

випадку, субтотальне в 5 випадках, часткове в одному випадку. Тотальне видалення із застосуванням розширених ЕЕТ доступів досягнуто у 31 (з 37) випадку. Радикальність видалення при застосуванні ІУЗД - 75% (27 хворих), без використання ІУЗД - 28 (58,3%) випадків. Біохімічна ремісія досягнута у 34 хворих. Ускладнення у 16 (9,6%) хворих. В групі хворих з тотально видаленими АГ кількість ускладнень складала 10 (8,8%) випадків, при субтотальному та частковому видаленні – 6(9,4%). Назальна лікворея - 12 (7,2%) хворих, окорухові порушення - 2 (1,2%) хворих, гіпопітуїтарний синдром та нецукровий діабет – 2 (1,2%) хворих.

Висновки:

Ендоскопічний ендоназальний трансфеноїдальний розширений доступ в поєднанні з інтраопераційною ультразвуковою доплерографією використовується у 97,3% є достатнім і ефективним в хірургії аденом гіпофіза із поширенням на кавернозний синус, інфраселярно.

Рецидив росту аденом гіпофіза та пов'язане з цим повторне ендоскопічне ендоназальне трансфеноїдальне видалення аденом гіпофіза проводилось у 77,8% випадках, які мали інвазивне поширення на печеристу пазуху Кносп 3 та Кносп 4.

Радикальне видалення латероселярного поширення аденом гіпофіза можливе у випадках коли пухлина не поширюється за межі печеристої пазухи. У випадках суттєвого латероселярного поширення аденом гіпофіза застосовувалась комбінація ендоскопічного ендоназального трансфеноїдального доступу та птеріонального доступу на стороні латероселярного поширення.

Ключові слова: аденоми гіпофіза, ендоскопічне ендоназальне видалення, комбіноване лікування.

*Паламар О.І., Гук А.П., Аксьонов Р.В., Тесленко Д.С., Оконський Д.І.,
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМНУ»
Відділення ендоскопічної та краніофаціальної нейрохірургії
з групою ад'ювантних методів лікування.*

ПУХЛИНИ ОСНОВИ ЧЕРЕПА. ТРАНСКРАНІАЛЬНА ХІРУРГІЯ, СУБКРАНІАЛЬНА ХІРУРГІЯ, ЕНДОСКОПІЧНІ МОЖЛИВОСТІ

Вступ: Інфра-, екстра- та параселярне поширенням пухлин на зовнішню поверхню основи черепа є завжди складними для хірурга. Складна хірургічна анатомія та розташування поряд критичних анатомічних структур, видалення кісткових структур, роблять хірургію пухлин зовнішньої поверхні черепа проблемною. (Jane J.A. et al 2001, Lobo B. et al 2015, Deganello A. et al 2019).

Мета: поліпшення результатів лікування хворих з інфра-, екстра- та параселярним поширенням пухлин на зовнішню поверхню основи черепа.

Матеріали та методи:

Проведено ретроспективний аналіз 39 пацієнтів за період 2013-2019 рр з пухлинами зовнішньої поверхні черепа та пухлинами хіазмально-селярної ділянки, у яких використовувались розширені ендоскопічні ендоназальні трансфеноїдальні (РЕЕТ) доступи. Пухлини крилопіднебінної ямки – 10, аденоми гіпофіза з інфра- та параселярним поширенням – 13, пухлини основної

пазухи – 8, пухлини петро-клівальної ділянки – 6, пухлина турецького сідла – 1. Хірургічні доступи: ЕЕТ трансптерігоїдальний – 22 (в 4-х випадках доповнений трансмаксиллярним доступом), ЕЕТ трансклівальний – 4, ЕЕТ транскавернозний доступ – 2, ЕЕТ трансетмоїдальний – 11.

Результати:

Радикальність видалення: 19 хворих – тотальне видалення; 11 – субтотальне видалення, 8 – часткове видалення, біопсія – 1 випадок.

Післяопераційна назальна лікворея спостерігалась в 1-му випадку. Нецукровий діабет – 2 випадки. Геміпарез – 1 випадок. Погіршення неврологічного дефіциту – 1 випадок. Післяопераційна летальність відсутня.

Висновки:

1. Застосування розширеного ЕЕТ трансетмоїдального доступу дозволяє досягти латеральної стінки кавернозного синуса.

2. Використання розширеного ЕЕТ трансптерігоїдального доступу дозволяє візуалізувати пухлини, що мають поширення на параклівальні відділи ВСА та латерально на крилопіднебінну ямку.

3. Збільшене поле візуалізації та розширений доступ до важко досяжних пухлин основи черепа, в порівнянні з мікрохірургічним трансназальним доступом, покращують візуалізацію та поліпшують онкологічну виживаність.

4. Застосування розширених ендоскопічних ендоназальних доступів при пухлинах з параселлярним поширенням не збільшують рівень післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: пухлини основи черепа, транскраніальна, ендоскопічна хірургія.

*Паламар О.І., Гук А.П., Тесленко Д.С., Оконський Д.І., Аксьонов Р.В.
ДУ «Інститут нейрохірургії ім.акад. А.П. Ромоданова НАМН України»
Відділення ендоскопічної та краніофасіальної нейрохірургії*

**ХІРУРГІЯ ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВИХ ПУХЛИН. ЕНДОСКОПІЧНІ
МОЖЛИВОСТІ**

Вступ: Видалення внутрішньошлуночкових пухлин мають значні ризики хірургічних втручань та можуть приводити до значних хірургічних ускладнень. Важливі функціональні зони головного мозку в оточуючих ділянках та труднощі з отриманням хірургічної візуалізації під час видалення пухлини роблять ці операції ризикованими та складними.

Матеріали і методи: В період 2015-2021 рр. нами проліковано 49 пацієнтів з пухлинами шлуночкової системи (з них 20 інвазивних пухлин в шлуночкову систему). Неврологічно: загально мозкова симптоматика присутня у всіх пацієнтів, геміплегія – 5 пацієнтів, порушення оперативної пам'яті – у 6 пацієнтів. Оклюзійна гідроцефалія - у всіх випадках. При операціях на пухлинах шлуночкової системи у всіх випадках проведено 100% ендоскопічне видалення фронтальним транскортикальним доступом.