

Уменьшение времени установления диагноза связано с увеличением числа специализированных амбулаторных приемов колопроктолога, улучшением оснащения поликлиник, увеличением числа первичных биопсий.

Период от установления диагноза до начала лечения выглядит следующим образом:

- I группа – от 8 до 25 дней (в среднем 15 дней);
- II группа – от 6 до 18 дней (в среднем 10 дней).

Уменьшение времени от установления диагноза до начала лечения во втором периоде можно связать с:

- 1) улучшением преемственности между амбулаторными приемами колопроктологов и специализированным отделением;
- 2) отсутствием очереди на госпитализацию для онкобольных в отделении колопроктологии ГКБ № 40;
- 3) снижением дооперационного койко-дня в стационаре;
- 4) увеличением количества коек в реанимационном отделении.

#### **Выводы:**

1. Ухудшение показателя первых клинических признаков заболевания до обращения к врачу при РПК в период 2000-02 гг. по сравнению с 1980-82 гг. в большей степени объясняется изменением социально-экономических условий жизни и труда населения.

2. Увеличение числа амбулаторных приемов колопроктологов и преемственность в работе со специализированным отделением ускорили диагностику и начало лечения РПК в период 2000-02 гг.

## **НЕЙРОНАВИГАЦИЯ В ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ АДЕНОМ ГИПОФИЗА**

*Лецинский В.Г., Сакович В.П., Лецинский А.В.*  
г. Екатеринбург

На долю опухолей гипофиза приходится около 20% всех внутримозговых новообразований. Поскольку опухоли гипофиза чаще всего диагностируют в молодом и среднем (социально активном) возрасте и успешно лечатся, важно тщательно и своевременно диагностировать их и правильно выбрать терапевтическую и хирургическую тактику. Кроме того, большинство таких опухолей – доброкачественные, и характеризуются медленным ростом. Симптомы гипо- или гиперсекреции гипофизарных гормонов, общемозговая и очаговая неврологическая симптоматика могут быть обусловлены влиянием опухоли или

побочными эффектами лечения. Поэтому необходимо избежать риска усугубления или приобретения неврологического дефицита в ходе оперативного вмешательства. В последние десятилетия в мире определяются устойчивые тенденции к минимально-инвазивной нейрохирургической технике, точной лучевой диагностике, нейромониторингу. В клинике УМНЦ применяют удаление аденом гипофиза трансфеноидальным доступом с использованием системы нейронавигации STN "Carl Zeiss", сопряжённой с операционным микроскопом "OPMI Neuro 200". Применение системы операционной нейронавигации позволяет чётко ориентироваться в операционной ране, выбирать самый оптимальный вариант доступа, распознавать анатомические ориентиры по ходу доступа, в придаточных пазухах носа, в полости турецкого седла.

Применение нейронавигации, при которой в режиме реального времени отслеживается ход операции, позволяет отказаться от применения рентгеновского контроля интраоперационно, снизить лучевую нагрузку на хирурга и пациента. При трансфеноидальном доступе применение этой системы полностью оправдано, так как анатомические структуры, по которым хирург ориентируется в глубокой и узкой операционной ране, недвижимы. Нейронавигационная система позволяет интраоперационно, в трёхмерном пространстве, с точностью 1-2 мм, осуществлять доступ к опухоли, представлять её границы, производить удаление с минимальным воздействием на окружающие анатомические структуры: гипофиз, хиазму, кавернозные синусы, интракавернозные отделы внутренних сонных артерий.

В нашей клинике прооперировано 35 пациентов с диагнозом «аденома гипофиза» трансфеноидальным доступом с применением системы операционной нейронавигации. Методика основана на применении стереотаксической безрамной нейронавигации STN "Carl Zeiss". Перед операцией больному выполняют компьютерную томографию придаточных пазух носа в двух проекциях, что позволяет хирургу представить траекторию доступа, важные анатомические ориентиры; анатомию основной пазухи, её размеры, перегородки, отношение к «турецкому седлу». Производят магнитно-резонансную томографию, при этом к голове больного крепят специальные индикаторные метки (в данном случае, когда волосы у пациента не сбиваются, эти метки крепятся на кожу лба). Лучше всего индикаторные метки видны в T1W режиме. Данные по локальной компьютерной сети передаются в операционную на графическую станцию, на которой и строится трёхмерное изображение области интереса. После введения пациента в наркоз, установки люмбального дренажа, голова жёстко фиксируется головодержателем, к которому, в свою очередь, крепится инфракрасная каме-

ра. Затем с помощью специальной указки производится регистрация по закрепленным заранее индикаторным меткам. Происходит связывание трёхмерного изображения на мониторе графической станции с реальным положением головы пациента. Предварительно планируется траектория доступа в основную пазуху, турецкое седло; маркируются контуры опухоли, хиазма, кавернозные синусы, внутренние сонные артерии и пр. Хирург совмещает операционный микроскоп с предполагаемой траекторией, при этом на окуляры микроскопа можно вывести траекторию доступа, контуры опухоли и пр.

Операция выполняется стандартным трансфеноидальным доступом (при больших опухолях производится широкое вскрытие основной пазухи, применяются специальные длинные изогнутые кюретки, отсосы, УЗ-дезинтегратор) под нейромониторингом зрительных вызванных потенциалов (что дает возможность контролировать хирургическую «агрессивность» интраоперационно, уменьшить степень воздействия на хиазму; а также прогнозировать послеоперационный исход, восстановление зрительных функций).

Во время операции через наложенный предварительно люмбальный дренаж вводится 10-15 мл воздуха для низведения остатков опухоли. В конце операции – гемостаз с помощью гемостатической марли и губки, аргонной плазмы, биполярной коагуляции. При необходимости – пластика дефектов тахокомбом, применение фибринового клея «Тиссукол Кит» для предотвращения ликворреи. Профилактика синдрома «пустого турецкого седла» с помощью жирового аллотрансплантата.

Применение системы операционной нейронавигации позволяет наиболее щадящим способом произвести операцию, повышает радикальность удаления, уменьшает воздействие на важные анатомические структуры, помогает свободно ориентироваться в условиях узкой и глубокой раны. С применением этой системы хирургия становится более комфортной и безопасной для пациента.

Радикальность оперативного лечения определяли на основании послеоперационных МРТ (реже КТ) хиазмально-селлярной области, а также анализа гормональных изменений в крови, улучшения зрительных функций. В некоторых случаях при остатке опухоли в области кавернозных синусов производилась лучевая терапия в дозе 50-55 Гр.