

ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАЦИОННОЙ НЕЙРОНАВИГАЦИИ В ХИРУРГИИ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ТРАНСНАЗАЛЬНЫМ ПОДХОДОМ

Лещинский А.В., Краснов Д.Б., Горенштейн А.Е.,

Гокинаев С. Г., Ларютин Н. В., Фомин Б. Б.

ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области»,

г. Калининград

Цель. Определить возможность применения операционной нейронавигации в хирургии аденом гипофиза эндоскопическим трансназальным подходом.

Материалы и методы. В последние десятилетия в мире определяется устойчивые тенденции к минимально-инвазивной нейрохирургической технике, точной лучевой диагностике, нейромониторингу. Проведено хирургическое лечение 1205 пациентам с диагнозом: аденома гипофиза (Из них у 89 пациентов выявлены гигантские аденомы гипофиза. Пациенты были разделены на две группы: 1. 474 пациент прооперированы под нейронавигационным контролем, 2. 731 - без нейронавигации.

Все пациенты были прооперированы трансназальным подходом, угол хирургического действия позволял осуществить доступ ко всем частям опухоли, при необходимости применялись расширенные трансфеноидальные доступы. Диагноз и показания к хирургическому лечению установлены на основании клинических рекомендаций по хирургическому лечению аденом гипофиза, утвержденными Ассоциацией нейрохирургов России. Решение о проведении оперативного лечения базировалось на клинической картине, данных лабораторных методов, осмотре невролога, динамическом наблюдении эндокринолога, осмотре ЛОР врача и офтальмолога, гормонального профиля, МРТ головного мозга и гипофиза с КУ, навигационной МСКТ г\м и при необходимости КТ – ангиографии.

При удалении аденом гипофиза успешно использовалась нейронавигация, которая применялась как на сфеноидальном, так и на селлярном этапах операции. Предоперационное планирование, навигационная идентификация ВСА, границ и объема опухолевой ткани помогает вовремя дифференцировать гипофиз, хиазму, интракавернозный сегмент ВСА, кавернозные синусы, предопределяя возможные интраоперационные осложнения. Операция завершалась тщательным гемостазом полости удаленной опухоли с последующей герметизацией тахокомбом, фрагментом перегородки носа и/или фибрин – тромбиновым клеем для предотвращения послеоперационной назальной ликворреи. В ряде случаев использовался аутожир. В конце операции средняя носовая раковина устанавливалась в первоначальное положение.

Летальность: 7 пациента (0,6%). Причины: развитие грубого диэнцефально-катаболического синдрома в результате тракционно-ишемических нарушений в гипоталамической области, перфорация острой язвы желудка с развитием гнойного перитонита у одной пациентки.

Выводы: Применение нейронавигации, позволило удалить крупные аденомы гипофиза с выраженным экстраселлярным ростом без применения транскраниального доступа. При хирургии гормональноактивных микроаденом гипофиза применение нейронавигации позволяет минимально-инвазивно и максимально точно визуализировать опухоль в полости турецкого седла. Повышается радикальность удаления, уменьшается число послеоперационных осложнений, снижается послеоперационная летальность.