

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИИ МЕНИНГИОМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А.В. Калиновский¹, В.В. Ступак¹, С.В. Майоров², С.Г. Струц²

¹ФГУ «Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии Росмедтехнологий», Новосибирск, Россия

²Научно-исследовательский институт лазерной физики СО РАН, Новосибирск, Россия

Актуальность проблемы хирургии менингиом основания черепа не вызывает сомнения. Частое вовлечение в опухолевый процесс черепно-мозговых нервов и магистральных сосудов головного мозга, наличие измененных костей основания черепа в ряде случаев делают радикальное удаление таких опухолей невозможным. Кроме этого, в большинстве случаев, в послеоперационном периоде усугубляется имеющийся или возникает дополнительный неврологический дефицит, что снижает качество жизни пациентов.

Целью данного исследования послужило улучшение результатов оперативного лечения больных с менингиома основания черепа.

В период с 1995 по 2008 годы включительно выполнено 238 хирургических вмешательств у 210 пациентов с менингиомами базальной локализации. 13 из них оперированы дважды, один оперирован 3 раза. Все клинические случаи были разделены на две группы. В группе исследования на этапах удаления менингиом основания черепа был использован Nd-YAG-лазер с длиной волны 1,064 мкм. Проводили фотокоагуляцию узловых части опухоли, что позволяло уменьшать ее в объеме и затем бескровно удалять. После удаления узловых части опухоли выполняли обработку матрикса в режиме коагуляции и абляции. В случаях наличия подлежащего гиперостоза или наличия интраоссальной части опухоли, так же проводили их обработку до полной коагуляции. В случаях, когда обнаруживались тесные взаимодействия опухоли с черепно-мозговыми нервами или магистральными сосудами, и ее удаление сопровождалось высоким риском их травматизации, выполняли обработку оставшихся не удаленных участков опухоли в режиме коагуляции. Данная методика применялась в 162 случаях. В контрольной группе оперировано 76 пациентов, которым лазерные технологии не применялись. Радикальность оперативного лечения оценивалась по шкале D.Simpson (1957). Оценка дефицита черепно-мозговых нервов проводилась по модифицированной шкале. Качество жизни оценивалось по модифицированной шкале Карновского (Kar-

nofsky D.A., Borchenal J.H., 1949; O'Dell M.W., Lubeck D.P., 1995). Проводился анализ средней интраоперационной кровопотери. Все обследования и их оценка проводились в дооперационном, раннем послеоперационном периоде на момент выписки и в позднем послеоперационном периоде через 1 год. Кроме этого, по данным клинического обследования и результатам визуализационных методов (МРТ и МСКТ исследование) проводилась оценка послеоперационных изменений, наличия рецидивов или признаков продолженного роста.

Как основная, так и группа исследования были сопоставимы и статистически недостоверно различались по полу, возрасту, среднему сроку наблюдения в послеоперационном периоде, исходным показателям качества жизни предоперационному неврологическому дефициту. Средняя кровопотеря в группе исследования составила $767,1329 \pm 103,4$ мл, а в группе сравнения $1091,846 \pm 170,1$ мл. Анализ рецидивов, неврологического дефицита и качества жизни в раннем и позднем послеоперационном периоде проводился в группах среди пациентов, оперированных с 1995 по 2007 годы включительно. В обеих группах проводили анализ степени радикальности удаления менингиом. В основной группе I-ая степень радикальности (по D.Simpson) достигнута у 56 человек (39,16%), II-ая – у 73 человек (51,05%), IV – у 14 человек (9,79%). В контрольной группе соответственно I-ая степень достигнута у 9 человек (13,85%), II-ая – у 35 человек (53,84%), III-ая – у 6 человек (9,23%), IV – у 15 человек (23,08%). В группе исследования дооперационный дефицит черепно-мозговых нервов выявлен у 71 пациента (61,2%), в группе сравнения – у 33 (62,3%) ($p=0,5176$). Усугубление недостаточности черепно-мозговых нервов в раннем послеоперационном периоде возникло у 31 человека в основной группе (26,7%) и у 15 человек в группе сравнения (28,3%), ($p=0,4848$). Регресс дефицита черепно-мозговых нервов в группе оперированных с лазером зафиксирован у 23 пациентов, что составило (21,1%), в группе сравнения регресс неврологической симптоматики обнаружен только у 4 пациентов

среди 48, (8,4%), ($p=0,0371$). В основной группе первичные оперативные вмешательства выполнены 124 пациентам, в контрольной – 60 пациентам. Рецидивы обнаружены у 3 человек (2,4%) в основной и у 3 человек (5%) в контрольной группе. Случаи продолженного роста (после субтотального удаления) зафиксированы у 4 пациентов (3,2%) в основной и у 4 пациентов (6,7%) в контрольной группе. Средний срок возникновения рецидивов и продолженного роста в основной группе составил 50,3 и 51,5 месяцев, а в контрольной группе 16,4 и 29,5 месяцев соответственно. До операции средний балл качества жизни в основной и контрольной группах были 72,76 и 73,15 баллов соответственно,

на момент выписки 70,59 и 68,20 баллов, и через 1 год после операции 76,99 и 76,62 балла соответственно.

Таким образом, применение ND-YAG-лазера при хирургии менингиом основания черепа уменьшает интраоперационную кровопотерю, повышает радикальность оперативного лечения, уменьшает риск рецидивирования и продолженного роста опухолей, при этом не ухудшает качество жизни в раннем и позднем послеоперационном периоде, не приводит к дополнительной травматизации черепно-мозговых нервов по сравнению с общепринятыми методами хирургического лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДСКОПА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КРАНИОФАРИНГИОМ

*Г.М. Кариев, У.У. Алтыбаев, Ж.Б. Якубов, У.М. Асадуллаев
Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. С внедрением в практику эндоскопической техники, возможности пункционного метода расширились, и стало возможным более качественно проводить операции при краниофарингиомах, локализующихся в желудочковой системе. Видеоэндоскопический метод позволил визуализировать все этапы операции, полноценнее удалять кистозный фрагмент опухоли и проводить адекватный гемостаз.

Нейроэндоскопия показала большую универсальность в лечении интра и паравентрикулярных краниофарингиом. Она может быть использована как самостоятельный метод для достижения тотального удаления опухолей, для дренирования кистозных опухолей, и в качестве ассистирующей, в комбинации с микрохирургией, или в сочетании с дополнительными методами, как радиохирургия или интراكистозное введение лекарственных препаратов.

Основными преимуществами эндоскопического метода являются минимальная агрессивность, безопасность, и эффективность.

Целью настоящей работы явилось улучшение результатов хирургического лечения краниофарингиом с применением эндоскопических методов.

Материал и методы исследования.

Работа основана на результатах наблюдений над 22 больными с краниофарингиомами, находившихся на хирургическом лечении в

Республиканском Научном Центре нейрохирургии МЗ РУз в период с 2002 по 2008 годы. Всем больным было произведена эндоскопическая эвакуация краниофарингиом с фенестрацией стенки кисты и сообщением с желудочками и цистернами головного мозга.

Возраст больных колебался от 2 до 63 лет. По полу больные распределились следующим образом: лиц женского пола – 11 (50%), – мужского 11 (50%).

Результаты исследования и их обсуждение.

Из всех 22 больных, оперированных эндоскопическим методом, у 15 были получены хорошие результаты. У 3 больных состояние осталось на прежнем уровне, у 1 больного отмечалось ухудшение состояния. Количество рецидивов в данной группе отмечалось у 7 больных. Все больные были повторно оперированы. У 3 больных в дальнейшем в отдаленные сроки развилась гипертензионная симптоматика и они были подвергнуты шунтирующим операциям (вентрикулоперитонеостомия в 2 случаях и вентрикулоцистерностомии по Торкильдсену в одном). У 2 больных, оперированных эндоскопическим методом отмечалась послеоперационная ликворея.

В зависимости от вариантов роста, состава краниофарингиом мы провели сравнение результатов лечения и исходов.