

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

широкого огляду операційного поля. Значно менше при виконанні назальної фази хірургічного втручання звертається увага на збереження слизової оболонки порожнини носа та внутрішньоносових структур.

Метою нашої роботи стала розробка способу розкриття основної пазухи при назальній фазі аденомектомії, який би дозволив максимально зберегти внутрішньоносові структури та слизову оболонку порожнини носа, а також вивчення ефективності його застосування.

Матеріали і методи

Нами проведено обстеження та післяопераційне спостереження 111 пацієнтів з доброякісними новоутвореннями селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу, які були прооперовані ендоскопічним ендоназальним трансфеноїдальним доступом в ДУ «Інституті отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» та ДУ «Інституті нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України». До дослідження було включено хворих, яким попередньо видалення новоутворень трансфеноїдальним доступом не проводилось. Жінок було 61, чоловіків – 50, вік – від 16 до 76 років.

Критерії виключення пацієнтів з дослідження: злякисні новоутворення селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу; хронічний риносинусит; тяжка супутня патологія в стадії декомпенсації; вагітність; психічні розлади.

Всі пацієнти були обстежені отоларингологом, ендокринологом, офтальмологом та нейрохірургом. Проведено інструментальну діагностику – мультиспіральну комп'ютерну томографію і магнітно-резонансну томографію головного мозку та основи черепа. Всім хворим перед хірургічним втручанням та на 3; 7 та 10-у добу після останнього проводився ендоскопічний огляд носової порожнини. Для огляду та виконання хірургічного втручання використовувався набір освітлювальної техніки, цифрової відеокамери фірми «Karl Storz» з комплектом ригідних 4-мм ендоскопів з різними кутами зору – 0°, 30° та 45°.

Для визначення об'єктивних показників носового дихання всім пацієнтам до хірургічного втручання та на 10-у добу після

операції проводилась акустична риноманометрія з використанням риноманометру MASTER SCREEN RHINO виробництва JAEGER / CAREFUSION (Німеччина).

В залежності від методики виконання доступу до клиновидної пазухи пацієнти були розподілені на 2 групи. До 1-ї (контрольної) групи було включено 47 хворих, хірургічне лікування яких проводилось за загальноприйнятою методикою доступу до селярно-хіазмальної ділянки з резекцією слизової оболонки сфеноетмоїдального заутку та внутрішньоносових структур (верхні, середні носові раковини, задні відділи перетинки носа). Септопластика не виконувалась, оскільки операційне поле розширювалось за рахунок резекції внутрішньоносових структур.

У пацієнтів 2-ї групи (54 особи) застосовувалась запропонована нами модифікація ендоскопічного ендоназального трансфеноїдального доступу зі збереженням внутрішньоносових структур та слизової оболонки сфеноетмоїдального заутку (патент на копію модель від 10.10.2017 №119698 «Спосіб доступу до основної пазухи при видаленні новоутворень селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу»). Модифікація включала такі елементи: після ретельної адреналізації та інфільтраційної анестезії слизової оболонки сфеноетмоїдального заутку візуалізувалось природне співустя основної пазухи з обох боків, яке при потребі розширювалось. Після розширення здійснювався розріз слизової оболонки серпоподібним ножом в медіальному напрямку від співустя з переходом на задні відділи перетинки носа (сформованої *rostrum sphenoidale*) (рис. 1). Слизова оболонка (невеликий за розмірами верхній та нижній клапоть) відсепаровувалась доверху та донизу. Після оголення кістки передню кісткову стінку основної пазухи скушували досередини та донизу кістковими кусачками Kerrison. Аналогічно з іншого боку проводився розтин слизової оболонки досередини та відсепаровувалась слизова оболонка. Після цього хірург приступає до знесення міжпазушної перетинки в нижніх відділах, залишків передньої стінки та *rostrum*, а також розширення передньої стінки латерально. Після видалення новоутворення, проведення пластики передньої стін-

ки турецького сідла, перед виконанням тампонади носа клапті слизової оболонки розрізнялись, вкладались зверху та знизу з обох боків, відновлюючи задні відділи перетинки носа, що в подальшому сприяло епітелізації дна основної пазухи.

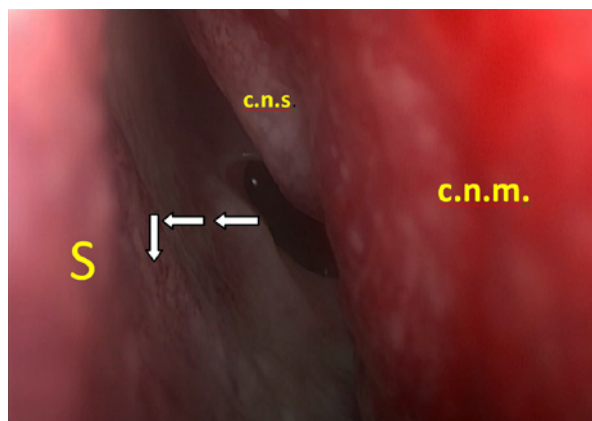


Рис. 1. Природне співустя лівої клиновидної пазухи. Схематичне зображення розтину слизової оболонки сфеноетмоїдального заутку.

Перевагами запропонованого способу є простота виконання, відсутність потреби в спеціальному обладнанні; одночасна перфорація міжпазушної перетинки дає можливість розширити операційне поле, а також зберегти слизову оболонку передньої стінки основної пазухи, в товщі нижньої частини якої йдуть гілки а. sphenopalatina, що живлять задні відділи носової перетинки. За рахунок збереження гілок останньої зменшується інтраопераційна кровоточивість.

При наявності у пацієнтів 2-ї групи значного викривлення носової перетинки, що обумовлювало неможливість доступу до сфеноетмоїдального заутку, на почат-

ковому етапі операції виконувалась септопластика.

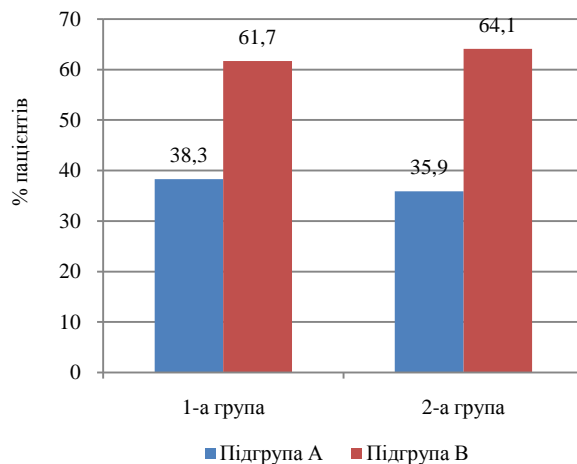


Рис. 2. Розподіл пацієнтів досліджуваних груп на підгрупи в залежності від використання назосептального клаптя.

При наявності інтраопераційної ліквореї або значних дефектів основи черепа, які могли б спровокувати виникнення ліквореї в післяопераційному періоді, проводилась пластика дефекту за допомогою назосептального клаптя [12]. Тому для оцінки стану слизової оболонки порожнини носа в післяопераційному періоді пацієнтів обох груп було розподілено на 2 підгрупи (рис. 2). До підгруп 1А та 2А було включено хворих, яким під час проведення хірургічного втручання проводилась пластика дефекту за допомогою назосептального клаптя. До підгруп 1В та 2В увійшли пацієнти, у яких у взятті назосептального клаптя не було необхідності.

Таблиця 1

Результати гістопатологічного дослідження пухлин, видалених під час хірургічного втручання

Групи	Гістологічний тип пухлини					
	функціональна аденома	нефункціональна аденома	краніофарингіома	менінгіома	парагангліома	хондроміксоїдна фіброма
	% пацієнтів					
1А	44,4%	44,4%	-	5,6%	-	5,6%
1В	38,0%	55,2%	3,4%	3,4%	-	-
2А	47,8%	52,2%	-	-	-	-
2В	48,8%	36,6%	4,9%	7,3%	2,4%	-

Після хірургічного видалення новоутворень були проведені гістопатологічні дослідження, результати яких представлено в табл. 1.

Результати дослідження

Ефективність застосування запропонованого способу сфенотомії зі збереженням слизової оболонки сфеноетмоїдального закутку оцінювалась в динаміці післяопераційного спостереження – на 3; 7 та 10-у добу. Пацієнтам проводилося ендоскопічне обстеження порожнини носа та проводилась оцінка стану слизової оболонки порожнини носа – наявність набряку слизової оболонки порожнини носа, кірок, фібринових згортків та виділень в носових ходах [13]. На рис. 3 представлено наявність кірок в порожнині носа у пацієнтів обох груп на 3-ю добу після хірургічного втручання.

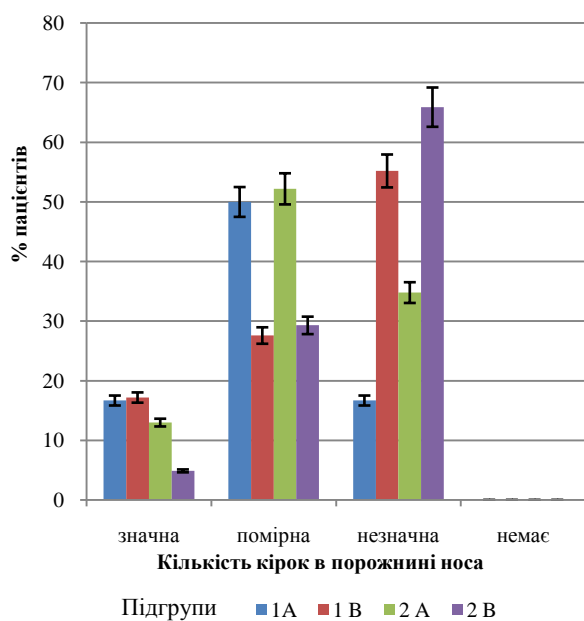


Рис. 3. Стан слизової оболонки, який оцінювався за наявністю кірок в порожнині носа, у обстежених пацієнтів через 3 доби після хірургічного втручання.

Як видно з даних, представлених на рис. 3, післяопераційні зміни слизової оболонки порожнини носа, які оцінювались за наявністю кірок, спостерігались у всіх хворих обстежених груп. Проте в підгрупі 2B, пацієнти якої були прооперовані за запропонованою нами методикою без застосу-

вання назосептального клаптя, відсоток осіб зі значною кількістю кірок був достовірно меншим, ніж в інших підгрупах, а з незначною кількістю кірок – достовірно більшим ($p < 0,05$).

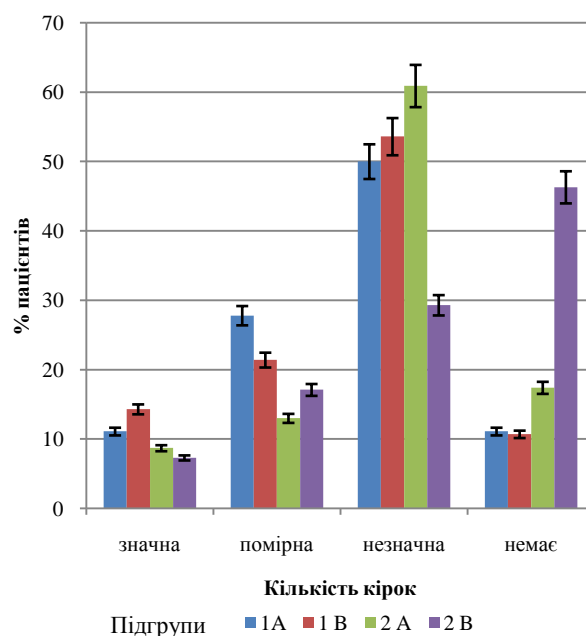


Рис. 4. Стан слизової оболонки, який оцінювався за наявністю кірок в порожнині носа, у обстежених пацієнтів через 7 днів після хірургічного втручання.

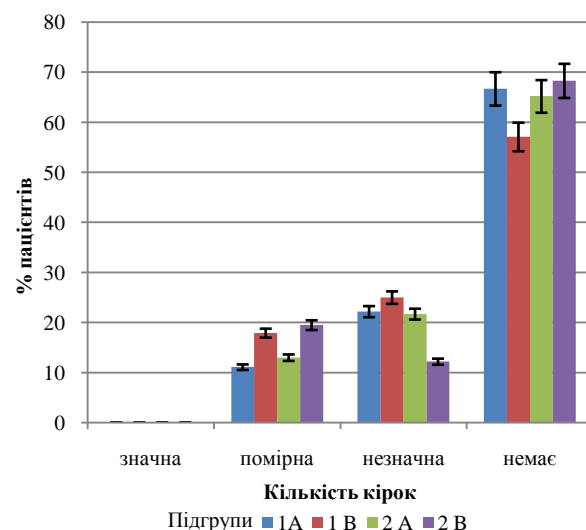


Рис. 5. Стан слизової оболонки, який оцінювався за наявністю кірок в порожнині носа, у обстежених пацієнтів через 10 днів після хірургічного втручання.

Слід відмітити, що у пацієнтів 2-ї групи стан слизової оболонки порожнини носа відновлювався достовірно швидше, що підтверджується результатами, отриманими на 7-у добу спостереження: після хірургічного видалення новоутворень в обох підгрупах 2-ї групи відсоток осіб зі значною кількістю кірок був достовірно меншим, ніж в обох підгрупах 1-ї групи, також кількість осіб з відсутністю кірок в порожнині носа була достовірно більшою, ніж в 1-й групі ($p < 0,05$) (рис. 4).

На 10-у добу, як видно з даних, представлених на рис. 5, у всіх обстежених спостерігається відновлення слизової оболонки порожнини носа. У більшості пацієнтів усіх підгруп кірок в носових ходах не було (статистично достовірної різниці між групами не виявлено).

Ступінь набряку слизової оболонки порожнини носа у пацієнтів обох груп оцінювався під час проведення ендоскопічного обстеження порожнини носа, результати представлено в табл. 2.

Таблиця 2

Ступінь набряку слизової оболонки порожнини носа у пацієнтів обох груп в післяопераційному періоді

Ступінь набряку	Групи хворих											
	1A	1B	2A	2B	1A	1B	2A	2B	1A	1B	2A	2B
	строки спостереження											
	3-а доба				7-а доба				10-а доба			
	кількість пацієнтів (%)											
Значний	27,8%*	17,2%	17,4%*	12,2%	0%	10,7%	0%	9,8%	0	0	0	4,8%
Помірний	33,3%*	41,4%*	60,9%*	24,4%*, #	33,3%*	17,8%	13,0%*	14,6%*	11,1%	17,9%	13,0%	12,2%*
Незначний	38,9%*	41,4%*	21,7%*	63,4%*, #	66,7%	50,0%	73,9%	46,3%#	22,2%	21,4%	26,1%	9,8%*, #
Немає					0	21,4%	13,0%*	29,3%#	66,7%	60,7%	60,9%	73,2%

Примітки: * - статистично достовірна різниця між відповідними підгрупами різних груп; # - статистично достовірна різниця між підгрупами 2-ї групи.

Як видно з представлених даних, на 3-ю добу спостереження кількість пацієнтів зі значним набряком слизової оболонки порожнини носа була статистично достовірно більшою в підгрупі 1A, ніж в підгрупі 2A (27,8% та 17,4%, відповідно; $p < 0,05$). Кількість пацієнтів з незначним набряком була статистично достовірно більшою в підгрупі 2B, аніж у відповідній підгрупі 1-ї групи (63,4% проти 41,1%) та в підгрупі 2A (63,4% проти 21,7%). Тобто, через 3 доби після хірургічного втручання у більшості пацієнтів, прооперованих запропонованим нами модифікованим способом, спостерігається незначний набряк слизової оболонки порожнини носа, а найкращий результат відмічено в підгрупі, де не було потреби в застосуванні назосептального клаптя. Через 7 та 10 діб після хірургічного втручання у обстежених пацієнтів всіх підгруп

спостерігається подальше зменшення набряку слизової оболонки порожнини носа, найкращий результат відмічено в підгрупі 2B.

Пацієнтам до хірургічного втручання та на 10-у добу після операції проводилась оцінка носового дихання за допомогою чотирьохфазної акустичної риноманометрії. Вимірювались показники потоку повітря на вдиху справа (FIR) та зліва (FIL), на видиху справа та зліва (FER та FEL, відповідно), а також резистентності (опору) на вдиху та видиху справа та зліва (RIR, RIL та RER, REL) (рис. 6-9).

З даних, представлених на рис. 6 (показники потоку повітря на вдиху та видиху у обстежених хворих до планового хірургічного втручання), видно, що статистично достовірної різниці між групами не спостерігалось.

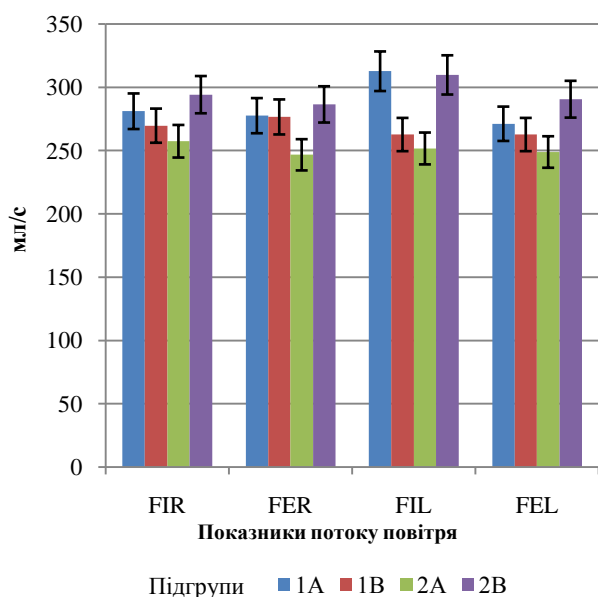


Рис. 6. Результати акустичної риноманометрії до хірургічного лікування.

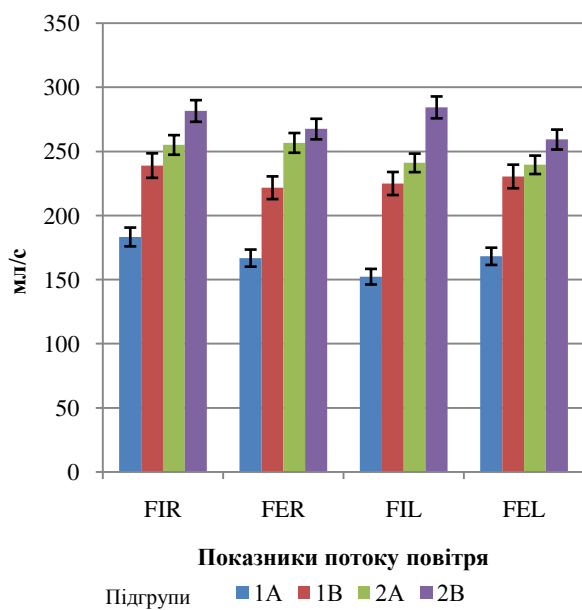


Рис. 7. Показники потоку повітря на 10-у добу після хірургічного втручання

Як видно з даних, представлених на рис. 7, у пацієнтів 1-ї групи, порівняно з хворими 2-ї групи, на 10-у добу після хірургічного втручання спостерігається достовірно менший потік повітря на вдиху і видиху з обох сторін. Найкращі показники отримано у обстежених підгрупи 2B, де спостерігалась мінімальна травматизація внутрішньоносових структур.

Крім потоку повітря, оцінювалась також резистентність (опірність) носових

структур потоку повітря (рис. 8-9). Як видно з даних, представлених на рис. 8, статистичної різниці в опірності повітря у пацієнтів обох груп до хірургічного лікування не було. На 10-у добу після хірургічного лікування найменша резистентність, а, відповідно, і краще носове дихання визначено у пацієнтів підгрупи 2B (рис. 9).

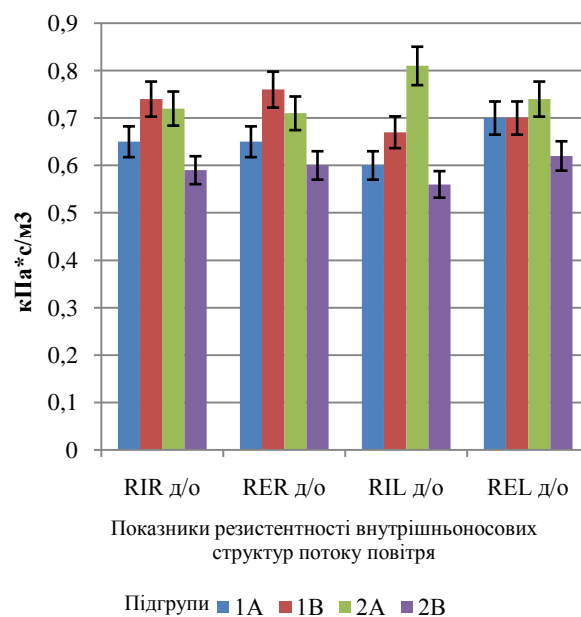


Рис. 8. Показники резистентності носових структур потоку повітря до хірургічного втручання (за даними акустичної риноманометрії).

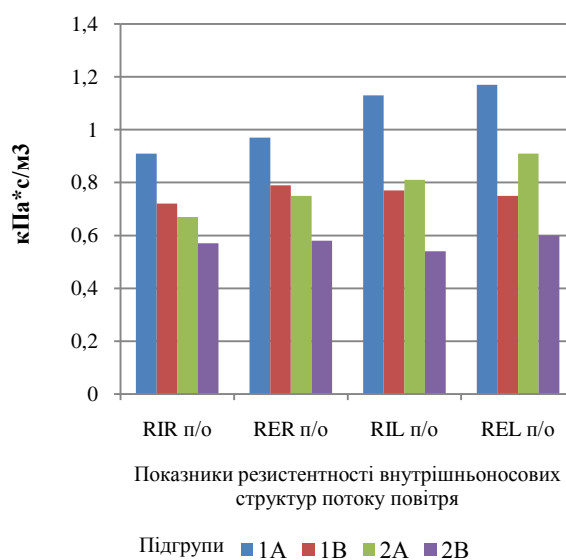


Рис. 9. Показники резистентності носових структур потоку повітря після хірургічного втручання (за даними акустичної риноманометрії).

Висновки

Таким чином, застосований нами модифікований ендоскопічний ендоназальний трансфеноїдальний доступ до селярно-хізмальної ділянки у хворих з пухлинами цієї

області, дозволяє зберегти внутрішньоносові структури та слизову оболонку сфеноетмоїдального закутку, що сприяє достовірно швидшому загоюванню післяопераційної рани та відновленню носового дихання у цих пацієнтів.

Література

1. Фомочкина Л.А. Оториноларингологические аспекты эндоскопической трансфеноидальной хирургии новообразований трансселлярной области: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2012. – 20 с.
2. Oostra A., van Furth W., Georgalas C. Extended endoscopic endonasal skull base surgery: from the sellata to the anterior and posterior cranial fossa // ANZ J Surg. – 2012. – Vol. 82, №3. – P.122-130.
3. Guiot G., Rougerie J., Fourestier M., et al. Une nouvelle technique endoscopique: Explorations endoscopiques intracrâniennes // Presse Med. – 1963. – Vol. 72. – P.1225-1231.
4. Jankowski R.D., Auque J., Simon C., Marchal J.C., Hepner H., Way-off M. Endoscopic pituitary tumor surgery // Laryngoscope. – 1992. – Vol. 102, №2. – P.198-202.
5. Jho H.D. Endoscopic transsphenoidal surgery // J. Neurooncol. – 2001. – Vol. 54, №2. – P.187-195.
6. Cappabianca P., Cavallo L.M., Colao A., et al. Endoscopic endonasal transsphenoidal approach: outcome analysis of 100 consecutive procedures // Minim. Invasive Neurosurg. – 2002. – Vol. 45, №4. – P.193-200.
7. Frank G., Pasquini E., Farneti G., Mazzatenta D., Sciarretta V., Grasso V., Fustini M.F. The endoscopic versus the traditional approach in pituitary surgery // Neuroendocrinology. – 2006. – Vol. 83, № 3-4. – P. 240-248.
8. Cho D.Y., Liao W.R. Comparison of endonasal endoscopic surgery and sublabial microsurgery for prolactinomas // Surg. Neurol. – 2002. – Vol. 58, №6. – P.371-376.
9. Shahlaie K., McLaughlin N., Kassam A.B., Kelly D.F. The role of outcomes data for assessing the expertise of a pituitary surgeon // Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes. – 2010. – Vol. 17, №4. – P. 369-376.
10. Tabaei A., Anand V.K., Barryn Y., et al. Endoscopic pituitary surgery: a systematic review and meta-analysis // J. Neurosurg. – 2009. – Vol. 111, №3. – P. 545-554.
11. Goudakos J.K., Markou K.D., Georgalas C. Endoscopic versus microscopic trans-sphenoidal pituitary surgery: a systematic review and meta-analysis // Clin. Otolaryngol. – 2011. – Vol. 36, №3. – P. 212-220.
12. Hadad G., Bassagasteguy L., Carrara R., Mataza J., Kassam A., Snyderman C., Mintz A. A novel reconstructive technique after endoscopic expanded endonasal approaches: Vascular pedicle nasoseptal flap // Laryngoscope. – 2006. – Vol. 116. – P.1882-1886.
13. Lund V.J., Kennedy D.W. Quantification for staging sinusitis. In: Kennedy D.W., editor. International Conference on Sinus Disease: Terminology, Staging, Therapy // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1995. – Vol. 104 (Suppl. 167). – P. 17-21.

References

1. Fomochkina LA Otorhinolaryngological aspects of endoscopic transsphenoidal surgery of tumors of the transsellar region [dissertation]. Moscow;2012:20 p. Russian.
2. Oostra A, van Furth W, Georgalas C Extended endoscopic endonasal skull base surgery: from the sella to the anterior and posterior cranial fossa. ANZ J Surg. 2012;82(3):122-30.
3. Guiot G, Rougerie J, Fourestier M Une nouvelle technique endoscopique: Explorations endoscopiques intracrâniennes. Presse Med. 1963;72:1225-31.
4. Jankowski RD, Auque J, Simon C, Marchal JC, Hepner H, Way-off M Endoscopic pituitary tumor surgery. Laryngoscope. 1992;102(2) :198-202.
5. Jho HD Endoscopic transsphenoidal surgery. J Neurooncol. 2001;54(2):187-95.
6. Cappabianca P, Cavallo LM, Colao A Endoscopic endonasal transsphenoidal approach: outcome analysis of 100 consecutive procedures. Minim Invasive Neurosurg. 2002;45(4):193-200.
7. Frank G, Pasquini E, Farneti G, Mazzatenta D, Sciarretta V, Grasso V, Fustini MF The endoscopic versus the traditional approach in pituitary surgery. Neuroendocrinology. 2006;83(3-4):240-8.
8. Cho DY, Liao WR Comparison of endonasal endoscopic surgery and sublabial microsurgery for prolactinomas. Surg Neurol. 2002;58(6):371-6.

9. Shahlaie K, McLaughlin N, Kassam AB, Kelly DF The role of outcomes data for assessing the expertise of a pituitary surgeon. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2010;17(4):369-76.
10. Tabaei A, Anand VK, Barryn Y Endoscopic pituitary surgery: a systematic review and meta-analysis. *J Neurosurg.* 2009;111(3):545-54.
11. Goudakos JK, Markou KD, Georgalas C Endoscopic versus microscopic trans-sphenoidal pituitary surgery: a systematic review and meta-analysis. *Clin Otolaryngol.* 2011;36(3):212-20.
12. Hadad G, Bassagasteguy L, Carrara R, Mataza J, Kassam A, Snyderman C, Mintz A. A novel reconstructive technique after endoscopic expanded endonasal approaches: Vascular pedicle nasoseptal flap. *Laryngoscope.* 2006;116:1882-6.
13. Lund VJ, Kennedy DW Quantification for staging sinusitis. In: Kennedy DW, editor. *International Conference on Sinus Disease: Terminology, Staging, Therapy.* *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1995;104 (Suppl. 167):17-21.

Надійшла до редакції 03.07.17

© Д.І. Заболотна, І.Р. Цвіринько, 2017

МЕТОДИКА ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОГО ДОСТУПА С СОХРАНЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ СЕЛЛЯРНО-ХИАЗМАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Заболотная Д.Д., Цвирицько І.Р. (Київ)

А н н о т а ц и я

Хирургическое лечение пациентов с опухолями селлярно-хиазмального участка является серьезной проблемой современной оториноларингологии и нейрохирургии. При удалении новообразований селлярно-хиазмального участка хирурги большое значение придают возможности широкого обзора операционного поля. Значительно меньше внимания при выполнении назальной фазы хирургического вмешательства уделяется сохранению слизистой оболочки и внутриносовых структур.

Целью работы стала разработка способа раскрытия основной пазухи при назальной фазе аденомэктомии с максимальным сохранением внутриносовых структур и слизистой оболочки полости носа, а также определению эффективности его применения.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты с доброкачественными новообразованиями хиазмально-селлярной области и кавернозного синуса, которым проводилось эндоскопическое эндоназальное трансфеноидальное удаление новообразований. Все пациенты в зависимости от методики выполнения доступа к клиновидной пазухе были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошло 47 пациентов, хирургическое лечение которых проводили по общепринятой методике доступа к хиазмально-селлярной области с резекцией слизистой оболочки сфеноэктоидального угла и внутриносовых структур (верхние и средние носовые раковины, задние отделы перегородки носа). Пациентам 2-й группы (54 обследованных) задние отделы носовой перегородки сохраняли, средние носовые раковины медиализировали, слизистую оболочку сфеноэктоидального угла сохраняли путем формирования двух лоскутов слизистой оболочки передней стенки клиновидной пазухи. При наличии у пациентов 2-й группы значительного искривления перегородки носа, что обуславливало невозможность доступа к сфеноэктоидальному углу, на начальном этапе операции осуществляли септопластику. Пациенты обеих групп были подразделены на 2 подгруппы – в подгруппы 1А и 2А были включены больные, которым во время проведения хирургического вмешательства проводилась пластика дефекта с помощью назосептального лоскута, в подгруппы 1В и 2В вошли пациенты, у которых во взятии назосептального лоскута не было необходимости.

Результаты. Эффективность предложенного способа хирургического доступа оценивалась в динамике послеоперационного наблюдения – на 3, 7 и 10-е сутки. Оценка проводилась по локальным критериям – наличию и выраженности отека слизистой оболочки полости носа, количеству корок в полости носа, фибриновых сгустков и выделений в носовых ходах. Также проводилась объективная оценка носового дыхания с помощью четырехфазной акустической риноанометрии.

Показано, что у пациентов 2-й группы определялся статистически достоверно меньший отек слизистой оболочки полости носа, более быстрая очистка от корок и фибриновых сгустков, а также лучшие показатели носового дыхания.

Выводы. Сохранение внутриносовых структур и слизистой оболочки полости носа при эндоскопических эндоназальных операциях у больных с опухолями хиазмально-селлярной области способствует более быстрому заживлению послеоперационной раны, более быстрому восстановлению носового дыхания у больных, а также уменьшает количество осложнений в послеоперационном периоде.

THE METHOD OF TRANSSFENOIDAL APPROACH WITH PRESERVATION OF THE ANTERIOR WALL MUCOSA OF THE SPHENOID SINUS IN THE SURGICAL TREATMENT PATIENTS WITH BENIGN TUMORS OF THE SELLAR AREA

Zabolotna DD, Tsvirinko IR

State institution «O.S. Kolomiychenko Institute of Otolaryngology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine»; e-mail: amtc@kndio.kiev.ua

Abstract

A surgical treatment tumor of the sellar region is a serious problem of modern otorhinolaryngology and neurosurgery. During removing neoplasms of the sellar region, surgeons attach great importance to have wide surgery view. Significantly less attention is given to the preservation of the mucous membrane and intranasal structures during the nasal phase of surgical intervention.

The aim of the study was the development of the sphenotomy during the nasal phase of adenomectomy with maximum preservation of the intranasal structures and mucosa of the nasal cavity, and determination of the effectiveness of its application.

Materials and methods: The study included patients with benign neoplasms of the sellar area and cavernous sinus, which were undergoing endoscopic endonasal transsfenoidal removing of neoplasms. All patients, depending on the method of approach to the sphenoidal sinus, were divided into 2 groups. 1 group included 47 patients, surgical treatment of which was carried out according to the generally accepted method of approach to the sellar region with resection of the sphenothmoidal mucosa and intranasal structures (upper and middle nasal turbinates, posterior part of the nasal septum). In patients from the 2nd group (54 examined) the posterior sections of the nasal septum were retained, the medial nasal turbinates were medialized. The mucosa of the sphenothmoidal recess was preserved by forming two flaps of the anterior wall mucosa of the sphenoid sinus. If the patients of the second group had a deviation of the nasal septum, which caused the inability to approach to the sphenothmoidal recess, septoplasty was carried out at the initial stage of the surgery. Both groups were divided into 2 subgroups – subgroups 1A and 2A included patients who had a nasoseptal flap made, subgroups 1B and 2B included patients who had no need of making the nasoseptal flap.

Results: The effectiveness of the proposed method of surgical approach was evaluated during the follow up on the 3rd, 7th, and 10th days. The evaluation was based on local criteria – the presence and degree of swelling of the nasal cavity mucosa, the presence of crust in the nasal cavity, fibrinous convolutions, and mucous discharge in the nasal cavity. An objective assessment of nasal breathing was also carried out using four-phase acoustic rhinomanometry.

It was shown that patients of the 2nd group determined a statistically significant lower swelling of the mucosa of the nasal cavity, faster cleaning of the crust and fibrinous convolutions, as well as the best indices of nasal breathing.

Conclusions. Preserving of the intranasal structures and nasal mucosa during endoscopic endonasal surgical interventions in patients with tumors of the sellar area contributes to faster healing of the postoperative wound, faster restoration of nasal breathing in patients in the postoperative period.