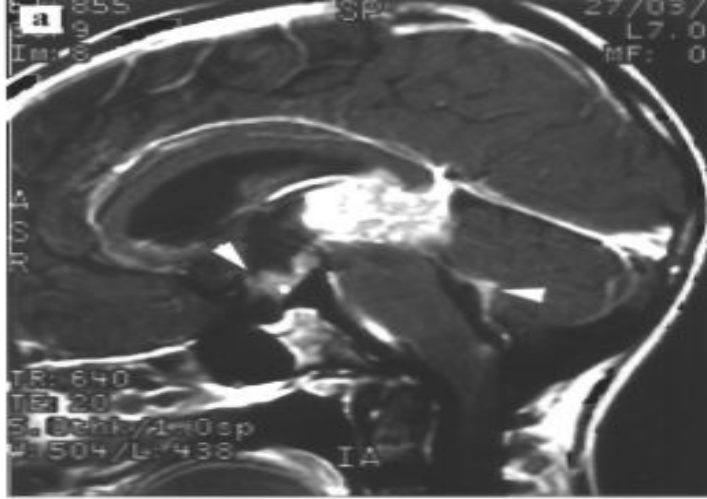
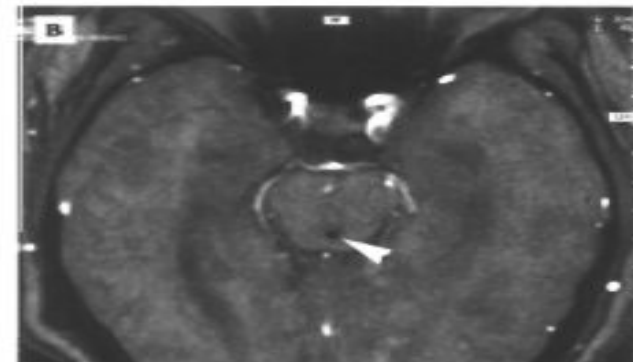
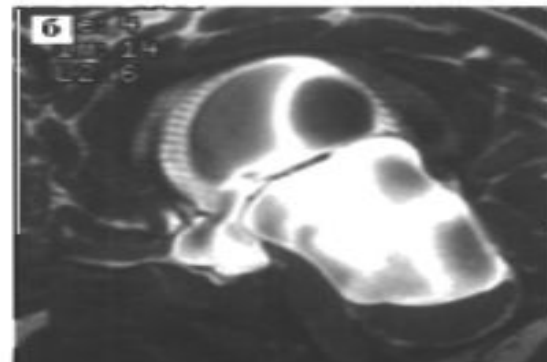
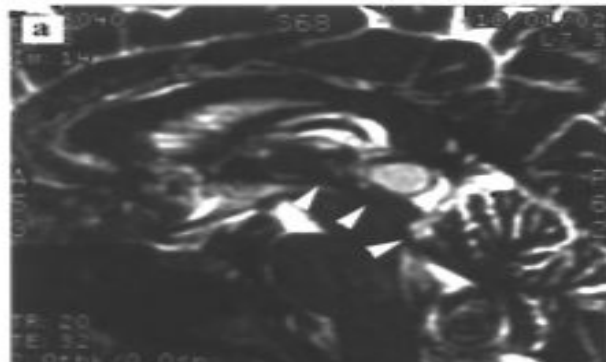


Рис.14. Магнитно-резонансная томография больных с опухолью пинеальной области: **а)** сагиттальная МРТ в режиме Т1 с контрастным усилением у больного с герминомой пинеальной области и метастазами в инфундибулярной части третьего и четвертом желудочках (стрелки); **б,в)** МР-ангиография и **г,д)** трехмерная ангиография того же больного. На ангиограммах хорошо визуализируются как артериальные, так и венозные сосуды головного мозга.



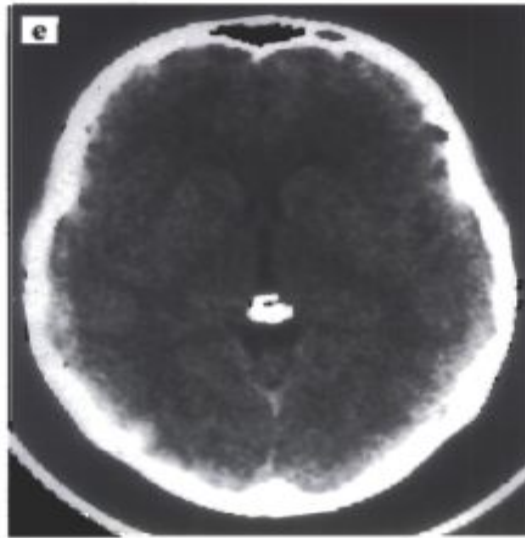
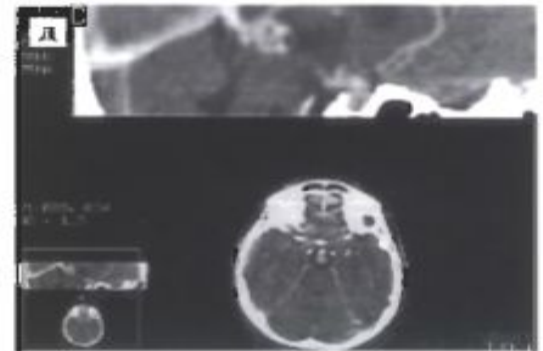
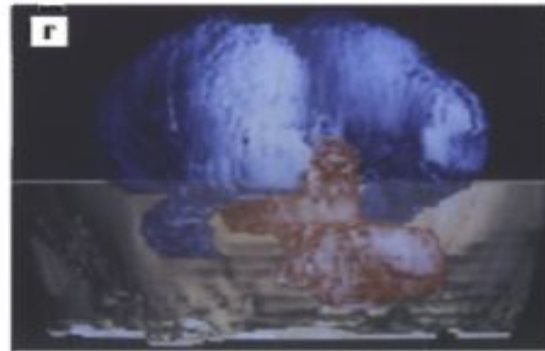
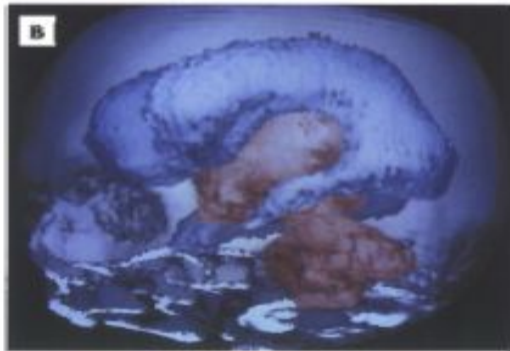
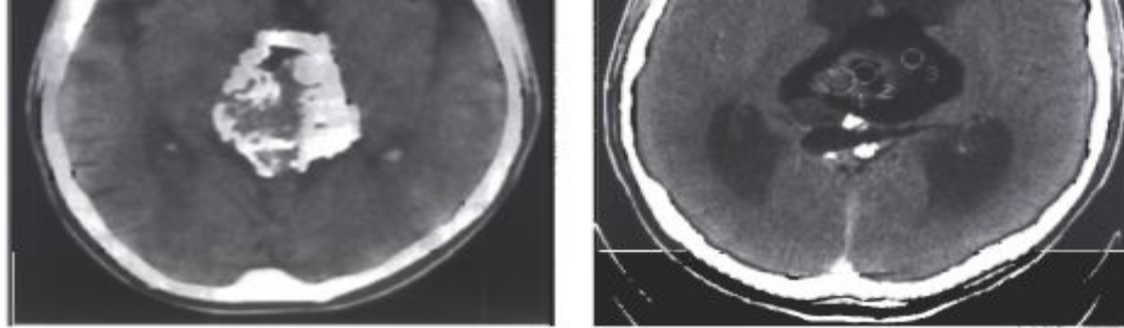


Рис.16. КТ в диагностике опухолей pineальной области. Разные болезни:

а) анапластическая пинеоцитома с обильным кальцифицированием; б) тератома третьего желудочка с участками пониженной плотности (холестатомные массы); в,г) трехмерная (3D) реконструкция опухоли, занимающей третий и четвертый желудочки; д) сагиттальная реконструкция боляного с опухольми pineальной и хиазмальной областей; е) обызвествление шишковидного тела; ж) тромбированная аневризма pineальной области с выраженной окклюзионной гидроцефалией.

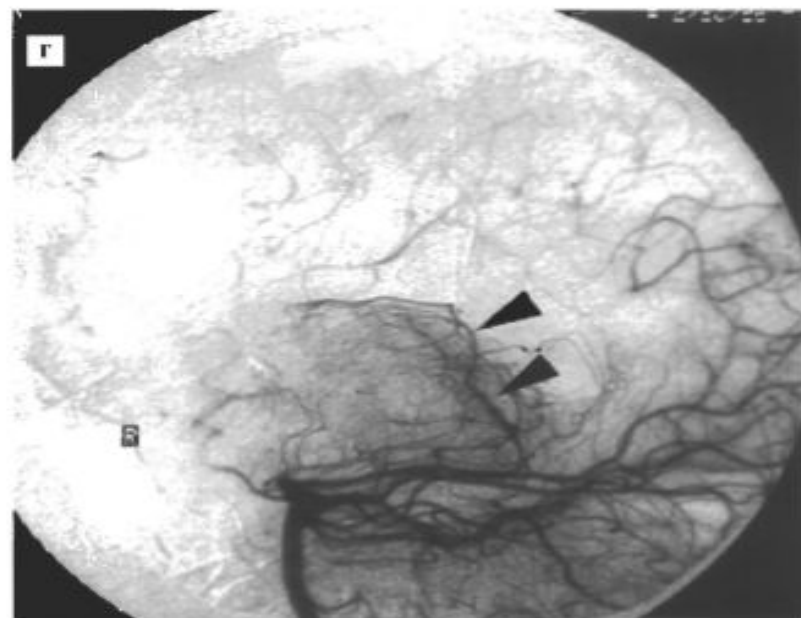
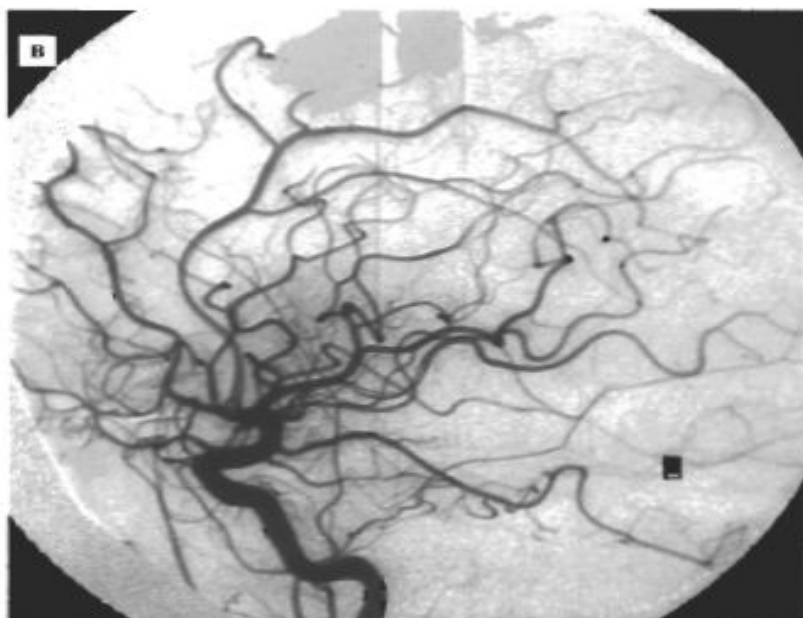
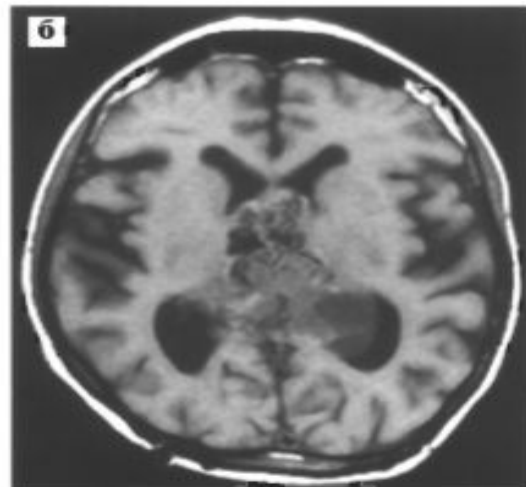
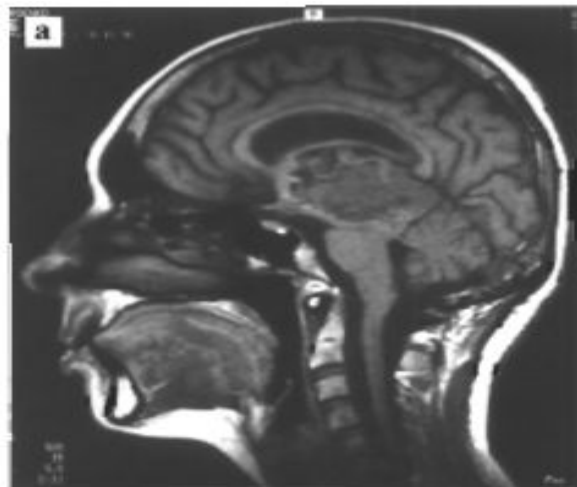
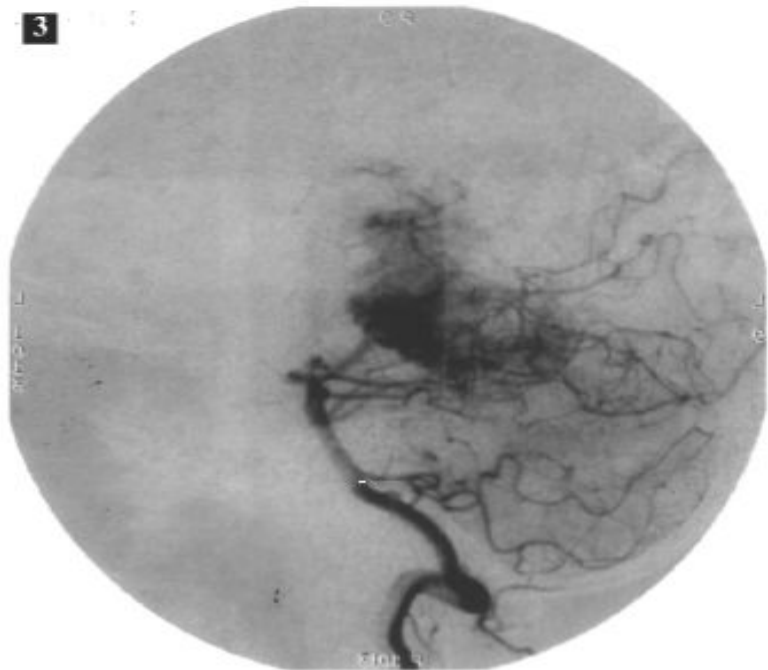
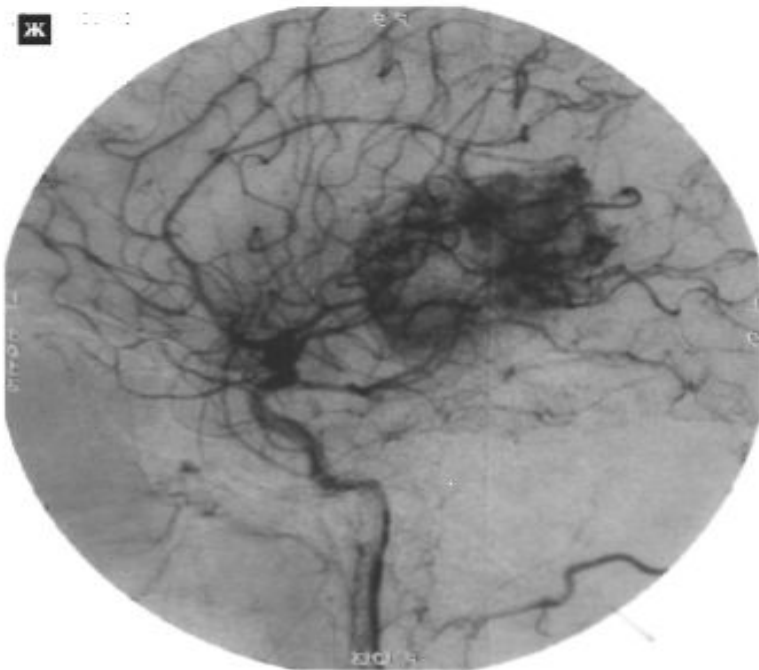
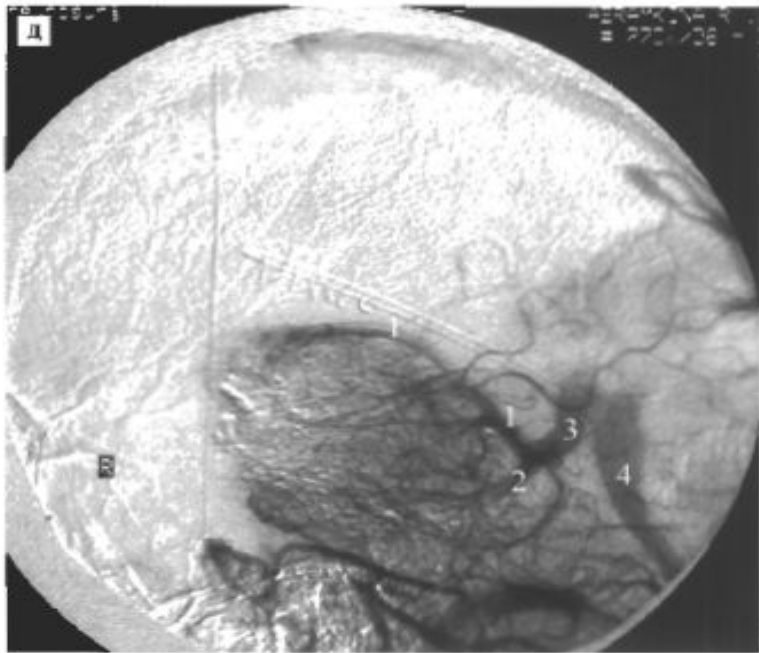


Рис.17. Пункционная ангиография в диагностике опухолей pineальной области. Варианты кровоснабжения опухоли pineальной области. Разные больные.

• МРТ в сагиттальной (а) и аксиальной (б) проекциях больной с анапластической pineоцитомой. Тотальная ангиография (в,г,д) выявляет кровоснабжение опухоли только ветвями задней мозговой артерии — задней медиальной и латеральной ворсинчатой артериями (стрелки). Дренажирование венозной крови осуществляется через глубокие вены — внутреннюю (1) и базальную (2) — в вену Галена (3) и в прямой синус (4);
 • МРТ в сагиттальной проекции больного с менингиомой pineальной области (е). Источниками кровоснабжения опухоли являются ветви сонной (ж) и задней мозговой артерий (з). (Продолжение рис. см. на след. стр.)



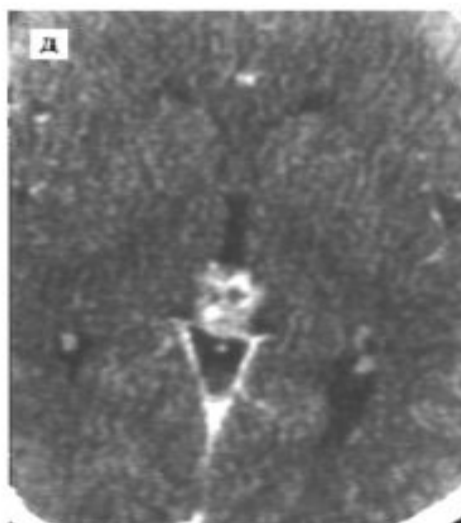
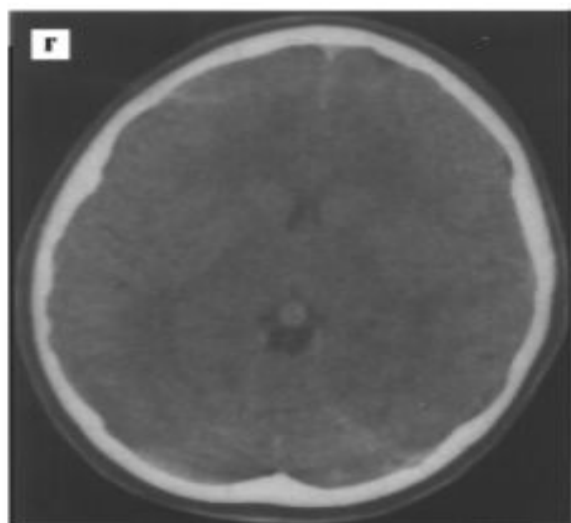
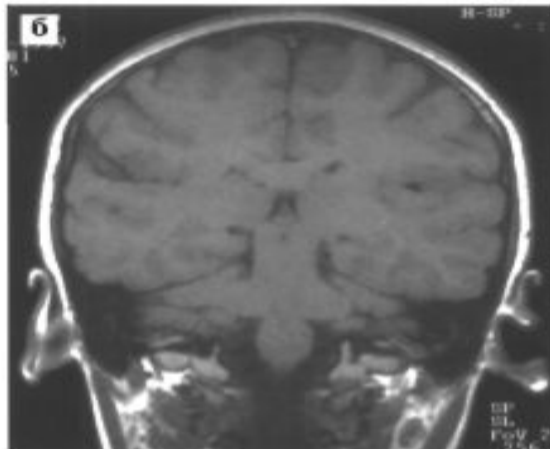
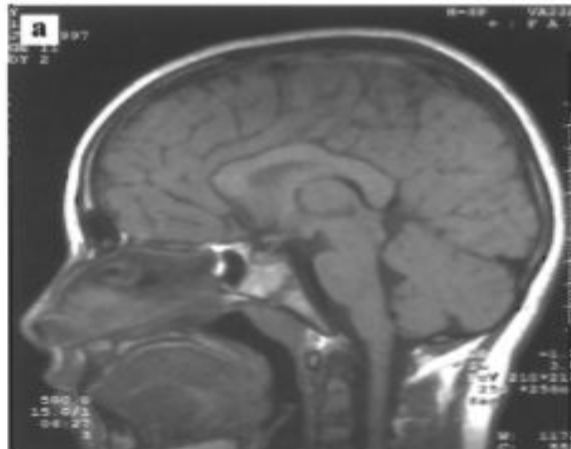
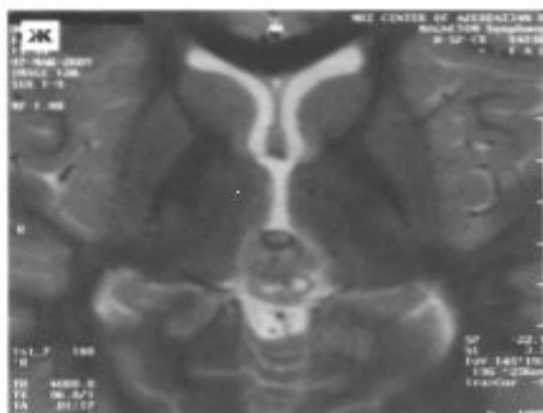
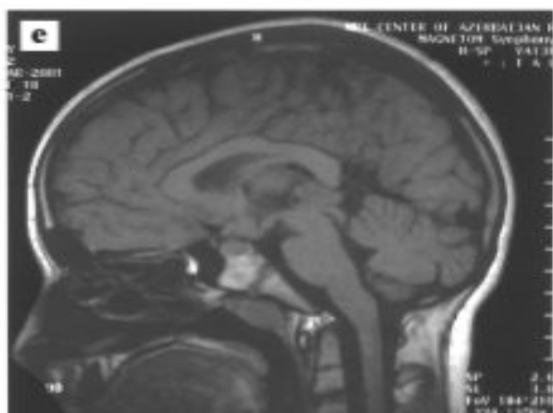


Рис.18. Возможности КТ и МРТ в диагностике опухолей pineальной области.

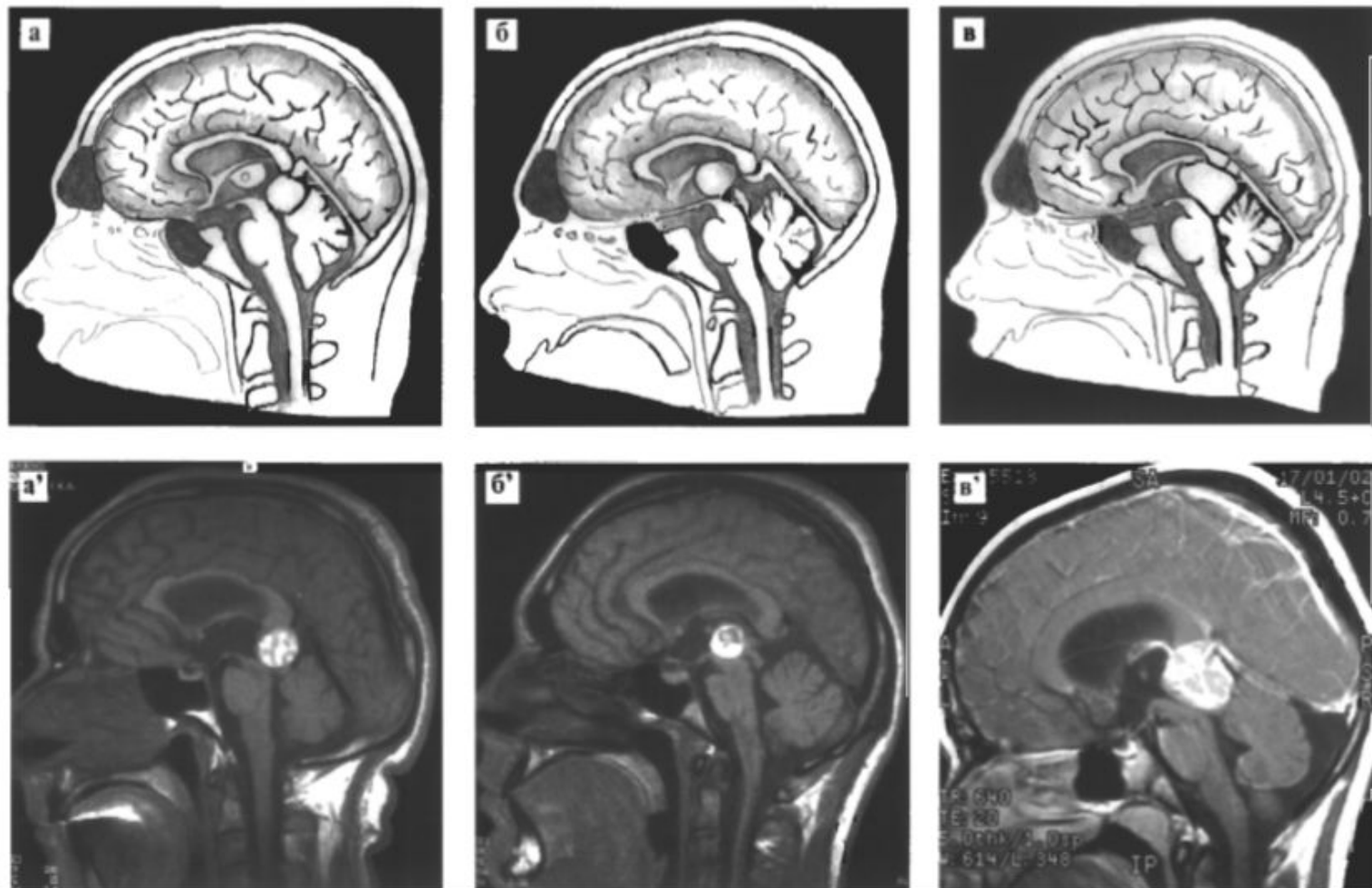
Ребенок 9 лет, с несхарным диабетом в анамнезе. Стандартная МРТ (а,б,в) без внутривенного введения контрастного вещества не выявляет явные признаки патологического процесса головного мозга. Обращает внимание несколько увеличенное в размерах шишковидное тело. При КТ (г) с контрастным усилением отмечается усиленное накопление контраста в области шишковидного тела. Несмотря на это, основываясь только на данных МРТ, наличие опухолевого поражения головного мозга было исключено. Через 4 года, в связи с ухудшением состояния, ребенок был обследован повторно. Проведенные КТ (д) и МРТ (е,ж) установили наличие опухоли в pineальной области с метастазированием в инфундибулярную область третьего желудочка. МРТ после проведения лучевой и химиотерапии (з) показала значительное сокращение опухоли и pineальной области и исчезновение метастаз.



делил следующие группы: а) опухоли с преимущественным расположением в задних отделах третьего желудочка и блокирующие вход в сильвиев водопровод без врастания в его просвет; б) опухоли, преимущественно расположенные в области цистерны четверохолмия и сдавливающие четверохолмную пластинку; и в) опухоли задних отделов третьего желудочка, врастающие в водопровод мозга и оттесняющие четверохолмную пластинку кзади [28].

наибольшие трудности возникают при дифференциации опухолей, поражающих ее мозговых структур (в первую очередь таких, как четверохолмие, водопровод, задние отделы третьего желудочка) и размеры опухоли. Меньшее значение имело место исходного роста опухоли в связи с высокой частотой выраженного инвазивно-инfiltrативного роста этих новообразований.

На основании сопоставления данных КТ, МРТ и интраоперационных находок мы выделили следующие группы опухолей пинеальной области (рис. 19,20):



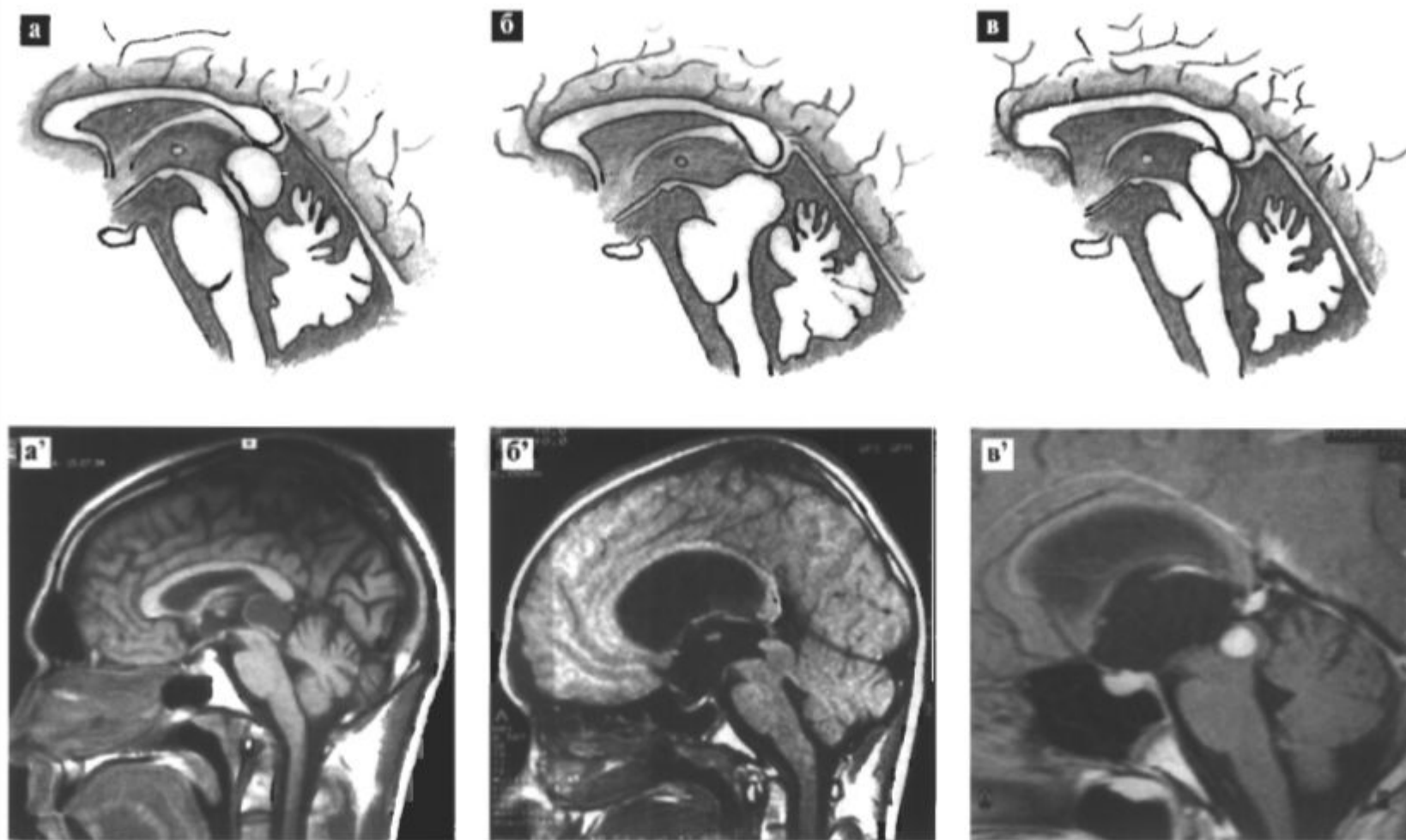
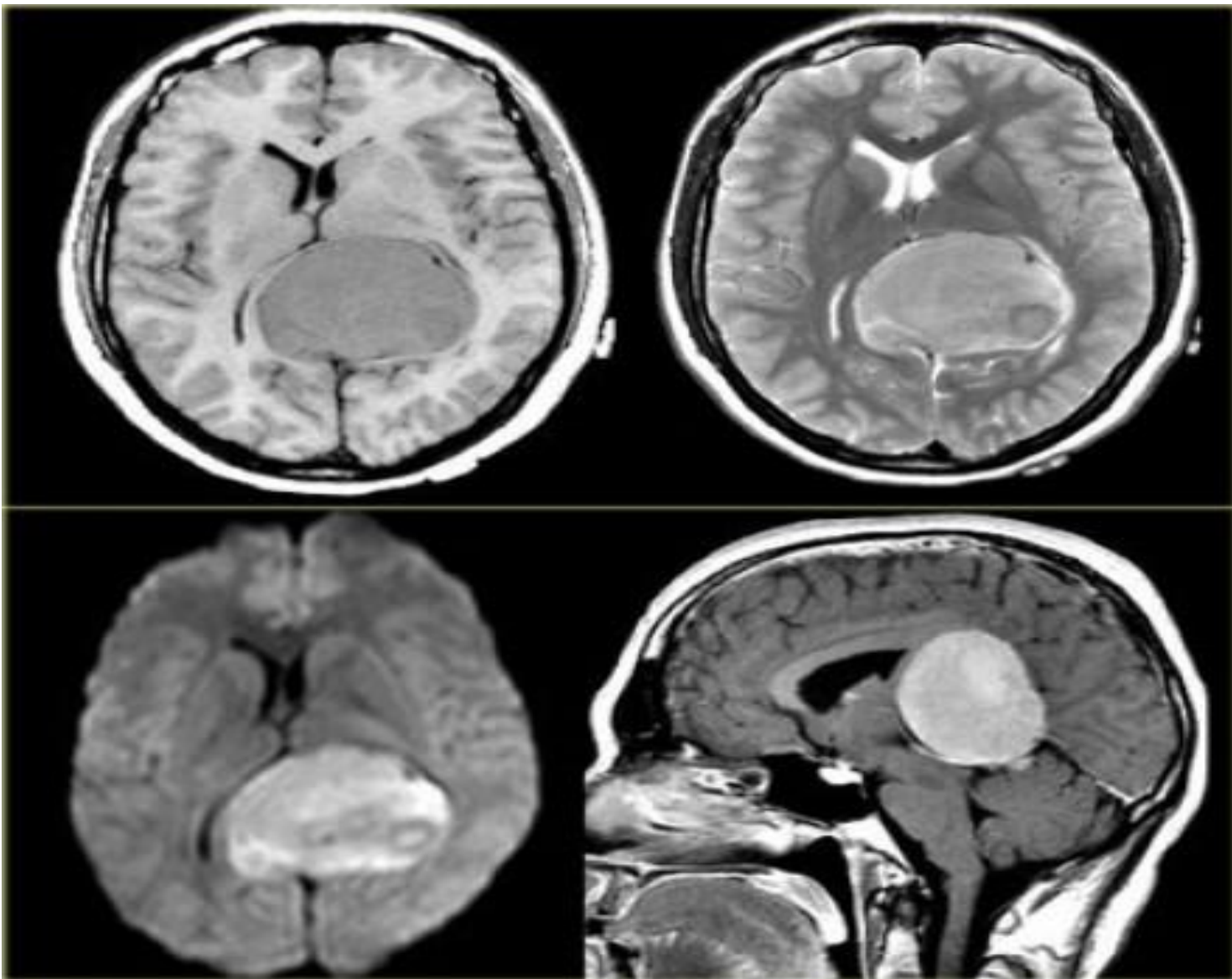
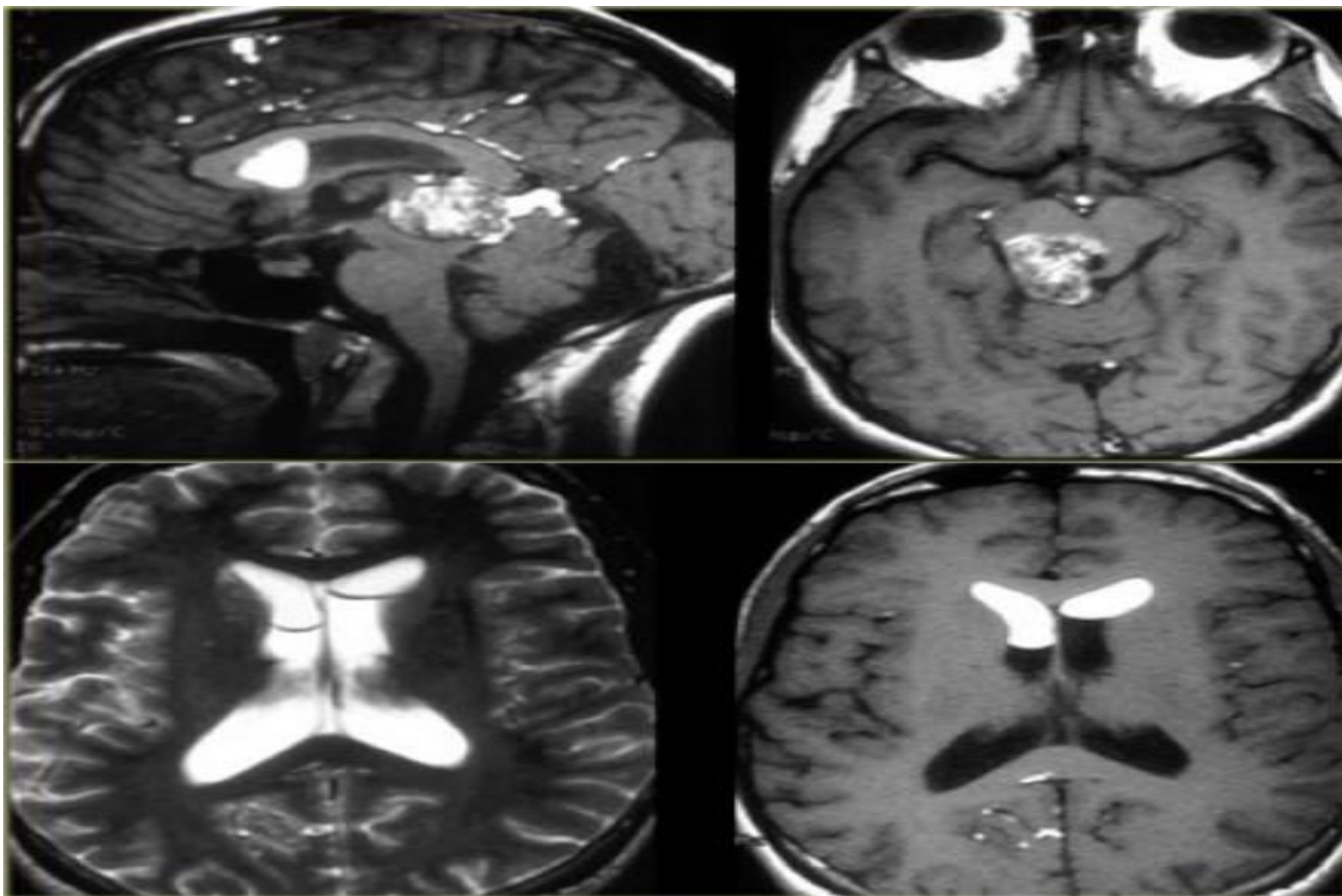


Рис.22. Варианты взаиморасположения опухоли пинеальной области и четверохолмной пластинки.

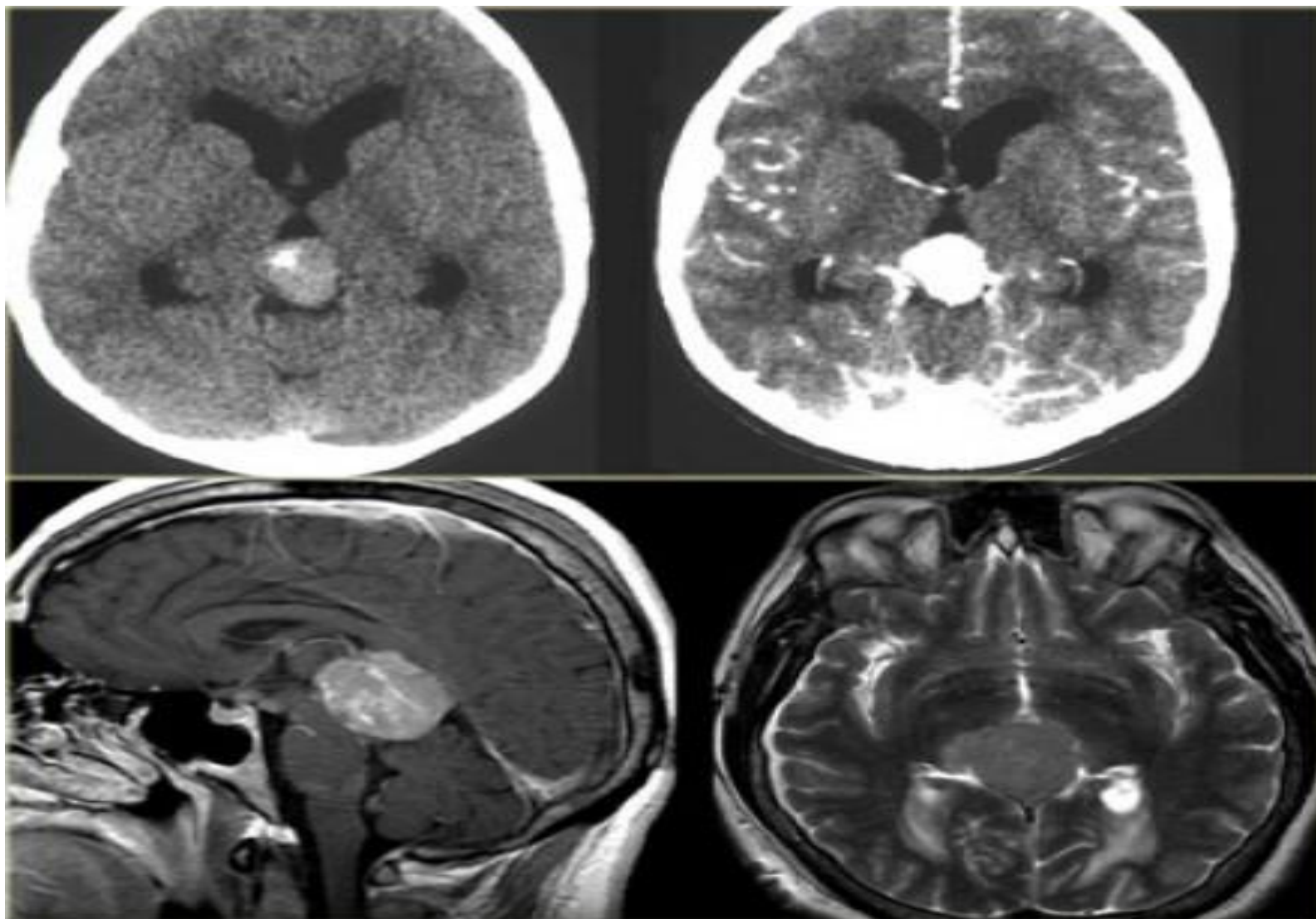
Пример менингиомы, локализуемая рядом с шишковидной железой



Пример типичного дермоида



Пример герминомы. Обратите внимание на
гомогенное контрастирование и обызвествления



СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ БИОПСИЯ ОПУХОЛЕЙ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Знание гистологического диагноза имеет большое значение для построения правильного плана лечения опухоли пинеальной области. В настоящее время этим в значительной мере определяются показания к лучевой, химиотерапии и прогноз. Еще Н. Cushing подчеркивал важность гистологического диагноза опухоли, отмечая, что лучевая терапия без знания гистологического строения опухоли является «терапевтическим выстрелом в темноту» [15].

Несмотря на данные КТ, МРТ и исследование опухолевых маркеров, возможны ситуации, когда гистологическая принадлежность опухоли остается неясной. В подобных случаях возникает необходимость в применении открытой биопсии или стереотаксической биопсии.

Учитывая довольно большой риск осложнений при открытой биопсии, в 70-е годы стали внедрять метод стереотаксической биопсии для диагностики опухоли пинеальной области. Техника стереотаксического наведения при биопсии опухоли пинеальной области описана рядом авторов [6,14,30,43].

Прямое хирургическое удаление является основным звеном в лечении опухолей пинеальной области. Удаление опухоли является практически единственным методом лечения больных с доброкачественными опухолями пинеальной области. Кроме этого, при злокачественных опухолях удаление основного объема опухоли улучшает результаты лучевой и химиотерапии [4, 15, 17, 27, 29, 30].

Следует отметить, что помимо терапевтического эффекта прямое вмешательство на опухоли пинеальной области позволяет определить ее гистологию, что является ключевым моментом в выборе адекватной адьювантной терапии в послеоперационном периоде.

Успех оперативного вмешательства при опухолях пинеальной области и задних отделов третьего желудочка в значительной степени зависит от правильно выбранного хирургического доступа.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ

Как было сказано раньше, для удаления опухоли пинеальной области были предложены различные хирургические подходы. Большой вклад в разработку и совершенствование доступов к пинеальной области внесли выдающиеся нейрохирурги мира – F.Krauze, W.E.Dandy, K.G.Jamieson, C.Lapras, J.L.Poppen, K.Sano, B.M.Stein. Некоторые из предложенных ранее хирургических доступов в настоящий момент потеряли практическую значимость, в то время как затылочный транстенториальный, инфратенториальный супрацеребеллярный и субхороидальный доступы с успехом используются при удалении опухолей пинеальной области.

Несмотря на то, что техника проведения этих операций детально описана, в выполнении разных этапов хирургического вмешательства нет абсолютных стандартов. Каждый автор, имеющий опыт удаления опухолей пинеальной области, в той или иной степени модифицирует общепринятые хирургические доступы.

Затылочный транстенториальный доступ

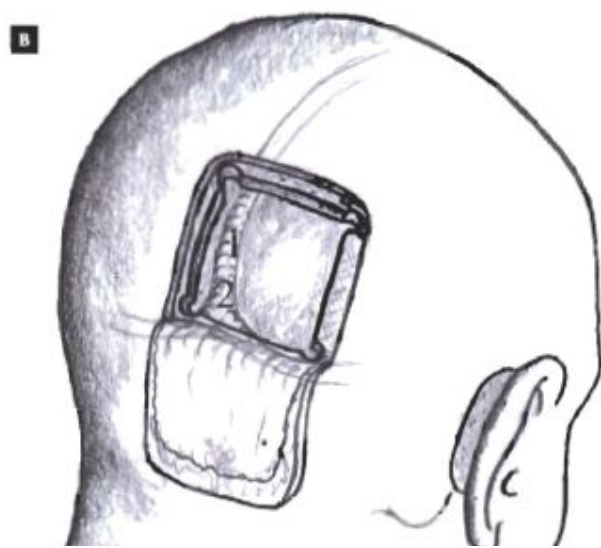
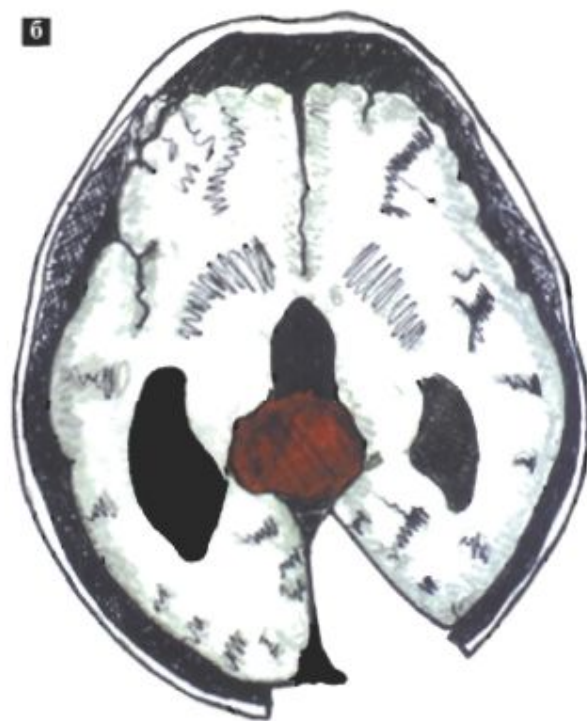
Известны две основные модификации этого доступа: 1) с обнажением только задних отделов верхнего сагиттального синуса и латеральным смещением затылочной доли от серповидного отростка [3, 10, 18, 21] и 2) с одновременным обнажением сагиттального и поперечного синусов. В последнем случае затылочная доля приподнимается над наметом мозжечка и смещается латерально [6, 24]. С нашей точки зрения, в большинстве случаев нет необходимости в обнажении поперечного синуса, поскольку отведение затылочной доли латерально от серповидного отростка позволяет достаточно широко обнажить пинеальную область. Пункция и дренирование бокового желудочка облегчают смещение затылочной доли.

Операция может быть проведена в положении сидя или в положении на боку – т.н. пронации на 3/4.

Разрез мягких тканей. Затылочный транстенториальный доступ производится на стороне недоминантного полушария. Подковообразный разрез кожи в затылочной области производится с таким расчетом, чтобы при трепанации обнажились задние отделы сагиттального синуса на протяжении приблизительно 7–8 см (рис. 24). Вслед за разрезом мягких тканей и скелетированием чешуи затылочной кости становится возможным точное определение средней линии, ориентиром которой является сагиттальный шов.

Лоскут кожи должен быть достаточно большим, позволяющим обнажить сагиттальный и ламбдовидный швы и место прикрепления шейных мышц к чешуе затылочной кости.

Трепанация. Для обеспечения удобного хирургического доступа и предотвращения чрезмерной тракции затылочной доли необходимо произвести трепанацию следующим образом: первые два трепанационных отверстия накладываются вдоль срединно-сагиттальной линии отступая на 0,5 см влево от нее. Расстояние этих отверстий от наружного затылочного выступа составляет 0,5–1 и 8–9 см соответственно. С помощью костных кусачек фрезевые отверстия расширяются вправо над сагиттальным синусом. Этот прием позволяет с по-



Инфратенториальный супрацеребеллярный доступ

При этом доступе, который предпочтительно проводить в положении сидя, подход к пинеальной области осуществляется между верхней поверхностью мозжечка и мозжечковым наметом, при этом иногда приходится пересекать отдельные вены, переходящие с поверхности мозжечка на намет.

Разрез мягких тканей. Производится срединный разрез кожи и подкожной жировой клетчатки в шейно-затылочной области от точки, расположенной на 2 см

выше наружного бугра затылочной кости до остистых отростков 2–3-го шейных позвонков.

Затылочные мышцы поперечно пересекаются у места их прикрепления к выйной линии, после чего все мягкие ткани вместе с надкостницей отделяются распатором от чешуи затылочной кости. Мягкие ткани разводятся ранорасширителем в противоположные стороны и, таким образом, широко обнажается чешуя затылочной кости (рис.32). Открывшиеся костные венозные выпускники тщательно промазываются хирургическим воском.

Трепанация. Краниотомия производится с таким расчетом, чтобы обнажить края обоих поперечных си-

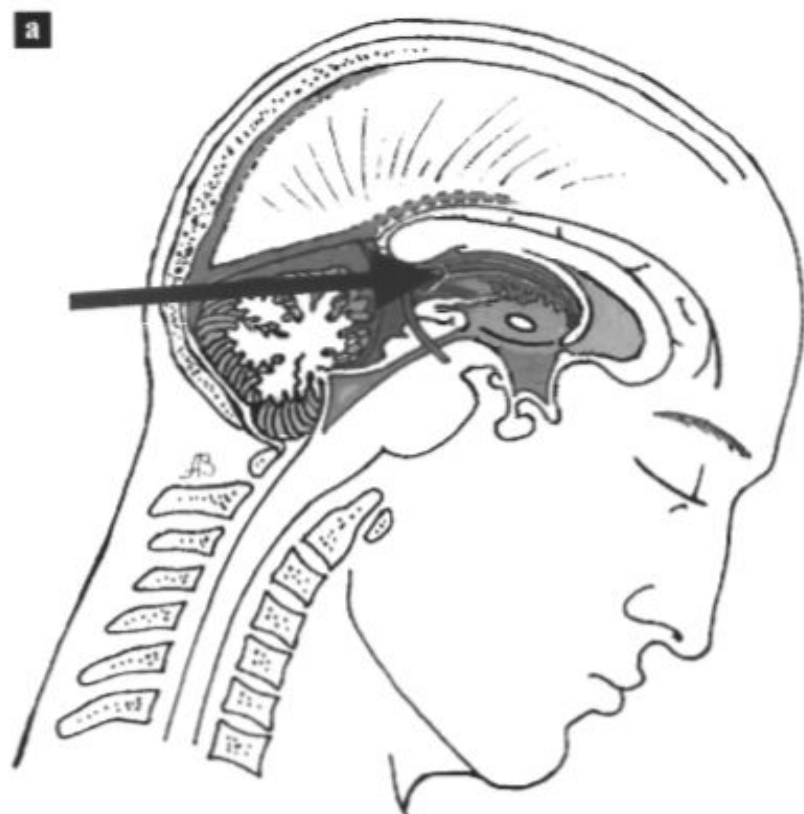
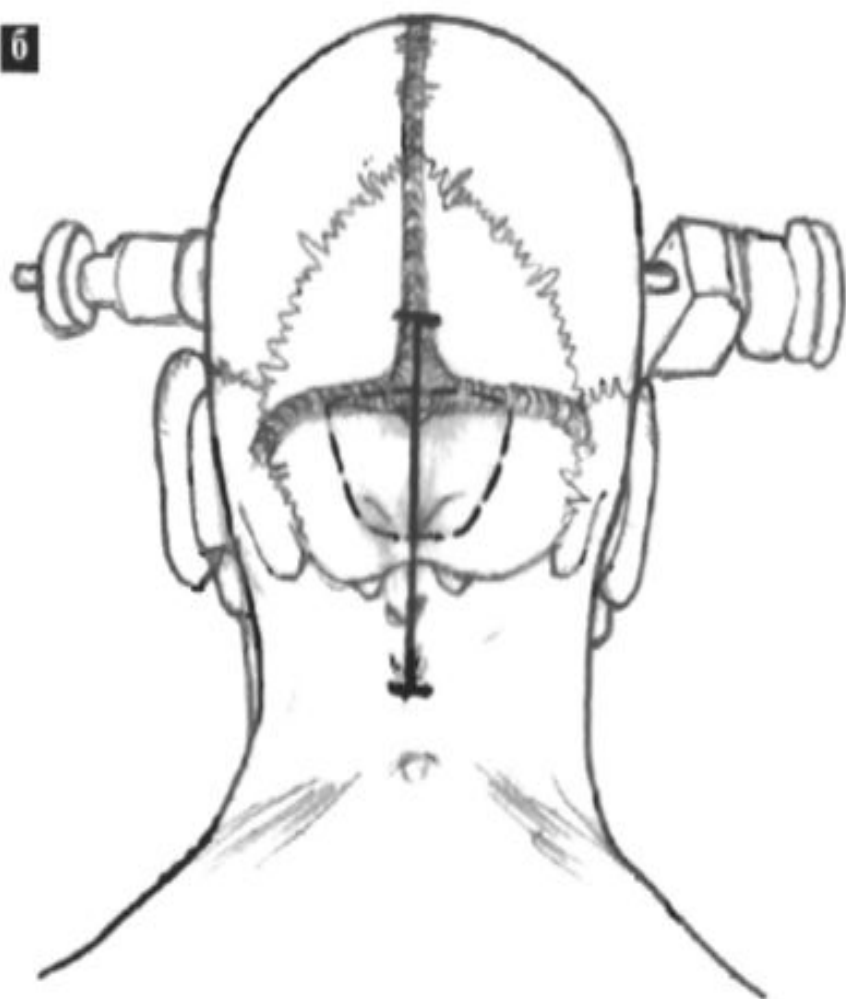
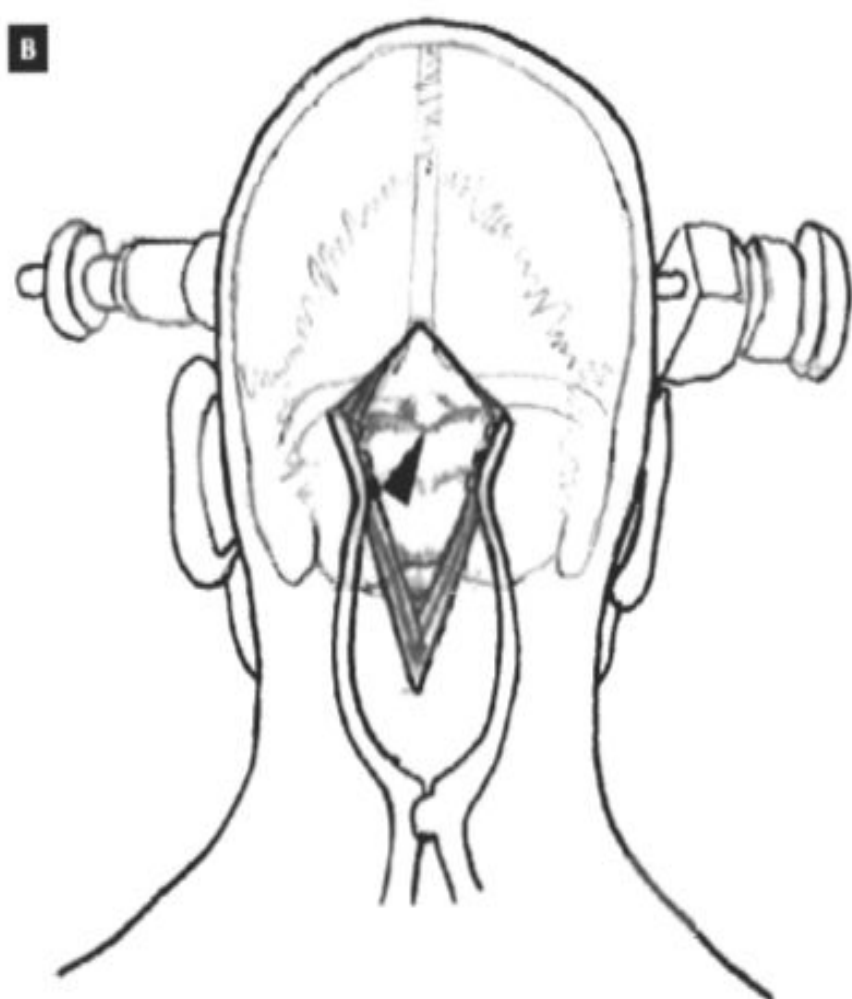
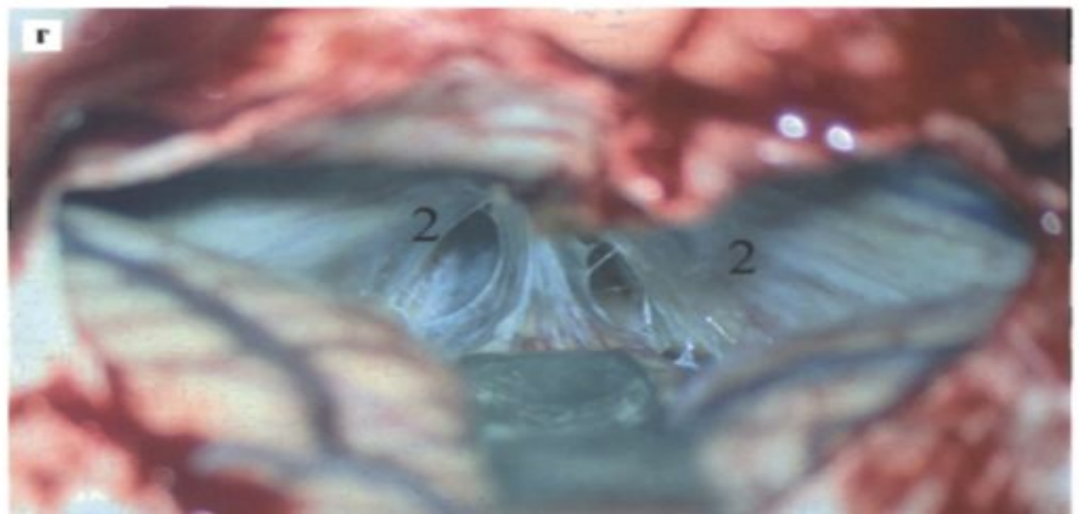
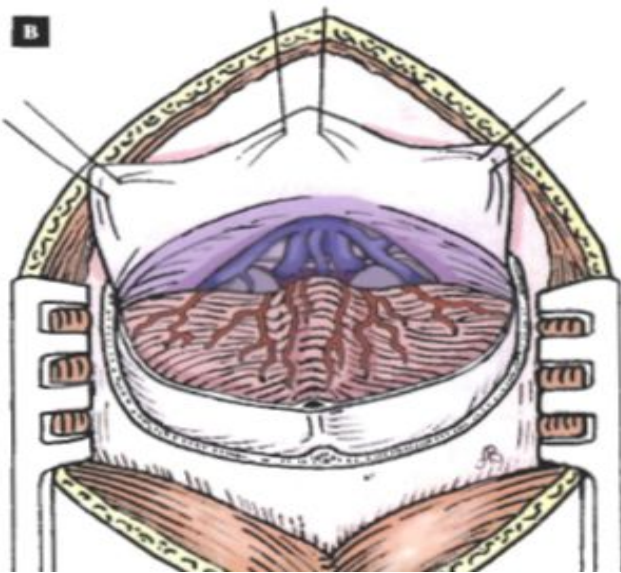
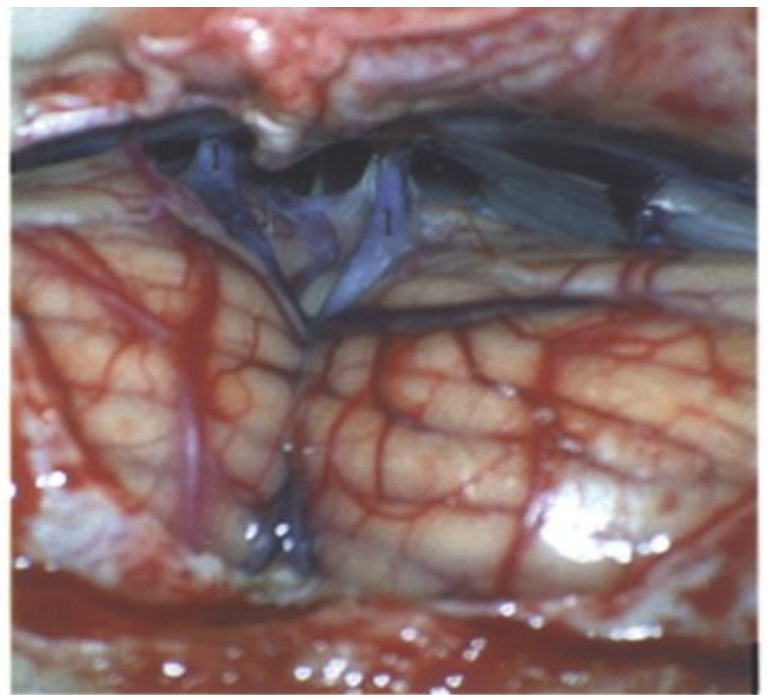
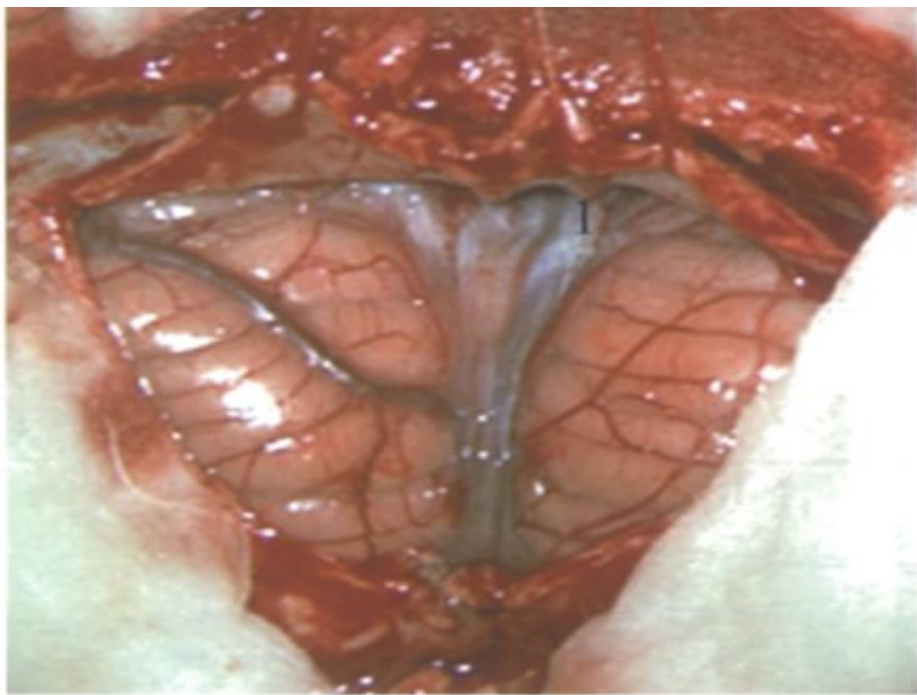


Рис.32. Этапы инфратенториального супрацеребеллярного доступа: а) общая схема доступа; б) линия разреза мягких тканей и рекомендуемые пределы трепанации затылочной кости; в) разрез мягких тканей при инфратенториальном супрацеребеллярном доступе. Наружный затылочный выступ указывает на проекцию синусного стока (стрелка).

6**B**



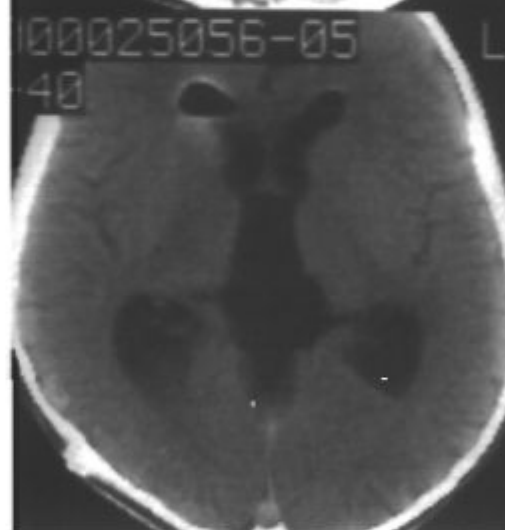
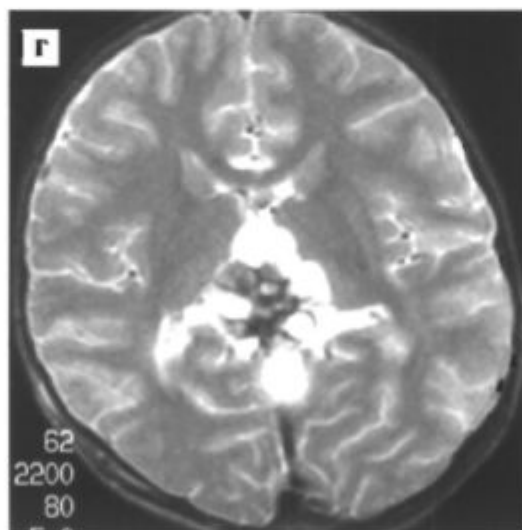
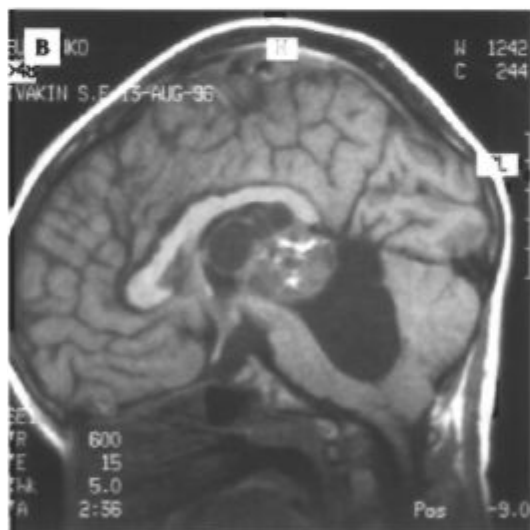
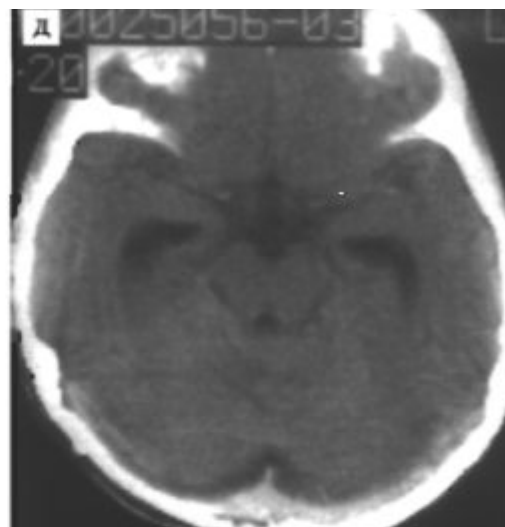
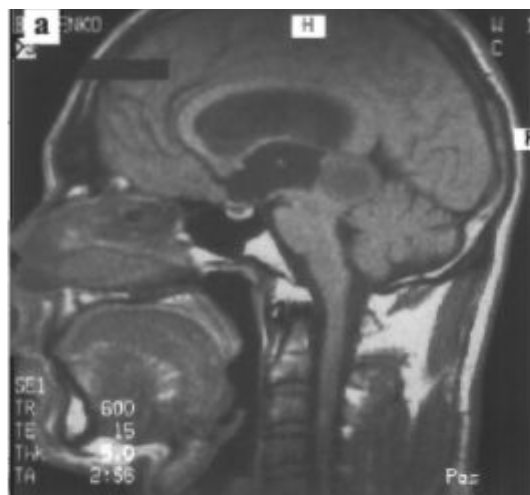


Рис.36. Удаление опухоли пинсальной области с применением инфратенториального супрацеребеллярного доступа. Разные больные.
 # МРТ до (а) и КТ после (б) удаления эпидермоидной кисты.
 # МРТ до (в,г) и КТ после тотального удаления (д) тератомы.

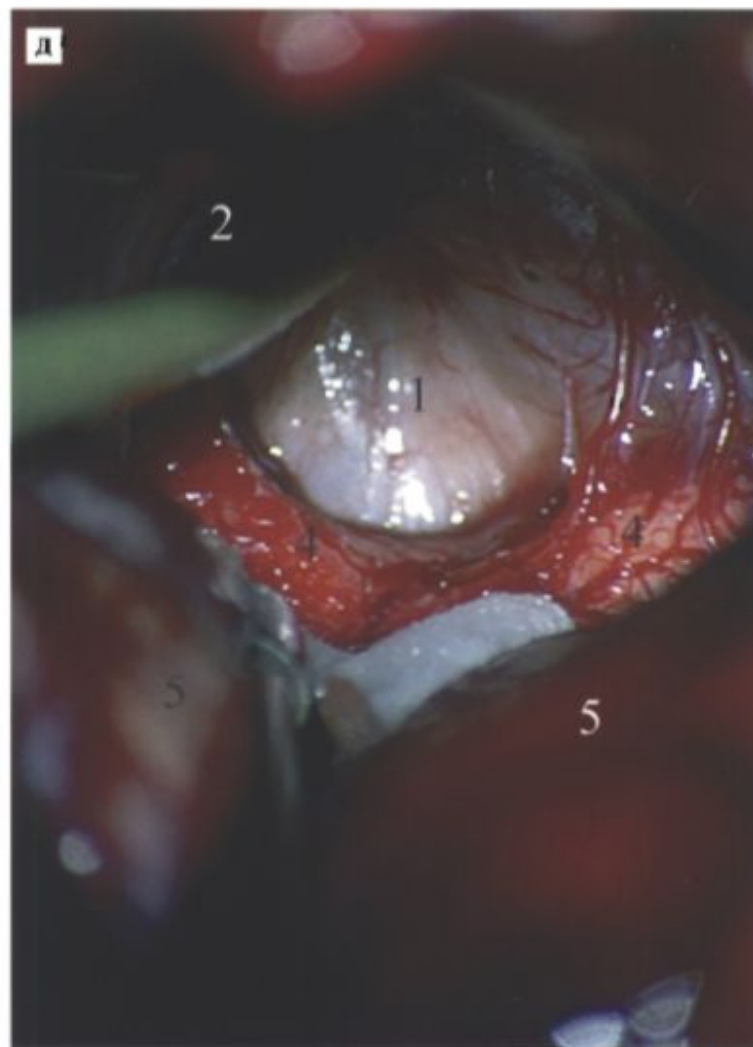
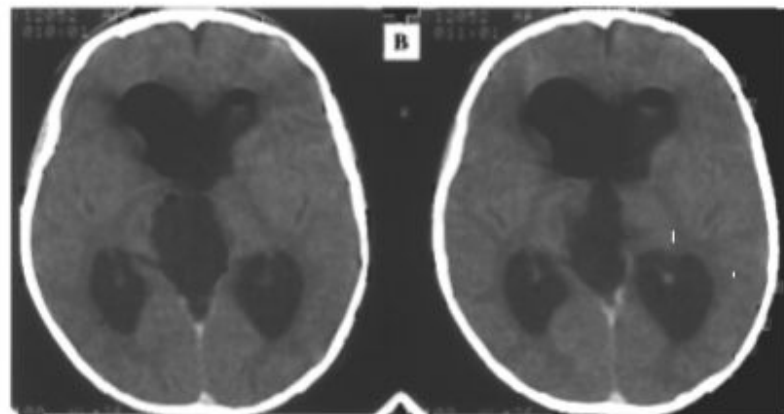
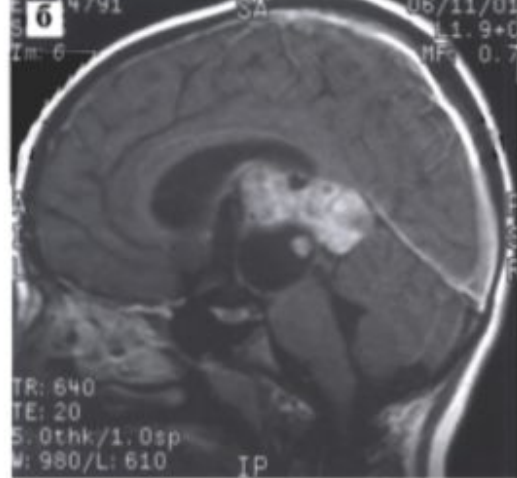


Рис.37. МРТ в аксиальной (а) и сагиттальной (б) проекциях больной с тератомой пинеальной области до операции. КТ (в) после удаления опухоли с применением инфратенториального супрацерепеллярного доступа.

Этапы удаления опухоли: г) осуществлен доступ к пинеальной области, арахноидальная оболочка вскрыта и прецентральная вена мозжечка пересечена; д) после опорожнения кисты и уменьшения объема, нижний полюс опухоли отделен от четверохолмной пластинки (4); е) этап удаления опухоли; ж, з, и) структуры третьего желудочка в процессе и после тотального удаления опухоли: 1— опухоль, 2 — базальные вены, 3 — верхушка червя мозжечка с сосудами, 4— четверохолмная пластинка, 5 — мозжечок, 6 — сосудистое сплетение третьего желудочка, 7 — боковые стенки третьего желудочка, 8 — massa intermedia, 9 — отверстия Монро и колонки свода. (Продолжение рис. см. на след. стр.)