

*Д.Д. ЗАБОЛОТНА, І.Р. ЦВІРІНЬКО*

## **МЕТОДИКА ТРАНССФЕНОЇДАЛЬНОГО ДОСТУПУ ЗІ ЗБЕРЕЖЕННЯМ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ КЛИНОВИДНОЇ ПАЗУХИ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ПУХЛИНАМИ СЕЛЯРНО-ХІАЗМАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ**

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»,  
(дир. – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний)*

Хірургічне лікування пацієнтів з пухлинами селярно-хіазмальної ділянки є серйозною проблемою сучасної оториноларингології та нейрохірургії в зв'язку зі складним топографо-анатомічним розташуванням новоутворень і важливих анатомічних структур даної локалізації [1, 6]. На сьогоднішній день трансфеноїдальна ендоскопічна методика використовується для лікування пацієнтів з новоутвореннями навколоселярної ділянки різної гістологічної природи [1, 9]. Враховуючи анатомію цієї області, очевидно, що доступ через основну пазуху є найпрямішим до селярно-хіазмальної ділянки.

Трансфеноїдальний доступ до турецького сідла еволюціонував від сублабіального трансептального – до трансназального доступу з використанням хірургічного мікроскопу [7]. Хоча вперше використали ендоскоп для огляду носової порожнини саме оториноларингологи, Gerard Guiot був першим нейрохірургом, який розробив ендоскопічний трансфеноїдальний доступ до основи черепа в 1963 р. [2]. Однак, він відмовився від даної маніпуляції в зв'язку з поганою візуалізацією. Згодом ендоскопія застосовувалась значно рідше, лише як додаток до мікроскопічних операцій. Jankowski і співробітники з центрального госпіталю університету Нансі в 1992 р. доповіли про перше вилучення пухлини гіпофіза у 3 пацієнтів із застосуванням лише ендоскопічного трансназального трансфеноїдального доступу до турецького сідла [3]. В подальшому з'явилось декілька піонерів в трансназальній ендоскопічній хірургії основи черепа,

включаючи Jho, Carabianca, Frank, Pasquini, які розширили межі втручання шляхом застосування трансназального ендоскопічного доступу [4-6].

Ендоскопічний ендоназальний трансфеноїдальний доступ з використанням прямого та кутового ендоскопів забезпечує повний панорамний огляд основної пазухи, а також селярної та параселярної ділянок з інтра- та екстракапсулярною візуалізацією, а також сприяє збереженню функції носа та навколоносових пазух, що підвищує якість життя пацієнта. Найбільш важливим є те, що, як доведено багатьма дослідниками, ендоскопічний трансфеноїдальний доступ покращує перебіг післяопераційного періоду пацієнта порівняно з традиційним доступом з використанням операційного мікроскопу [7-10]. Завдяки впровадженню ендоскопічного ендоназального трансфеноїдального доступу зменшилась кількість ускладнень та строки реабілітації хворих в післяопераційному періоді [1, 5].

Однак операції з використанням ендоскопа мають певну складність [11]. Тісний анатомічний взаємозв'язок порожнини носа та навколоносових пазух зі структурами основи черепа, а також здійснення доступу через вже інфіковану порожнину носа зумовлює ймовірність розвитку риногенних внутрішньочерепних ускладнень і потребує активної участі лікаря-отоларинголога на всіх етапах лікування [6, 11]. При видаленні новоутворень селярно-хіазмальної ділянки хірурги велике значення надають зручності маніпуляції інструментами та можливості