

ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ И ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В КЛИНИКЕ НЕЙРОХИРУРГИИ

**Пашаев Б.Ю., Красножен В.Н., Бочкарев Д.В., Данилов В.И.,
Алексеев А.Г., Вагапова Г.Р., Шпанер Р.Я., Губаева А.А.,
Ибатуллин М.М., Быкова М.Н., Абдульянов В.А.**

ГУ «Межрегиональный клиничко-диагностический центр»
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»
Казань, Россия

Резюме: В работе представлены данные эндоназальной эндоскопической хирургии хиазмально-селлярной области и основания черепа в клинике нейрохирургии.

ENDONASAL ENDOSCOPIC SURGERY CHIASMOSELLAR AREA AND SKULL BASE NEUROSURGERY CLINIC GU «INTERREGIONAL CLINICAL DIAGNOSTIC CENTER»

**Pashayev B.Y., Krasnozhen V.N., Bochkarev D.V., Danilov V.I.,
Alekseev A.G., Vagapova G.R., Shpaner R.J., Gubaeva A.A.,
Ibatullin M.M., Bykov M.N., Abdulyanov V.A.**

GU «Interregional Clinical Diagnostic Center»
SEI DPO «Kazan State Medical Academy»
Medical University «Kazan State Medical University»
Kazan, Russia

Resume: The paper presents data endonasal endoscopic surgery chiasmosellar area and skull base neurosurgery clinic.

С февраля 2007 года в нейрохирургическом отделении ГУ «МКДЦ» внедрена методика трансназального, трансфеноидального микрохирургического доступа к хиазмально-селлярной области с использованием интраоперационной рентгевнавигации. По данной методике прооперировано 97 пациентов (хирурги Б.Ю.Пашаев, Д.В.Бочкарев). Из них - 91 пациент с аденомами гипофиза, 3 пациента с эндосупраселлярными краниофарингиомами, 1 пациент с опухолью основания черепа, 1 пациент с эндосупраселлярной менингиомой, 1 пациент с височно-сфеноидальным энцефалоцеле.

С октября 2009 года внедрена методика эндоназального эндоскопического доступа к хиазмально селлярной области с использованием интраоперационной рентген-навигации. По данной методике прооперировано 8 пациентов (хирург Б.Ю.Пашаев). Из них - 7 пациентов с аденомами гипофиза и 1 пациент с височно-сфеноидальным энцефалоцеле.

С февраля 2010 года внедрена методика эндоназального эндоскопического доступа к хиазмально-селлярной области с использованием интраоперационной безрамной

компьютерной нейронавигации. По данной методике прооперировано 45 пациентов (хирурги Б.Ю.Пашаев, В.Н.Красножен, Д.В.Бочкарев). Из них 34 пациента с аденомами гипофиза, 2 пациента с опухолями основания черепа, 1 пациент с эндоинфрасупрапараселлярной менингиомой, 2 пациента с супраселлярными краниофарингиомами, 5 пациентов с назоликвореей различного генеза и 1 пациент с эндосупраселлярной арахноидальной кистой.

Для верификации процесса использовались стандартные методы прямой нейровизуализации (МРТ/РКТГ-головного мозга). По показаниям проводилась МР-ангиография или мультиспиральная РКТ-ангиография. В раннем послеоперационном периоде всем пациентам выполнялся РКТГ-контроль с целью исключения осложнений (кровоизлияние в ложе удаленной опухоли и в зоне хирургического вмешательства, напряженная пневмоцефалия) и оценки радикальности хирургического вмешательства.

Изменялись показатели мозгового и экстракраниального кровообращения с помощью транскраниальной доплерографии (ТКДГ) и экстракраниального дуплексного сканирования

(ЭКДС) и оценивался риск ишемических событий у пациентов с сопутствующим стенозирующим процессом церебральных и прецеребральных артерий.

Оценка эндокринного статуса включала дооперационное исследование лабораторных показателей крови (тропные гормоны гипофиза), мониторинг суточного ритма гормонов, УЗИ-внутренних органов (УЗИ-ГБС, щитовидной железы, молочных желез, органов малого таза, предстательной железы). В послеоперационном периоде проводились повторные исследования лабораторных показателей крови и мочи для оценки наличия/отсутствия и степени выраженности эндокринной недостаточности.

Нейроофтальмологическое обследование выполнялось всем пациентам в до- и послеоперационном периодах. Исследовались острота зрения, поля зрения, картина глазного дна, наличие или отсутствие поражения глазодвигательных нервов. В послеоперационном периоде оценивалась динамика зрительных функций.

Безрамная нейронавигация осуществлялась на основании данных РКТГ-головного мозга, выполненной с рентген-контрастными метками и последующим компьютерным моделированием на установке Omnisight EXcel Integra фирмы Radionics. Навигационная система использовалась на этапах доступа, удаления и контроля удаления опухолей.

Для эндоскопических вмешательств применялось оборудование фирмы Karl Storz (торцевые телескопы 4 мм и 6 мм, а также телескоп бокового видения 30° 6мм), а так же широкоформатные телескопы фирмы Eleps (4мм торцевые и бокового видения 30° и 45°).

С 2011 года при эндоскопических доступах к основанию черепа используется метод пластики с помощью лоскута слизистой оболочки носа на сосудистой ножке (NB-flap) – всего 15 вмешательств. В одном наблюдении использован перикраниальный лоскут на сосудистой ножке после выполнения эндоназальной эндоскопической кранио-фациальной резекции по поводу опухоли основания черепа, осложненной назоликвореей.

Всего прооперировано 150 пациентов. Выполнено 161 эндоназальное вмешательство (133 по поводу аденом гипофиза).

По размеру аденомы гипофиза разделялись следующим образом:

- Микро (до 15мм) – 30
- Небольшие (16-25мм) – 46
- Средние (26-35мм) – 39
- Большие (36-59мм) – 18

По гормональной активности аденом гипофиза распределение было следующее:

- Гормонально неактивные аденомы – 69
- СТГ-секретирующие – 45
- Кортикотропинома – 7
- СТГ/ПРЛ-секретирующие – 2
- Пролактиномы – 10

Летальных исходов было 2 (от массивного субарахноидально-вентрикулярного кровоизлияния вследствие разрыва аневризмы левой средней мозговой артерии, и от грубой дисфункции гипоталамуса после удаления аденомы больших размеров.

Из осложнений зафиксированы:

- Интраоперационное повреждение внутренней сонной артерии – 1(0,6%)
- Послеоперационное кровоизлияние в области дна III желудочка – 3 (1,8%)
- Назоликворея – 12 (8%)
- Асептический менингит – 4 (2,6%)
- Тяжелый диэнцефальный синдром – 1(0,6%)
- Несахарный диабет – 16 (10,6%)
- Вторичная надпочечниковая недостаточность – 5 (3,3%)
- Мозговой соль-теряющий синдром – 1 (0,6%)
- Гипотиреоз – 3 (2,0%)
- Пангипопитуитаризм – 2 (2,2%)
- Ухудшение функции зрения – 2 (1,2%)
- Отсроченный синусит – 5 (3,3%) – пролечены амбулаторно у ЛОР-врача.

Внедрение методики эндоназального эндоскопического доступа к хиазмально-селлярной области с применением системы безрамной нейронавигации позволило расширить спектр и объем выполняемых вмешательств. Снизить частоту ряда осложнений, улучшить радикальность вмешательств. Отпала необходимость использовать рентген-навигацию.