



ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ГИПОФИЗА

Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Мендибаев К.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, Национальный госпиталь МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В работе представлены результаты обследования 63 больных с опухолями гипофиза. Показаны результаты использования при инструментальном обследовании компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии. 52 больным было проведено хирургическое лечение. Показаны методика и результаты хирургических вмешательств.

Ключевые слова: аденома гипофиза, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, хирургическое лечение.

PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND SURGERY FOR PITUITARY ADENOMAS

Mamytov M.M., Yrysov K.B., Mendibaev K.T.

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I. K. Akhunbaev, National Hospital of Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan

Resume. Results of diagnosis using computed tomography and magnetic resonance imaging in 63 patients with pituitary adenomas have presented. Out of the patients 52 underwent surgical excision. Methods and results of surgical interventions demonstrated.

Key words: pituitary adenomas, computed tomography, magnetic resonance imaging, surgical excision.

ГИПОФИЗ АДЕНОМАЛАРЫН АНЫКТООНУН ЖАНА ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛООНУН МАСЕЛЕЛЕРИ

Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Мендибаев К.Т.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Улуттук Госпиталь, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду. Гипофиз аденомаларынан жабыркаган 63 бейтаптын компьютердик жана магниттик резонанстык томографиялык изилдөө жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Бейтаптардын ичинен 52си хирургиялык ыкма менен дарыланылган. Хирургиялык ыкмалар жана хирургиялык дарылоонун жыйынтыктары сүрөттөлгөн.

Негизги сөздөр: гипофиз аденомалары, компьютердик томография, магниттик резонанстык томография, хирургиялык дарылоо.

Актуальность проблемы. Опухоли гипофиза по частоте занимают третье место среди новообразований центральной нервной системы и составляют от 5 до 17%. Результаты оперативного лечения опухолей гипофиза зависят от многих факторов, прежде всего, от стадии развития опухоли и объема проведенной операции. В связи с развитием методов хирургического, консервативного и лучевого лечения, проблема точной диагностики опухолей гипофиза приобретает особую актуальность [1, 2, 3].

В связи с развитием компьютерных технологий в медицине, в том числе в области диагностики заболеваний головного мозга, появились новые возможности прямой неинвазивной визуализации головного мозга и мониторинга его функций, как в диагностических, так и

в исследовательских целях. Также значительно расширились знания по патогенезу и саногенезу многих заболеваний центральной нервной системы, в том числе и опухолей гипофиза. Применение компьютерной томографии (КТГ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) коренным образом изменило возможность типической диагностики опухолей гипофиза, особенно на ранних стадиях заболевания. КТГ и МРТ позволяют получать более полное представление о величине, функциональной характеристике и распространенности опухоли. МРТ существенно дополняет данные КТГ, являясь неинвазивным и безопасным методом, исключая воздействие на организм больного ионизирующей радиации. МРТ позволяет получать томограммы с высокой контрастностью изображения анатомиче-



ских сосудов на основании мозга. Она предусматривает сканирование в 3-х взаимно перпендикулярных плоскостях без изменения положения больного или перемещения томографа. В нем отсутствуют артефакты от костей основания черепа, которые наблюдаются при КТГ [4,5,6].

Однако на сегодняшний день среди различных авторов нет единого мнения относительно характеристики аденом гипофиза. В том числе по вопросу семиотики аденом гипофиза при КТГ, проявляются ли они в виде зоны пониженной плотности и/или же в виде зоны повышенной. Некоторые вопросы, связанные с томографической диагностикой опухолей гипофиза, как нам кажется, ждет своего толкования и решения, тем самым подлежит уточнению сравнительная ценность традиционных рентгенологических методов краниографии, ангиографии и др. Также несомненный клинический интерес представляет вопрос о существовании зависимости КТГ-характеристики опухоли гипофиза и гормональной активности гипофиза, а также иммунологической активности организма. Эти вопросы практически не отражены в литературе. Следует отметить, что от данных КТГ и МРТ напрямую зависят показания к проведению и результаты хирургического лечения аденом гипофиза [1-7].

Цель исследования. Изучить результаты диагностики и хирургического лечения больных с аденомами гипофиза.

Материал и методы исследования. В данной работе сопоставлены результаты клинико-инструментальных исследований у 63 больных с аденомами гипофиза. Возраст больных был от 19 до 65 лет. Мужчин было 27 (42,9%), женщин 36 (57,1%).

Диагноз аденомы гипофиза верифицирован на операции у 52 (82,5%). В остальных 11 (17,5%) случаях больные по разным причинам не были оперированы, и у них окончательный диагноз ставился на основании клинического и инструментального обследований.

Результаты и их обсуждение. В большинстве случаев (82,5%) у больных с аденомой гипофиза были гормонально-активными, при этом уровень пролактина в крови был в 2,5-3 раза выше, чем в норме.

Эндокринные симптомы соответствовали гормональному профилю опухоли и проявлялись либо синдромом галактореи, аменореи, дисменореи (у женщин), импотенцией (у мужчин), а также акромегалией. У 51 (81,0%) больного имелись различные офтальмологические расстройства, в том числе: 28 (44,4%) больных имелось снижение зрения на оба глаза, у 20 (31,7%) больных - одностороннее расстройство зрения, а также у 3 (4,8%) больных был амавроз (слепота) на один глаз при низком зрении другого глаза. В остальных 12 (19,0%) случаях снижение остроты зрения не было отмечено, хотя имело место нарушение полей зрения.

У 43 (68,3%) больных установлена битемпоральная гемианопсия. У 6 (9,5%) больных наблюдалось явление гемианопсии с одной стороны. Также отмечались различной степени выраженности концентрическое сужение полей зрения, наличие скотом в центре полей зрения. У 37 (58,7%) больных выявлена атрофия зрительных: у 26 - с обеих сторон, у 11 - с одной стороны. У 7 (11,1%) больных были начальные признаки застойных

сосков зрительных нервов. У остальных 19 (30,1%) больных - глазное дно оставалось интактным.

Следует отметить, что почти у всех больных установлено изменение параметров турецкого седла, которые выражались в атрофичности спинки турецкого седла - 56 (88,9%) случаев, расширение входа в седло - 49 (77,8%) случаев, увеличение размеров турецкого седла - 57 (90,5%) случаев, двуконтрастность и разрушение дна турецкого седла - 22 (34,9%) случаев.

КТГ выполнена всем 63 (100%) больным с аденомами гипофиза. Полученные КТГ-изображения аденом гипофиза анализировались по следующим признакам: турецкое седло нормальное, незначительное увеличение и значительное увеличение размеров турецкого седла, т.е. характер роста по отношению к турецкому седлу. При этом были получены следующие данные: эндоселлярное без увеличения размеров турецкого седла - 8 (12,7%) случаев; эндоселлярное с увеличением размеров турецкого седла - 39 (61,9%) случаев, экстраселлярное - 16 (25,4%) случаев.

Опухоли растущие экстраселлярно характеризовались следующим направлением роста: супраселлярный рост с умеренным распространением за пределы седла и опухоли доходящие до дна III-желудочка и деформирующие его, вызвавшие даже гидроцефалию боковых желудочков из-за окклюзии III-желудочка - 3 (18,8%) случая; параселлярный рост в обе или в одну сторону от турецкого седла - 4 (25,0%) случая; инфраселлярный рост с прорастанием в основание черепа и кавернозный синус, клиновидный синус и клетки пазухи решетчатой кости - 7 (43,7%) случаев. Кроме того в 2 (12,5%) случаях опухоли распространялись во многие направления - эндо- супра- пара- ретроселлярно одновременно.

Плотность аденомы гипофиза на компьютерограммах оценена как пониженной плотности по сравнению с нормальной мозговой тканью у 8 (12,7%) больных, т.е. аденома имела кистозный компонент. У 9 (14,3%) больных плотность опухоли значительно выше, чем плотность мозга, в таких случаях опухоль, как правило, кист не имеет, а состоит из однородной массы как солидные опухоли, которые потом верифицировались при оперативном вмешательстве.

У 27 (42,9%) больных с аденомами гипофиза произведен анализ визуализации на МРТ в режиме T1 и T2. При эндо- и экстраселлярном росте опухоли преимущество МРТ заключалось в более точном определении верхних и боковых контуров опухоли, степени инвазии в пазуху основной кости при инфраселлярном росте опухоли, а также лучше определялись взаимоотношение опухоли структурами мозга и черепа (зрительные нервы, сонные, дна III желудочка, кавернозный синус, клиновидная пазуха и др.), когда опухоль имела супрапаретроселлярный рост. Возможность применения МРТ в определении размеров, локализации, конфигурации и возможность визуализации таких тончайших деталей гипофиза, как воронка, передние и задние доли гипофиза, чрезвычайно велика.

Вместе с тем все же возникают трудности, когда вопрос касается диагностики аденомы гипофиза при неизменном турецком седле, при так называемых микроаденомах и когда имеет место синдром пустого ту-

кого седла. В этих случаях решающую роль играла клиническая картина заболевания.

Из 63 обследованных больных 52 (82,5%) больных с аденомами были гипофиза подвергнуты оперативному лечению. Все больные до операции прошли гормональную терапию. С этой целью назначали гидрокортизон начиная с 20 мг внутрь, по возрастающей с дозой по 20 мг ежедневно, в день операции 80 или 100 мг. После операции также больные продолжали получать препарат в течение 3-4 дней, но сниженной дозировке.

Оперативное вмешательство производили под общим фторотановым интубационным наркозом на фоне нейролептоанальгезии.

Во всех 52 (100%) случаях был использован биаурикулярный разрез кожи по краю волосистой части головы. Доступ к опухоли осуществляли с помощью односторонней костно-пластической трепанацией черепа классическим субфронтальным подходом. Почти во всех случаях производили коагулирование выходящей диафрагмы турецкого седла, после чего перфорировали диафрагму и брали биопсию содержимого турецкого седла.

Затем производили отсасывание содержимого турецкого седла, если опухоль кистозного характера. Если аденома имела солидное строение, тогда производили удаление опухолевой массы. Все манипуляции на гипофизе производили с применением волоконно-оптической увеличительной и осветительной системы, а также микрохирургических инструментов.

Следует отметить, что с целью предупреждения интра- и послеоперационных осложнений хирургические манипуляции на гипофизе должны проводиться под постоянным контролем интактности зрительных нервов, хиазмы и сонных артерий, а также кавернозного синуса, которые часто имеют непосредственное взаимоотношение с опухолью, иногда даже аденомы прорастают в указанные структуры.

После проведенного хирургического лечения у 37 (71,2%) больных из 52 оперированных отмечено улучшение зрительных функций уже до выписки из стационара. В 5 (9,6%) случаях значительно регрессировали акромегалоидные проявления. Также у 6 (20,0%) женщин через 3-4 месяца после операции появились менструации, у 3 (50,0%) из них восстановилась детородная функция. Данные результаты мы оценили как положительные.

У 3 (5,8%) больных послеоперационная рана осложнилась нагноением, с последующим благоприятным

исходом. Данный результат мы оценили как удовлетворительный.

У 1 (1,9%) больной наступила полная слепота на оба глаза сразу после операции, хотя у нее не было никаких других нарушений в неврологическом статусе. Данный результат мы оценили как неудовлетворительный.

В раннем послеоперационном периоде летальных исходов из 52 оперированных пациентов – не было ни в одном случае.

В отдаленном послеоперационном периоде 7 (13,5%) больных оперированы повторно по поводу рецидива опухоли в разные сроки после первичной операции.

Выводы. Таким образом, только комплексное клиническое, лабораторное, рентгенологическое, включающие КТГ и МРТ обследование может дать полное представление о характере и распространенности аденомы гипофиза и вполне позволяет определить тактику лечения, в том числе и хирургическую. Хирургическое вмешательство при опухолях гипофиза позволяет в большинстве случаев добиться положительного результата. Рецидив заболевания после хирургического лечения составил 13,5%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. – М.: Видар, 1997. – 471 с.
2. Можаяев С.В., Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Нейрохирургия: учебник. – 2-изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 480с.
3. Нейрохирургия: учебник / В.И. Цымбалюк, Б.Н. Лузан, И.П. Дмитерко и др.; под ред. проф. В.И. Цымбалюка. – Киев: Медицина, 2008. – 160с.
4. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. – Том 3, Часть 1 / Под ред. А.Н. Коновалова. – М.: Медицина, 2004. – 600с.
5. Опухоли гипофиза и хиазмально-селлярной области / Под ред. Б.А. Самоткина, В.А. Хилько. – Л.: Медицина, 1985. – 303 с.
6. Попугаев К.А. Синдром артериальной гипотензии у больных с опухолями хиазмально-селлярной области в раннем послеоперационном периоде и алгоритм выбора терапии: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Москва, 2007. – 25с.
7. Фомичев Д.В. Эндоскопическое эндоназальное удаление аденомы гипофиза: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Москва, 2007. – 24с.