

ТРАНСОРАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА И С1-С2 ПОЗВОНКОВ И НЕОПУХОЛЕВЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ОБЛАСТИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА В УСЛОВИЯХ ЕГО НЕСТАБИЛЬНОСТИ

*А.Н. Шкарубо, А.О. Гуца, И.Н. Шевелев, Д.В. Сидоркин
ГУ НИИ нейрохирургии им.акад.Н.Н.Бурденко, РАМН, Москва, Россия*

Введение: хирургия опухолей основания черепа и краниовертебрального перехода, а также неопухолевых процессов в области ската (С0) и С1-С2 позвонков является сложным разделом в нейрохирургии. В мировой практике применяется тактика поэтапного хирургического лечения: сначала – окципитоспондилодез, затем – удаление опухоли. Известен вариант обратной последовательности этапов оперативного лечения.

Цель исследования: разработка нового способа хирургического лечения пациентов с различными патологическими процессами основания черепа и краниовертебрального перехода, сопровождающиеся нестабильностью краниовертебрального сочленения – одномоментного окципитоспондилодеза и трансорального удаления патологического очага области ската и С1-С2 позвонков.

Материал и методы: оперирован 21 пациент (9-мужчин, 12- женщин) в возрасте от 2,5 до 60 лет (медиана - 26,7 лет). В десяти случаях были хордомы основания черепа и верхне-шейных позвоночных сегментов, в 2- MTS рака почки в С1-С2 позвонки, в 1 – MTS рака молочной железы в область ската в сочетании с гемангиомой средней трети ската, в 1 – плазмоцитомы С2 позвонка, в 1- гистиоцитоз Х С1-С2 позвонков, в 1 – гигантоклеточная опухоль С2 позвонка, в 1- os odontoideum и ретроспондилолистез тела С2 позвонка, в 4 – платибазия, базиллярная импрессия и инвагинация зубовидного отростка С2 позвонка. Во всех случаях отмечена нестабильность краниовертебрального сочленения. При окципито-спондилодезе использованы: костный аутооттрансплантат и металлическая проволока в одном случае, система "Ventrofix" – в 2, система «CCD» - в 7, система «Vertex» - в 11 наблюдениях. В 20 случаях первым этапом проведен окципитоспондилодез, затем трансоральное удаление патологического очага; а в одном наблюдении первым этапом удалена опухоль

(хордома) основания черепа и С1-С2 позвонков с последующим окципитоспондилодезом. Использованы оригинальные инструменты и устройства. После удаления опухоли производилась пластика основания черепа по оригинальной, запатентованной нами методике, а также различные клеевые композиции.

Результаты и обсуждение. Метод одномоментного заднего окципитоспондилодеза и трансорального удаления патологического процесса основания черепа и/или С1-С2 позвонков позволяет: увеличить радикальность операции, что особенно важно при диффузно растущих опухолях. В 13 случаях (61,9%) патологические процессы были удалены тотально; субтотально (до 90% от первоначального объема опухоли) - 3 (все хордомы) (14,3%), частично – в 5 случаях (23,8%): 3 - хордомы, 1 - MTS молочной железы, 1 – базиллярная импрессия. Интраоперационная ликворея отмечена в 5 случаях (23,8%), послеоперационной ликвореи не было. Летальный исход отмечен в 1 случае (4,8%), на 5-е сутки после операции, вследствие кровотечения из гемангиомы смешанного типа, локализовавшейся в средней трети ската. Регресс клинических симптомов заболевания наблюдался у большинства пациентов. Катамнез прослежен у всех пациентов. Одномоментная операция сокращает пребывание пациента в стационаре и стоимость лечения, реабилитации начиналась на 3-4 день после операции.

Заключение: использование новых технологий в хирургии опухолей основания черепа и патологических процессов верхних шейных сегментах позвоночника в условиях нестабильности краниоцервикального сочленения позволяет улучшить результаты хирургического лечения, ускорить проведение реабилитации. Целесообразно расширение показаний к применению хирургических методов лечения у данной категории пациентов, которые ранее признавались практически неоперабельными.