

ЭНДОНАЗАЛЬНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ В ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗ- ГА.

Пашаев Б.Ю.^{1,2}, Бочкарев Д.В.¹, Данилов В.И.^{2,1}, Алексеев А.Г.^{1,2},
Пичугин А.А.^{1,2}, Мохов Н.В.¹, Вагапова Г.Р.^{3,1}, Шахбазова Э.С.¹, Быкова
М.Н.¹

ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр»¹, ФГБОУ ВО
«Казанский государственный медицинский университет» Минздрава Рос-
сии², Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ
ДПО РМАНПО Минздрава России³, г. Казань

Актуальность: Различные виды патологий основания черепа доступ-
ны для хирургии с помощью эндоназальных эндоскопических доступов
(ЭЭД).

Цель: Оценить эффективность ЭЭД в хирургическом лечении различ-
ных новообразований основания черепа.

Материал и методы: Ретроспективный анализ пациентов с новообра-
зованиями основания черепа, прооперированных в клинике нейрохирургии
ГАУЗ «МКДЦ» в период с 2010 по май 2021гг.

Результаты: Прооперировано 100 пациент с различными новообразо-
ваниями основания черепа. Среди патологий выделены: краниофарингиома -
27, хордома – 12, менингиома – 19, хондросаркома – 5, синоназальный рак –
7, прочие новообразования основания черепа – 30. Мужчин было 40, женщин
60. Возраст пациентов был от 18 до 76 лет, средний возраст составил 49,06
года.

Были использованы различные варианты ЭЭД к переднему, центральному и
заднему основанию черепа. Большинство из них носили расширенный харак-
тер и предусматривали многослойную реконструкцию в качестве финального

этапа хирургии. Супраселлярный/транспланарный доступ реализован в 3 наблюдениях. Транскрибриформный доступ осуществлен 6 пациентам, у 7 пациентов выполнен трансэтроидальный доступ. В 19 наблюдениях использован трансфеноидальный доступ, у 9 пациентов трансптеригоидный доступ, трансселлярный доступ выполнен у 15 пациентов, транскливальный доступ - у 13 пациентов. Радикальное удаление было достигнуто в 44 наблюдениях, почти полное удаление в 10 наблюдениях, субтотальное удаление у 18 пациентов и частичное в 20 наблюдениях. В 8 случаях выполнена биопсия патологического процесса. В 57 наблюдениях отмечена интраоперационная ликворея разного потока. У 39 пациентов в послеоперационном периоде проводилось наружное дренирование ликвора. Троим был установлен наружный вентрикулярный дренаж, 36 – наружный люмбальный дренаж. Продолжительность дренирования составила от 2 до 11 дней (Медиана – 4,36). Двоим пациентам выполнены ликворошунтирующие операции. У 12(12%/21%) пациентов реализовалась послеоперационная ликворея, явившаяся причиной менингита у 6 из них. Среди других осложнений отмечены: зрительные нарушения у 2 пациентов, в 2 случаях интраоперационное повреждение магистральных артерий, в том числе повреждение основной артерии с формированием ложной аневризмы. В одном наблюдении повреждение перфорантов стало причиной стволового инсульта. У 3-х пациентов отмечено появление/нарастание пареза VI-ЧН и у в 1 наблюдении пареза III-ЧН; 4 случая повреждения нервной ткани, в 6 наблюдениях - массивная интраоперационная кровопотеря, у 12 пациентов развился несахарный диабет, в 3-х случаях транзиторный. У 2 пациентов отмечен тромбоз глубоких вен нижних конечностей, в сочетании с ТЭЛА в одном наблюдении. Послеоперационная летальность составила 3 %.

Выводы: Эндоназальные эндоскопические доступы эффективны в хирургическом лечении различных новообразований основания черепа. В зависимости от биологической природы образований малотравматичные доступы

могут быть методом выбора в лечении пациента, обеспечивать постановку диагноза или быть частью комплексной терапии.