**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ**

**АДЕНОМ ГИПОФИЗА ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ТРАНСНАЗАЛЬНЫМ**

**ПОДХОДОМ**

*Лещинский А.В., Краснов Д.Б., Драй А.А., Горенштейн А.Е.,*

*Гокинаев С. Г., Ларютин Н. В., Фомин Б. Б.*

*ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области»,*

*г. Калининград, МАУ «ГКБ № 40, г. Екатеринбург*

**Цель.** Определить возможность радикального удаления больших и гигантских аденом гипофиза эндоскопическим трансназальным подходом.

**Материалы и методы.** В НХО № 1 ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области» и МАУ «ГКБ № 40» г. Екатеринбурга проведено хирургическое лечение 552 пациентам с диагнозом: аденома гипофиза (11 и 541 случай соответственно). Из них у 82 пациентов выявлены большие или гигантские аденомы гипофиза (более 36 мм и 60 мм по классификации Б.А. Кадашева и по классификации Wilson-Hardy: suprasellar extension (тип В, С) parasellar extension (тип D, E).

Применялся стандартный алгоритм обследования пациентов: МРТ головного мозга с контрастным усилением, осмотр офтальмолога с периметрией, КТ основания черепа и придаточных пазух носа, КТ – ангиография, гормональный профиль с консультацией эндокринолога, осмотр отоларинголога.

В клинической картине заболевания, учитывая размеры опухолей, преобладали симптомы зрительных и глазодвигательных нарушений, при гормонально-активных опухолях наблюдалась выраженная гиперсекреция соответствующих гормонов. У части пациентов при поступлении выявлялись гипопитуитарные нарушения, требующие заместительной гормональной терапии; у трёх пациентов преобладали симптомы нарушения ликвородинамики, в связи с ростом опухоли в дно III желудочка, окклюзионной гидроцефалией, что потребовало предварительного наложения вентрикуло-перитонеального шунта; у одной пациентки с гигантской неактивной аденомой гипофиза, первым и единственным симптомом заболевания стали эпилептические приступы. У четырёх пациентов одним из симптомов была назальная ликворея, связанная с разрушением дна турецкого седла опухолью. Три пациента были прооперированы в неотложном порядке с резко развившейся питуитарной апоплексией, с резким нарушением зрения до светоощущения и развитием диэнцефального симптомокомплекса.

При хирургическом лечении использовалась система операционной нейронавигаии. Все пациенты были прооперированы трансназальным эндоскопическим доступом, угол хирургического действия позволял осуществить доступ ко всем частям опухоли.

При различных вариантах распространения крупных аденом гипофиза применялись расширенные транссфеноидальные доступы: резецировалась площадка основной кости, для удаления антеселлярного опухолевого узла; при врастании опухоли в решётчатый лабиринт производилось вскрытие части костных ячеек, при ретроселлярном распространении трепанировались верхние и средние отделы ската, при врастании и обтурации опухолевыми массами кавернозного синуса применялся расширенный латероселлярный доступ.

Одним из основных этапов операции была реконструкция обширных дефектов ТМО и костных дефектов переднего основания черепа, когда это было необходимо. С целью избежать назальной ликвореи в послеоперационном периоде, использовалась стандартная послойная пластика с применением абсорбирующей губки «Tachocomb» или искусственной ТМО и фрагментов косточек из задних отделов перегородки носа, что в большинстве случаев было достаточным. При больших дефектах использовался васкуляризованый лоскут из слизистой оболочки, жировой трансплантат, фрагмент широкой фасции бедра и фибрин-тромбиновый клей. В некоторых случаях средняя носовая раковина разворачивалась в сторону дефекта. Марлевые турунды не использовались. На вторые сутки пациенты переводились из палаты РАО в общую палату. Люмбальные дренажи в послеоперационном периоде использовались только при высоком риске назальной ликвореи.

**Результаты и обсуждение.** У 50 пациентов выявлены гормонально неактивные аденомы гипофиза, 16-соматотропином, 15 - пролактином, 1-тиреотропинома. В одном случае выявлена аденокарцинома (неактивная аденома гипофиза). У 6 пациентов ранее выполнялось удаление аденомы гипофиза транскраниальным доступом в других клиниках. У 6-х пациентов с гигантскими аденомами выполнено двухэтапное транссфеноидальное вмешательство с разницей от трёх до шести месяцев. У 4-х пациентов комбинированное хирургическое лечение: первый этап – транссфеноидальное удаление, второй – транскраниальное удаление опухоли из кавернозного синуса и СЧЯ в одну (один пациент) или две госпитализации (три пациента).

Осложнения в послеоперационном периоде: назальная ликворея – 4,9% (4 пациента), несахарное мочеизнурение – 6,1% (5), зрительные нарушения – 6,1% (5), глазодвигательные нарушения – 2,4% (2), менингит 0%. Летальность: три пациента (3,7%). Причины: развитие диэнцефально-катаболического синдрома с водно – электролитными нарушениями, связанные с ишемическими или геморрагическими осложнениями в гипоталамической области.

В катамнезе (до 10 лет) достигнуто восстановление трудоспособности по основному синдрому заболевания (эндокринному, зрительному, неврологическому) у абсолютного большинства пациентов.

По шкале Карновского: (81 пациент) 10 – 100%, 56 – 90%, 12 – 80%. (3 пациента погибли).

**Выводы.** Применение современного микрохирургического инструмента, нейроэндоскопии, нейронавигации, современных гемостатических средств и клеевых композиций позволяет добиться существенного прогресса в хирургическом лечении больших и гигантских аденом гипофиза. Существенно расширены показания для эндоскопического трансназального доступа; повышается радикальность удаления и снижается травматичность хирургического лечения; сокращается число послеоперационных осложнений, снижается послеоперационная летальность.