

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА К ОПУХО- ЛЯМ ПЕРЕДНЕЙ И СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНЫХ ЯМОК В НЕЙРОХИ- РУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ ГАУЗ «МКДЦ»

Алексеев А.Г.^{1,2}, Пичугин А.А.^{1,2}, Шаяхметов Н.Г.¹, Пашаев Б.Ю.^{1,2}, Боч-
карев Д.В.¹, Попова Т.И.², Шарабханов К.В.², Данилов В.И.^{1,2}

¹ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр», ²ФГБОУ ВО
«Казанский государственный медицинский университет» Минздрава Рос-
сии, г. Казань

За последние два десятилетия лечение опухолей основания черепа эволюционировало от частичной резекции в сочетании с другими методами лечения до полной тотальной резекции с хорошими хирургическими результатами и отличными клиническими исходами. Этот прогресс был достигнут во многом благодаря лучшему пониманию патологии и совершенствованию хирургической техники и тактики. В данной работе представлены основные принципы принятия решения при выборе хирургического подхода к удалению опухолей основания передней и средней черепных ямок, основываясь 15 - летнем опыте удаления 1350 менингиом передней и средней черепных ямок и 795 аденом гипофиза в нейрохирургической клинике ГАУЗ «МКДЦ».

Решение о варианте доступа принимается на основе размера опухоли, связи опухоли с магистральными сосудами и зрительными нервами, а также размерами лобной пазухи. Основными критериями к выбору доступа являются его безопасность (степень контроля за сосудистыми магистральями и нервными структурами) и эффективность (радикальность удаления опухоли). Основными хирургическими доступами к опухолям передней черепной ямки в нашей клинике являются односторонний и двусторонний фронтальный, модифицированный орбитозигматический и птериональный. Кроме

того, при небольших размерах опухоли и локализации ее на крыше орбиты, площадке и бугорке основной кости мы часто используем малотравматичный супраорбитальный трансбровный доступ.

Менингиомы крыла клиновидной кости как правило интимно контактируют с внутренней сонной артерией (ВСА), кавернозным синусом и зрительным нервом и часто вызывают гиперостоз большого крыла основной кости. Два классических хирургических доступа к этой области - птериональный и орбитозигматический. Следует добавить, что при распространении менингиомы в полость орбиты и гиперостозе большого крыла основной кости, мы пользуемся экстрадуральным подходом к орбите, верхней и нижней глазничным щелям, а также к кавернозному синусу, сводя к минимуму травму мозга в результате его тракции и увеличивая радикальность удаления опухоли.

Патология селлярной и параселлярной локализации включает широкий спектр опухолей. Для удаления аденом гипофиза и краниофарингиом в нашей клинике мы исключительно используем трансназальные эндоскопические подходы. Но также часто необходимы транскраниальные доступы, показаниями к использованию которых являются декомпрессия зрительного аппарата, распространение опухоли за пределы трансфеноидальной досягаемости, плотная консистенция с интимным прилеганием к сосудисто-нервным структурам. Мы предпочитаем модифицированную орбитозигматическую краниотомию, поскольку она обеспечивает меньшую тракцию мозга, обеспечивает широкий доступ к параселлярной области и лучший контроль за ВСА. При опухолях селлярной и параселлярной локализации, распространяющихся в основную пазуху, ячеи решетчатой кости и крыло-небную ямку используется комбинированный одномоментный трансназальный и транскраниальный доступы.