**ТРАНСБРОВНЫЙ МИНИДОСТУП В ХИРУРГИИ**

**ОБРАЗОВАНИЙ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ.**

**(СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)**

**Краснов Д.Б., Горенштейн А.Е., Гокинаев С.Г.,**

**Ларютин Н.В., Лещинский А.В., Фомин Б.Б.**

ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области»,

г. Калининград.

**Цель.** Изучить применение супраорбитального трансбров-

ного доступа для удаления образований хиазмально-селлярной

области как безопасную альтернативу традиционным подходам

при тщательном отборе пациентов.

**Материалы и методы:** Традиционная краниотомия (фрон-

тотемпоральная, супраорбитальная, птериональная) применя-

емая в хирургии образований хиазмально-селлярной области

имеет ряд существенных недостатков: травматичность, отно-

сительно высокий риск раневых осложнений, таких как ликво-

рея, электролитные нарушения, послеоперационная гематома,

гипо- или аносмия, эндокринные нарушения, неудовлетвори-

тельный косметический эффект. Известно, что риск послео-

перационных осложнений пропорционален размеру опухоли.

Применение супраорбитального трансбровного доступа при

условии тщательного отбора пациентов являются безопасной,

эффективной и малоинвазивной альтернативой традиционной

краниотомии.

**Результаты и обсуждения:** в нашем сообщении представ-

лен клинический случай оперативного лечения больной К. 65

лет, которой выполнено — удаление краниофарингиомы через

минимально-инвазивный супраорбитальный доступ. Пациен-

тка предъявляла жалобы на периодическую головную боль в

височной областях, головокружение, прогрессирующее ухуд-

шение остроты зрения. Больной себя считала с 2017 г., ког-

да впервые обратила внимание на снижение остроты зрения.

Резкое ухудшение зрения с сентября 2020 г., затем присоеди-

нились головные боли. При офтальмологическом осмотре до

операции острота зрения: Visus OD = 0,1; Visus OS = 0,02. При

периметрии выявлено изменение полей зрения по типу бина-

зальной гемианопсии. На глазном дне — частичная атрофия

ЗН. При МРТ г/мозга с контрастным усилением от 10.2020 г. —

в ХСО выявлено внемозговое объёмное образование кистозной

структуры с небольшим солидным компонентом, размеры опу-

холи — 2,5  2,6  2,8 см. В неврологическом статусе: отмечено

снижение зрения больше на левый глаз (счет пальцев с рассто-

яния 1 метр), шаткость в позе Ромберга. В процессе планиро-

вания операции тщательно изучались 3D-реконструкция КТ-ан-

гиографии и костный режим с целью рассчитать оптимальный

хирургический коридор и спрогнозировать пространственное

соотношение анатомии во время микрохирургического этапа

операции без ретракционного воздействия на мозг. Пациентке

была выполнена операция — супраорбитальная трансбровная

краниотомия, микрохирургическое удаление опухоли ХСО с

применением нейронавигации. По данным МРТ головного мозга с КУ в послеоперационном

периоде Ранние послеоперационные изменения в правой лобной

области. Остатки опухоли в хиазмально-селлярной области (с вто-

ричной атрофией хиазмы зрительных нервов). Гистологическое

заключение — краниофарингиома смешанного строения. Бли-

жайший послеоперационный период протекал без осложнений.

**Выводы.** Супраорбитальный трансбровный доступ имеет

ряд существенных преимуществ:

1) небольшой кожный разрез на брови с отличным косме-

тическим эффектом в последующем;

2) отсутствие ретракционного воздействия на мозг;

3) сохранение поверхностной височной артерии и лобных

ветвей лицевого нерва, которые часто травмируются при стан-

дартном птериональном подходе; 4) меньший риск раневых осложнений. Использование

мини-доступов в хирургии образований хиазмально-селляр-

ной области могут рассматриваться как вариант выбора при

небольших опухолях менее 5 см при отсутствии масс-эффекта.

