

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЁННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОСНО- ВАНИЯ ЧЕРЕПА.

Лазарев А.Ю., Колотвинов В.С., Парыгин С.С.

ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 40», Екатеринбург

Злокачественные опухоли основания черепа (ЗНО) представлены группой редких гетерогенных образований придаточных пазух и структур переднего основания черепа. Заболеваемость данной патологией определяется на уровне 0,83 на 100000 человек (Dutta R, Dubal PM). Близость к орбите, веществу головного мозга, черепных нервов и крупных сосудов в ряде случаев обуславливают сложность выполнения хирургической резекции.

В начале и середине 20 века хирургическая резекция в виде блочного удаления злокачественной опухоли основания черепа с высокими показателями выживаемости пациентов стала золотым стандартом. Эндоскопические подходы к ЗООЧ впервые были опубликованы в конце 1990-х годов. Внедрение данной техники стало естественным продолжением эндоскопической хирургии воспалительных заболеваний, доброкачественных новообразований придаточных пазух носа и различных вариантов назальной ликвореи.

Первично эндоскопические доступы применялись при малых стадиях местного распространения ЗООЧ. В последующем эндоскопия стала использоваться в сочетании с краниальным доступом - краниоэндоскопический подход. К настоящему времени определены показания к эндонозальным эндоскопическим доступам, опубликованы материалы по резекции опухолей поражающих и интракраниальные структуры. Философия эндоскопического подхода основана на наблюдении того, что опухоль имеет определённую зону роста, а наибольший объем опухоли заполняет наполненную воздухом синоназальную полость. Несмотря на фрагментарность резекции при эндоско-

пической технике, она позволяет выполнить максимально радикальное удаление опухоли именно в зоне первичного роста, что способствует в целом улучшению результатов лечения данной группы пациентов.

В группу наблюдения включены 48 пациентов, имевших ЗНО основания черепа. Среди больных было 64,1% мужчин и 35,9% женщин в возрасте от 25 до 77 лет, с медианой 53 года. На дооперационном этапе всем больным проводилось клинико-неврологическое обследование, различные методы нейровизуализации позволявшие определить распространённость и характер роста патологического процесса, первичная верификация опухоли проводилась во всех случаях различными методами открытой биопсии. С учетом характера роста эндоскопический вариант операции применён у 16 среди которых в 4 наблюдениях в виде краниоэндоскопического доступа. В послеоперационном периоде имелись осложнения в виде назальной ликвореи у 3 пациентов. Период наблюдения составил 22 мес., в течении которого в 2 случаях имелся рецидив опухоли. Сроки госпитализации составили в средней 6 дней после операции.

ЗНО основания черепа к настоящему времени остаются сложной для лечения группой опухолевой патологии. Применение эндоскопического подхода в настоящее время демонстрирует хорошую результативность. Эндоскопический доступ снижает риск осложнений и обеспечивает более короткое пребывание пациента в стационаре. Вероятно, золотым стандартом лечения ЗНО основания черепа на современном этапе необходимо считать наиболее верно выбранный вариант хирургического компонента лечения для максимальной резекции с меньшими осложнениями.