

вентральная срединная энцефалотомия. При латерально расположенных опухолях применяется доступ через среднюю ножку мозжечка и пространство между оливой и пирамидкой.

Локализация анатомических ориентиров при деформации ствола уточняется при помощи диагностической стимуляции или мониторинга стволовых вызванных ответов.

ТРАНССФЕНОИДАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ СОМАТОТРОПИНОМ ГИПОФИЗА

*В.Ю. Чербилло, В.Р.Гофман, А.В.Полежаев
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия*

Достижения последнего десятилетия коренным образом изменили тактику ведения больных, особенно при больших инвазивных аденомах. За последние 7 лет нами оперировано 1274 пациента с аденомами гипофиза трансфеноидальным доступом. По гормональной активности соматотропином было 24,8%, пролактином - 20,1%, кортикотропином - 9,1%, гонадотропином - 0,9%, тиреотропином - 0,2%, неактивных аденом гипофиза - 44,9%.

Опухоли преимущественно имели супраселлярный вариант роста - в 42% наблюдений, параселлярный в 11%, ретро-селлярный в 3%, антеселлярный в 2%, инфраселлярный в 21%. Тотальный вариант роста встретился в 11%. Эндоселлярных аденом было 3%, микроаденом - 7%.

Зрительные нарушения были у 74% оперированных больных, гормональные нарушения у 68% больных (гиперсекреция гормонов у 55%, гипопитуитарные расстройства у 13%). Общемозговая симптоматика присутствовала у 76% оперированных пациентов. Глазодвигательные нарушения - у 6%.

Среди СТГ-продуцирующих аденом доминировала клиника акромегалии со средними показателями СТГ 45,1 нг/мл, ИФР-1 - 812 мкг/л.

Выполняли эндоскопический доступ к турецкому седлу. Данный доступ минимально травматичен, позволяет избежать контакта с головным мозгом, а также разрезов на лице и голове, минимизировать до 3-5 дней пребывание в стационаре.

В отличие от ограниченного тубулярного обзора микроскопа, оптическая система

эндоскопа с боковым и ретроградным обзором 00 - 1200 позволяет осмотреть структуры, расположенные супра-, анте- и ретроселлярно, идентифицировать экстраселлярные участки опухоли, а также радикально удалить аденому при максимальной сохранности неизменной ткани аденогипофиза. Непосредственный визуальный контроль участков опухолевой ткани, захватываемых кюретками, микрощипцами или ультразвуковым отсосом позволяет избежать травматизации нормальной ткани гипофиза, тракции прилежащих нервно-сосудистых образований.

Результаты оперативных вмешательств оценивали по традиционным критериям. Радикальность определяли на основании послеоперационных МРТ хиазмально-селлярной области, а также анализа купирования гормональных изменений в крови. Опухоль удалена радикально в 87% наблюдений, субтотальное удаление отмечено в 11%, частичное в 2%. Летальность среди оперированных пациентов с соматотропиномами была нулевой. Частота рецидивов во всей группе - 11%. Гипопитуитарных расстройств после удаления аденомы не отмечено. Отмечен быстрый регресс уровня СТГ и ИФР-1.

Таким образом, интраоперационный эндовидеомониторинг позволяет дифференцировано под постоянным визуальным контролем проводить оперативное вмешательство, существенно повышает радикальность оперативных пособий, уменьшает число осложнений, нормализует гормональный фон, позволяет избежать гипопитуитарных проблем.