**ТРАНСНАЗАЛЬНОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ**

**НЕГИПОФИЗАРНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА**

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

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

*ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области»,*

*г. Калининград, МАУ «ГКБ № 40», г. Екатеринбург*

**Цель.** Определить показания и возможности радикального мало-травматичного удаления опухолей основания черепа эндоскопическим трансназальным подходом.

**Материалы и методы.** На базе МАУ «ГКБ №40», г. Екатеринбург прооперирован 61 пациент 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 ивазивном 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 (одному пациенту перед основным этапом наложен вентрикуло-перитонеальный шунт); компремировали ствол головного мозга, гипофиз и гипоталамическую область, структуры кавернозного синуса, ВСА, вызывали глазодвигательные нарушения. У части пациентов при поступлении выявлялись гипопитуитарные нарушения, явления несахарного мочеизнурения, требующие заместительной гормональной терапии. Учитывая локализацию патологического процесса, преобладали симптомы компрессии хиазмы и зрительных нервов, ствола головного мозга, гипоталомической области. Все пациенты были прооперированы трансназальным эндоскопическим доступом с использованием системы операционной нейронавигации. При различных вариантах распространения патологических процессов применялись расширенные трансназальные доступы: супраселлярный транспланарный доступ, транскливальный доступ, при врастании и обтурации опухолевыми массами кавернозного синуса применялся расширенный латероселлярный доступ, при распространении опухоли в сторону крылонёбной ямки применялся трансптеригоидный доступ. Широкая трепанация костей основания черепа позволяла осуществить доступ ко всем отделам опухоли.

**Результаты и обсуждение.** У 22 пациентов выявлены краниофа-рингиомы, у 19 – менингиомы бугорка турецкого седла и ската, 9–хордомы ската, 2–аденокарциномы основной пазухи с интракраниальным ростом, 2–эстезионейробластомы, 2 – ювенильные ангиофибромы, 1 –

параганглиома, 1–гемангиобластома, 3 – кисты кармана Ратке. 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. Чтобы избежать назальной ликвореи в послеоперационном периоде, применялся хирургический «сэндвич» из фрагментов абсорбирующей губки «Tachocomb» или искуственной ТМО, васкуляризованый лоскут из слизистой оболочки и жировой трансплантат. В некоторых случаях использовался фрагмент широкой фасции бедра и фибрин-тромбиновый клей, также средняя носовая раковина разворачивалась в сторону дефекта для придания устойчивости хирургическому «сэндвичу». Марлевые турунды и люмбальный дренаж в послеоперационном периоде использовались только у пациентов с высоким риском назальной ликвореи. После оперативного лечения пациенты находились под наблюдением в палате РАО по необходимости, но обычно не более 1-2 суток.

Осложнения в послеоперационном периоде: назальная ликворея – 4,9% (3 пациента), несахарное мочеизнурение – 14,7% (9), зрительные нарушения – 6,5% (4), глазодвигательные нарушения – 1,6% (1), менингит 3,2% (2).

Летальность: три пациента (4,9%). Причины: У одного пациента с краниофарингиомой развитие грубого диэнцефально-катаболического синдрома в результате тракционно-ишемических нарушений в гипоталамической области. У другого пациента (параганглиома) в послеоперационном периоде развился гнойный менингоэнцефалит (дооперации назальная ликворея и неоднократные менингиты в анамнезе), вследствие не выявленной вовремя скрытой назальной ликвореи, с развитием окклюзионной гидроцефалии и полиорганной недостаточности. Третий пациент с хордомой ската, «скрытая» ликворея в послеоперационном периоде с развитием тяжёлого менингоэнцефалита, не состоятельность повторной отсроченной пластики основания черепа, из-за развития гнойных осложнений. Постепенное развитие диэнцефально-катаболического синдрома, полиорганной недостаточности.

По степени удаления опухоли, тотальное удаление опухоли достигнуто у 34 пациентов, субтотальное –7, частичное –1 (все патологические процессы (42), кроме менингиом). По шкале резекции менингиом Simpson (19 пациентов): Grade I –12, Grade II и Grade III –6, Grade IV –1. Для менингиом основания черепа шкала Simpson не всегда может быть информативна.

В катамнезе (до 7 лет) достигнуто восстановление трудоспособности по шкале Карновского: (61 пациент) 21 –100%, 37 –90%. (3 пациента погибли).

**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 ви-

зуализация (нейронавигационный контроль), современные гемостатики и клеевые композиции.