

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО МОНИТОРИНГА ЗРИТЕЛЬНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ

*С.А. Аникин, В.Е. Олюшин, Т.Н. Фадеева, А.Ю. Улитин
Российский научно – исследовательский нейрохирургический институт
им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург, Россия*

Применение интраоперационного мониторинга зрительных вызванных потенциалов на всех этапах операции при удалении опухолей хиазмально-селлярной области уменьшает количество нейроофтальмологических осложнений в раннем послеоперационном периоде в среднем в 1,3 раза.

Опухоли хиазмально-селлярной области (аденомы гипофиза, краниофарингиомы, менингиомы селлярной области) встречаются довольно часто: так аденомы гипофиза составляют от 6,7 до 18% среди первичных опухолей головного мозга, а менингиомы бугорка турецкого седла составляют от 7 до 9% всех менингиом головного мозга или $\frac{1}{4}$ часть базальных менингиом. Опухоли хиазмально-селлярной области поражают преимущественно людей трудоспособного возраста. Расположение опухоли в непосредственной близости к зрительным нервам и хиазме, образованиям дна III желудочка, а также внутренним сонным артериям и её магистральным ветвям обуславливает клиническую картину заболевания и исключительную сложность хирургического лечения этих больных. Развивающиеся нарушения зрительных функций, а также эндокринные нарушения являются основными причинами снижения трудоспособности.

Остаётся довольно высоким число осложнений при опухолях этой локализации. На современном этапе развития нейрохирургии и нейроанестезиологии частота развития осложнений после удаления опухолей селлярного региона составляет 13-18% в зависимости от гистологии, размеров и направления роста опухоли.

Из-за медленного роста и доброкачественного течения опухоли хиазмально-селлярной области часто диагностируются лишь достигнув больших размеров. Локализация данной группы новообразований предопределяет их своеобразную симптоматику, в которой ведущее место занимают зрительные расстройства и эндокринные нарушения.

Работа основана на анализе комплексного исследования 145 больных с опухолями хиазмально-селлярной области, наблюдавшихся

в отделение опухолей головного и спинного мозга РНХИ им. проф. А.Л. Поленова в период с 2004 по 2008 г. Возраст больных колебался от 18 до 74 лет. Женщин было 91, мужчин - 54. Преобладало количество больных в возрастном интервале от 20 до 59 лет – 110 (75,9%) человек.

Все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа, (контрольная) 101 больных: аденома гипофиза – 56 (56,4%) наблюдений; менингиома селлярной локализации (ольфакторной ямки, диафрагмы и бугорка турецкого седла, площадки клиновидной кости) – 30 (30,3%); краниофарингиома – 15 (15,3%); 2-я группа, применялся интраоперационный мониторинг зрительных вызванных потенциалов, 44 человека: у больных с аденомой гипофиза – 17 (38,6%) наблюдений; с менингиомой селлярной локализации – 19 (43,2%); с краниофарингиомой – 8 (18,2%).

Группы пациентов были репрезентативны по полу, возрасту, размеру объёмного образования, степени офтальмологических и неврологических выпадений.

Постоянный мониторинг зрительных вызванных потенциалов позволяет оценивать изменение состояния зрительной функции и прогнозировать её изменение в послеоперационном периоде.

Во время операции в хиазмально-селлярной области сохранение функции зрительных нервов является первостепенной задачей. Нужно учесть, что зрительные нервы очень чувствительны к любым манипуляциям, в особенности с использованием биполярной коагуляции и в них легко возникает нарушение кровообращения.

Применение методики интраоперационного нейрофизиологического мониторинга позволяет прогнозировать динамику зрительных функций в послеоперационном периоде и избежать их ухудшения часто в ущерб радикальности удаления опухоли. В группе пациентов у которых применялся интраоперационный мониторинг зрительных вызванных потенциалов улучшение зрения в послеоперационном периоде была в среднем 1,3 раза чаще, чем в контрольной группе, наиболее существенная разница была у пациентов с менингиомой селлярной области.