

ТРАНСНАЗАЛЬНОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ НЕГИПОФИЗАРНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Лещинский А.В., Краснов Д.Б., Горенштейн А.Е.,

Гокинаев С. Г., Ларютин Н. В., Фомин Б. Б.

ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области»,

г. Калининград

Цель. Определить показания и возможности радикального малотравматичного удаления опухолей основания черепа эндоскопическим трансназальным подходом.

Материалы и методы. Прооперировано 88 пациентов с опухолями основания черепа. Применялся стандартный алгоритм обследования пациентов: МРТ головного мозга с контрастным усилением, осмотр офтальмолога с периметрией, КТ основания черепа и придаточных пазух носа (при инвазивном росте опухоли в структуры основания черепа), при подозрении на гипопитуитарные нарушения - гормональный профиль с консультацией эндокринолога, осмотр отоларинголога.

Клиническая картина отличалась значительным полиморфизмом: опухоли разрушали структуры основания черепа, проникали в полость носа, вызывали назальную ликворею, периодические носовые кровотечения, нарушения носового дыхания; пролабировали в полость III желудочка, вызывая ликвородинамические нарушения и окклюзионную гидроцефалию; компримировали ствол головного мозга, гипофиз и гипоталамическую область, структуры кавернозного синуса, ВСА, вызывали глазодвигательные нарушения. Учитывая локализацию патологического процесса, преобладали симптомы компрессии хиазмы и зрительных нервов, ствола головного мозга, гипоталамической области.

Все пациенты были прооперированы трансназальным доступом с использованием системы операционной нейронавигации. При различных вариантах

распространения патологических процессов применялись расширенные трансназальные доступы. Широкая трепанация костей основания черепа позволяла осуществить доступ ко всем отделам опухоли.

Результаты и обсуждение. У 23 пациентов выявлены краниофарингиомы, у 35 – менингиомы бугорка турецкого седла и ската, 13 – хордомы ската, 7 – с-г основной пазухи с интракраниальным ростом, 2 – эстезионейробластомы, 2 – ювенильные ангиофибромы, 1 – параганглиома, 1 – гемангиобластома, 3 – кисты кармана Ратке, 1 – плазмоцитома.

При удалении патологических процессов основания черепа с широкими костными резекциями возникают обширные дефекты ТМО и структур переднего основания черепа. Одним из основных этапов операции (наравне с доступом к опухоли и удалению опухоли) является реконструкция образовавшихся дефектов.

Летальность: 4 пациента (4,1%).

По степени удаления опухоли, тотальное удаление опухоли достигнуто у 68 пациентов, субтотальное - 19, частичное — 1 . По шкале резекции менингиом Simpson (35 пациентов): Grade I - 18, Grade II и Grade III - 7, Grade IV - 1.

Выводы. Применение расширенных эндоскопических трансназальных доступов в хирургии патологических процессов основания черепа, позволяет снизить травму головного мозга, уменьшить число послеоперационных осложнений и послеоперационную летальность. Необходим должный опыт хирурга, отбор пациентов, качественная визуализация (нейронавигационный контроль), современные гемостатики и клеевые композиции.