

Видеоэндоскопическая ассистенция в хирургии аденом гипофиза

Х.Т. Абдулкеримов, С.А. Суслов, А.В. Пыхтеев

Уральская Государственная Медицинская Академия (УГМА),

Клиника нервных болезней и нейрохирургии УГМА, ГКБ № 40, Екатеринбург

Несмотря на то, что для удаления аденомы гипофиза (АГ) широко применяются малотравматичные подходы с использованием микрохирургической техники и современных оптических приборов, проблема лечения АГ все еще далека от своего разрешения (Гофман В.Р. с соавт., 2002; Абдулкеримов Х.Т. с соавт., 2003; Renn W. H. et. a1., 1975; Abolrig P. R. et al., 1980 и др.). Относительными недостатками транссептально-транссфеноидального доступа являются возможность развития назальной ликвореи и менингита в послеоперационном периоде, а также невозможность полного удаления опухоли при большом супраселлярном компоненте. Использование видеоэндоскопического контроля в последние годы стало обязательным условием транссфеноидального удаления аденом гипофиза, так как позволяет обеспечить панорамный обзор операционного поля с визуализацией структур опухоли.

За период 2002-2003 г.г. в клинике прооперировано 65 пациентов по поводу макроаденомы гипофиза транссептально-трансфеноидальным доступом. Во время каждого оперативного вмешательства проводилась видеоэндоскопическая ассистенция, начиная с гемитрансфикационного разреза и заканчивая пластикой верхней стенки основной пазухи. Для видеоэндоскопического контроля использовался ригидный эндоскоп фирмы "Karl Storz" с наружным диаметром 2,7 и 4,0 мм и оптикой 0,30 и 70 крад. С помощью торцевой оптики достигнута оптимизация доступа в виде сокращения времени вмешательства, за счет хорошей визуализации внутриносовых анатомических структур. При наличии затруднения доступа к клиновидной пазухе превентивно выполнялись корригирующие вмешательства на структурах полости носа. Для оценки радикальности удаления аденомы всем пациентам в дооперационном и послеоперационном периоде проводилась магнитно-резонансная томография головного мозга и околоносовых пазух. Из всех прооперированных пациентов у одной больной (в 1,5% случаев) отмечалось послеоперационное осложнение в виде назальной ликвореи, возникшей спустя 9 месяцев после оперативного вмешательства, в связи с чем больной была выполнена пластика ликворного свищевого хода с восстановлением верхней стенки клиновидной пазухи. Рецидива назальной ликвореи не наблюдалось.

Таким образом, использование видеоэндоскопического контроля во время каждого этапа оперативного вмешательства позволяет не только сократить время операции, но и обеспечить панорамный обзор с максимально радикальным удалением опухоли, а проводимая первичная пластика дефекта верхней стенки основной пазухи, существенно снизить риск развития назальной ликвореи, менингита в раннем и позднем послеоперационном периодах.