

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ПОЛНОСТЬЮ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ МЕНИНГИОМ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

Чухонский А. И.¹, Шанько Ю. Г.¹, Смеянович А. Ф.¹,
Смеянович В. А.¹, Танин А. Л.², Станкевич С. К.¹,
Василевич Э. Н.¹, Журавлев В. А.², Акмырадов С. Т.¹,
Сыч Е. В.¹

¹ РНПЦ неврологии и нейрохирургии

² Белорусская медицинская академия
последипломного образования, г. Минск,

Введение. Ежегодно в нейрохирургических отделениях Республики Беларусь оперируется более тысячи пациентов с внутричерепными новообразованиями. Менингиомы составляют приблизительно 13-25% (по разным статистическим данным) от всех первичных новообразований, локализующихся внутри черепа. Частота встречаемости в Республике Беларусь на 100000 населения 2.4, среди мужчин – 1.4, среди женщин – 3.2. Это доброкачественные опухоли, берут свое начало из арахноидальных отщеплений твердой мозговой оболочки. В большинстве случаев менингиомы растут медленно и долгое время остаются не диагностированными, и дают о себе знать только, когда появляется неврологическая симптоматика в виде головных болей, нарушения зрения или других состояний, связанных с компрессией тех или иных структур мозга.

Цель. Оценить результаты хирургического лечения пациентов с менингиомами основания передней черепной ямки (ПЧЯ) транскраниальным эндоскопическим методом.

Материалы и методы. В нейрохирургических отделениях ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии» Министерства здравоохранения Республики Беларусь разработан и внедрен метод транскраниальной полностью эндоскопической хирургии опухолей основания ПЧЯ в качестве альтернативы стандартным микрохирургическим методам удаления опухолей указанной локализации. Объектом исследования являлись пациенты с менингиомами основания черепа в ПЧЯ различных возрастных групп, оперированные транскраниальным эндоскопическим и стандартным микрохирургическим методами. Транскраниальным эндоскопическим методом с июля 2013 года по настоящее время оперировано 94 пациента с менингиомами передней черепной ямки (ольфакторной ямки – 40, площадки и бугорка основной кости – 39, супраселлярные – 15). Все пациенты были оперированы с использованием полностью эндоскопических доступов – супраорбитального (70 чел. – 74,5%), трансглабеллярного (2 чел. – 2,1%) и антептерионального (22-23,4%). Общим для данных доступов в сравнении со стандартным микрохирургическим доступом является принцип хирургии «замочной скважины» при минимальном

хирургическом доступе, обеспечивающий хороший обзор опухоли и прилежащих к ней структур при минимальной тракции мозга. В группе контроля оценивались результаты лечения 64 пациентов с менигиомами основания передней черепной ямки, оперированных в период с 2009 года по 2012 гг. микрохирургическими методами. Предмет исследования – ближайшие результаты хирургического лечения (оценка неврологического статуса, данных контрольных КТ и МРТ головы, послеоперационного койко-дня).

Полученные результаты. Все пациенты были оперированы в исходном удовлетворительном состоянии. Послеоперационный период протекал у всех оперированных без осложнений. Летальных исходов в основной группе не было. В группе контроля умерла 1 пациентка. Всем пациентам (100%) основной группы было выполнено тотальное удаление опухоли, что подтверждено контрольными МРТ или КТ головы в раннем послеоперационном периоде. Пациентам контрольной группы было выполнено частичное удаление опухоли в 6 случаях (9,4%). Одному пациенту контрольной группы выполнялась реоперация в виду образования эпидуральной гематомы, второму пациенту декомпрессионная трепанация черепа в виду отека мозга. В основной группе реопераций не было. При использовании стандартных микрохирургических методов функция обоняния частично (с одной стороны) была сохранена у 16 (25%) чел., при использовании эндоскопических методов функция обоняния полностью или частично была сохранена у 57 (60,6%) чел. ($p < 0,05$). Продолжительность послеоперационного койко-дня у пациентов, оперированных транскраниальным эндоскопическим методом составил $8,13 \pm 0,32$ койко-дней, соответственно, у пациентов, оперированных стандартными микрохирургическими методами – $14,68 \pm 0,35$ койко-дней ($p < 0,05$). У пациентов основной группы, оперированных эндоскопическим методом, койко-день нахождения в отделении анестезиологии и реанимации составил 1,10, у пациентов, оперированных транскраниальным микрохирургическим методом, 1,77. Длительность операции в среднем составила 208 минут в основной группе и 276 минут в группе сравнения. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии и находятся под диспансерным наблюдением невролога и онколога по месту жительства.

Выводы. Наш опыт дает основание заключить, что использование ригидного эндоскопа и минимального транскраниального хирургического доступа для удаления менигиом ПЧЯ любого размера обеспечивало хирургическое удаление опухоли и отделение мозговых тканей, черепных нервов и сосудистых структур без применения дополнительных диссекций и тракций. Эндоскопы с различными углами зрения дали возможность панорамно визуализировать хирургическую анатомию и дать полную оценку степени внутричерепной патологии. Эндоскопическое изображение, таким образом, облегчает полную резекцию опухоли благодаря превосходной видимости через минимально инвазивный доступ.

Анализ результатов проведенных нами операций показывает, что использование полностью эндоскопического транскраниального метода хирургического лечения менингиом основания ПЧЯ обеспечивает достоверно более высокий уровень сохранения функции обоняния, достоверное снижение продолжительности стационарного лечения, снижение времени пребывания пациентов в отделении анестезиологии и реанимации и продолжительности операции по сравнению с применением стандартных транскраниальных микрохирургических методов.

Репозиторий ГРГМУ