

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСНАЗАЛЬНАЯ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНАЯ
НЕЙРОХИРУРГИЯ КРАНИОФАРИНГЕОМ**

Черebilло В. Ю., Мкртчян В. С.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Введение: Краниофарингиомы — доброкачественные эпителиальные опухоли, развивающиеся из остатков клеток кармана Ратке, соединяющего в эмбриональном периоде полости первичной ротовой трубки с нейроэктодермой, таким образом образуя гипофиз. Предполагается также, что краниофарингиомы могут развиваться в результате метapлазии эпителиальных клеток в хиазмально-селлярной области. Опухоли могут формироваться в любом месте в проекции остатков краниофарингеального хода. Наиболее часто опухоли образуются по ходу ножки гипофиза от турецкого седла до гипоталамуса, но могут обнаруживаться и в носоглотке, основной кости или интравентрикулярно (Crotty T.B. et al, Iwasaki K. et al., Jane J.A. Jr., Laws E.R.).

Основным методом лечения является хирургическое удаление. Первое успешное трансфеноидальное удаление краниофарингиомы исполнил Albert E. Halsted в 1909 году. В том же 1909г. Harvey Cushing Кушинг описал свою первую операцию по резекции гипофиза у пациента с акромегалией. В 1911г. Oskar Hirsch опубликовал серию из 12 пациентов. Появление хирургических микроскопов и их усовершенствование произвело революцию в нейрохирургии в целом и в хирургии краниофарингиом в отдельности. Это привело к высокой степени тотальной резекции (GTR), что и было продемонстрировано в серии Yasargil et al уже 1990г. Особенно для супраселлярных КФ применялись различные транскраниальные микрохирургические доступы (транскаллезный, птериональный, субфронтальный). Начиная с 2000-ых краниофарингиомы, располагающиеся в турецком седле и отчасти за его пределами, стали удаляться эндоназальным трансфеноидальным эндоскопическим доступом, которое за последние 2 десятилетия активно развивалось. На данном этапе стало возможным радикальное удаление не только эндоселлярных краниофарингиом, но и опухолей, исходно растущих супраселлярно, в том числе и распространяющихся в III желудочек.

Материалы и методы: Было произведено ретроспективное исследование 22 пациентов с краниофарингиомами, которые были оперированы через полностью эндоскопический эндоназальный трансфеноидальный доступ в клинике нейрохирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России в период с 2016 по 2021 гг. руководителем клиники, профессором В. Ю. Черebilло. Целью операции во всех случаях была тотальная резекция (GTR). Всем пациентам проводилось пред- и послеоперационное комплексное офтальмоло-

29 – 30 сентября 2023 года, Санкт-Петербург

гическое и эндокринологическое обследование. Офтальмологическое обследование состояло из проверки остроты зрения и полей зрения. Эндокринологическая оценка состояла из пред- и послеоперационной эндокринологической оценки, включая утренний кортизол натощак, адренкортикотропный гормон, тестирование функции щитовидной железы, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, гормон роста, пролактин, сывороточный натрий и удельный вес мочи. Эндокринологическая оценка проводилась в ближайшем послеоперационном периоде, а затем повторялась через 4–6 недель после операции. Предоперационная компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) была выполнена у всех пациентов. Послеоперационная МРТ с контрастированием выполнялась для определения объема резекции через 6 недель после операции.

Результаты и обсуждения: 11 из 22 пациентов мужчины, возраст варьирует от 22 до 65 лет, размеры опухоли: от 2,9 см до 7,3 см. Все были супраселлярными КФ без роста в 3-ий желудочек. У 18 пациентов предоперационно наблюдались зрительные нарушения в виде снижения остроты зрения (у 14 пациентов) и дефекты в полях зрения (у 5 пациентов). Улучшение зрения наблюдалось у 13 пациентов, у всех у которых наблюдалось улучшение дефектов полей зрения, тогда как острота зрения улучшилась только у 8 пациентов. У 16 пациентов была дисфункция гипофиза, из которых у 4 была дисфункция задней доли гипофиза, у 10 — дисфункция передней доли гипофиза, а у 2 — пангипопитуитаризм. Улучшения функции гипофиза не наблюдалось ни у одного из пациентов. У 9 пациентов был послеоперационный несахарный диабет (НД), из них только у 1 оно персистировало.

Целью всех операций было тотальное удаление (GTR), однако у 5 пациентов удалось выполнить только субтотальное удаление. Послеоперационная лучевая терапия проводилась всем 6 пациентам с частичным иссечением. Был 1 рецидива в группе GTR, 2 в субтотальной 19 месяцев (диапазон: 8–40 месяцев) наблюдения. У 2 пациентов развилась ликворея. У 1 пациента оно спонтанно прекратилось на 3 сутках на фоне люмбального дренажа и консервативной терапии, другой были успешно реоперирован с использованием эндоназальной техники.

Полученные данные сопоставимы с лучшими результатами ранее опубликованных аналогичных серий (Cavallo et al., 2013; Laufer et al., 2007; Frank et al., 2006; Gardner et al., 2008; de Divitiis et al., 2007; Campbell et al., 2010; Leng et al., 2012; Jane et al., 2010; Koutourousiou et al., 2013; Cavallo et al., 2014).

И так, все типы селлярных, супраселлярных краниофарингиом однозначно лучше поддаются эндоназальной хирургии по сравнению с любой отдельной открытой транскраниальной техникой. Однако, трудно сравнивать транскраниальный и трансфеноидальный доступы, так как первое выполняется при больших опухолях со значительным латеральным

расширением, сосудистой оболочкой и со значительной периферической кальцификацией. О тяжелых нежелательных явлениях чаще сообщается после транскраниального доступа (37%) по сравнению с трансфеноидальным методом (5,6%) (Mortini P et al., 2011). Широкоугольная визуализация высокого разрешения и хорошие бимануальные методы способствуют лучшему сохранению эндокринной функции и более высокому уровню улучшения зрения (Fernandez-Miranda et al., 2012; Stamm et al., 2011). Сокращение послеоперационного пребывания в стационаре, низкая стоимость лечения, комфорт хирурга и комфорт пациента — являются преимуществами эндоскопической техники.