

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА

Х.М. Шульман

*Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики (зав. — проф. М.Ф. Исмагилов)
Казанского государственного медицинского университета,
Республиканская клиническая больница (главрач — Р.Г. Фатихов) МЗ РТ*

Хирургическое лечение аденом гипофиза продолжает оставаться одной из актуальных проблем нейрохирургии. Опухоли этой локализации занимают третье место среди новообразований нервной системы [1]. Несмотря на увеличение числа больных с микроаденомами, оперируемых трансфеноидальным доступом, в клиники продолжают поступать пациенты с инвазивными гипофизарными аденомами, радикальное удаление которых может быть осуществлено лишь из субфронтального транскраниального доступа.

К инвазивным аденомам гипофиза относят опухоли, которые выходят за пределы гипофизарного дурально-арахноидального ложа, или редко встречающиеся аденомы, первично растущие из туберального отдела аденогипофиза [2]. Больные с такого рода опухолями представляют наибольшие трудности при хирургическом лечении из-за значительных размеров аденом, асимметрии их роста и тесной связи с жизненно важными структурами основания мозга, большой частоты послеоперационных осложнений и неблагоприятных исходов.

Результаты лечения больных с аденомами гипофиза в значительной степени зависят от ранней диагностики заболевания. Это приобретает особую актуальность в связи с грубым и часто необратимым неврологическим дефицитом, характеризующим клиническую картину поздних стадий заболевания.

Внедрение в повседневную клиническую практику современных методов диагностики аденом гипофиза — радиоиммунного, магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томо-

графии (КТ) — не уменьшило существенно число больных, обращающихся за лечебной помощью на поздних стадиях заболевания. В первую очередь это объясняется низким уровнем общебиологической образованности медицинских работников и населения. Не менее существенны недостаточная онкологическая настороженность эндокринологов, гинекологов, сексопатологов, окулистов, к которым, как правило, обращаются эти пациенты с наиболее ранними признаками заболевания. Одной из прочно укоренившихся ошибок является представление о том, что отсутствие изменений полей зрения (при незначительном увеличении размеров турецкого седла) исключает необходимость визуализации анатомических характеристик опухоли с помощью МРТ и КТ.

В нейрохирургической клинике Казанского медицинского университета с 1983 по 1995 г. лечились 132 человека с аденомами гипофиза, из которых 85 (64,4%) пациентов были прооперированы по поводу опухолей с инвазивным характером роста. Среди последних — 46 женщин и 39 мужчин, младшему из пациентов было 16 лет, старшему — 64 года. Возрастную группу от 30 до 50 лет составили 67 больных.

У всех больных диагностированы гормоносекретирующие опухоли: у 54 — соматотропные аденомы, у 25 — пролактиномы, у 4 — гонадотропные аденомы, у 2 — смешанные.

Неврологический дефицит, с которым поступали пациенты в клинику, не оставлял сомнений в том, что опухоли распространялись за пределы турецкого седла. Клиническая картина заболе-

вания включала эндокринные нарушения, симптомы поражения зрительного перекреста и/или зрительных нервов, а также рентгенографические признаки разрушений элементов турецкого седла. В порядке возникновения первыми у больных появлялись эндокринные расстройства, затем признаки вовлечения в процесс зрительного тракта или нервов и вместе с последними рентгенографические изменения турецкого седла. Содержание последних определялось размерами опухоли, направлением ее роста и в меньшей степени гормональными характеристиками.

Визуализация опухолей гипофиза осуществлялась с помощью МРТ и КТ, причем первой отдавалось предпочтение как более информативному методу, позволяющему получить четкие представления о взаимоотношениях опухоли с окружающими ее тканями. Церебральную ангиографию выполняли больным с томографически установленным вовлечением в процесс сосудов основания мозга.

Хирургическую тактику определяли топографоанатомические отношения опухоли с окружающими ее образованиями мозга. Экстраселлярный асимметричный рост опухоли, прорыв ею диафрагмы седла с образованием интракраниальных узлов являлись показанием к выполнению хирургического вмешательства из субфронтального доступа. К противопоказаниям к хирургическому удалению аденом гипофиза относили грубую декомпенсацию функций гипоталамических структур, не корригируемую специфической терапией, а также соматические осложнения, резко увеличивающие риск хирургического вмешательства [3].

Преимущественно супраселлярный рост опухоли обнаружен у 31 пациента, у 18 больных аденомы распространялись в межжировую цистерну, у 19 — установлена перфорация дна турецкого седла с распространением опухоли в пазуху основной кости, у 13 пациентов опухоль внедрилась в кавернозный синус

(у 9 из них пораженными оказались оба кавернозных синуса). Таким образом, лишь менее чем у половины больных аденомы росли в каком-либо одном направлении.

Радикализм вмешательств должен разумно ограничиваться хирургической недоступностью отдельных участков опухолей, высоким риском грубых гемодинамических нарушений при их удалении. Все больные были прооперированы из субфронтального транскраниального доступа под наркозом на фоне ИВЛ, дегидратационной терапии, применения стероидных гормонов и использования в до- и послеоперационном периодах корректоров химических и физических показателей гомеостаза головного мозга. Большинство операций (71) выполняли из одностороннего доступа. Разрез мягких тканей по переднему краю волосистой части головы заходил за среднюю линию. Костно-пластическую трепанацию производили на стороне глаза с более низкой остротой зрения. Мобилизацию лобной доли проводили таким образом, чтобы у большинства пациентов при этом сохранялись один или оба обонятельных нерва. Двусторонняя одно- или двухлопастная костно-пластическая трепанация осуществлена у 14 больных с гигантскими асимметрично растущими аденомами гипофиза. Кожный разрез делали у них по переднему краю волосистой части головы с двух сторон (биаурикулярно). Твердую мозговую оболочку рассекали параллельно основанию черепа. При двустороннем доступе после перевязки сагиттального синуса серповидный отросток пересекали максимально близко к петушиному гребню.

Использование микрохирургической техники увеличило радикализм вмешательств и тем не менее при единой системе кровообращения опухоли и прилежащих к ней анатомических образований высок риск серьезных нарушений гемодинамики в связи с хирургической травмой. Так, у 7 погибших в ближай-

шем послеоперационном периоде имели место кровоизлияния в ложе неполностью удаленных опухолей. Больные обычно выходили из наркозного сна, ухудшение их состояния и гибель наступали в течение ближайших 3—7 суток при явлениях гипоталамической недостаточности и нарастающего отека головного мозга. Ревизия области операции была выполнена 4 больным, обнаружены и удалены небольшие пластинчатые гематомы из ложа опухоли, однако это не изменило исхода вмешательств. На секции, наряду с небольшими гематомами и отеком мозга, определялись ишемические изменения в гипоталамической зоне.

Удаление инвазивных опухолей начинали с мобилизации лобной доли головного мозга, выделения, вскрытия и опорожнения передней хиазмальной цистерны. После этого коагулировали, а затем в зоне коагуляции рассекали капсулу опухоли, объем последней уменьшали субкапсулярно. Далее тупо выделяли и резецировали передние и боковые участки капсулы. Особой деликатности требует выделение ретро- и супраселлярных участков капсулы опухоли. При грубом манипулировании в этой области травмируются образования дна третьего желудочка. Параселлярные участки опухоли значительных размеров могут быть удалены с наименьшей травматизацией через оптико-каротидный треугольник, расположенный между зрительным нервом и траклиновидным отрезком внутренней сонной артерии. Наибольшие технические трудности возникали при удалении супра- и ретроселлярных участков опухолей у больных с очень короткими зрительными нервами: расстояние между передним краем хиазмы и клиновидным выступом не превышало у них 5 мм. Хирургические манипуляции в этих условиях сопровождались тракцией зрительного перекреста, вторичной его ишемизацией и, как следствие, снижением ос-

троты зрения в ближайшем послеоперационном периоде.

В пазуху основной кости опухоль проникла у 19 больных, перфорированными оказались дно или передняя стенка турецкого седла. Внедрившиеся в пазуху фрагменты опухоли удаляли через полость турецкого седла. Кровотечение из ложа опухоли останавливали тампонадой гемостатической губкой. Полость турецкого седла тампонировали фрагментом височной мышцы. Наряду с профилактикой синдрома "пустого турецкого седла" мышечной тампонадой достигался тщательный гемостаз.

Причиной большинства осложнений, возникавших в ближайшем послеоперационном периоде, были нарушения гемодинамики. У 2 больных после выхода из наркозного сна обнаружился глубокий гемипарез, который разрешался затем в течение нескольких недель. Ишемия полушария головного мозга была обусловлена травматизацией отрезка внутренней сонной артерии в области кавернозного синуса в момент удаления параселлярных участков опухоли. В одном наблюдении с ретро- и параселлярным распространением опухоли на третьи сутки после ее удаления развился грубый двусторонний парез отводящих нервов и снизилась острота зрения. Доплерографически у пациентки верифицирован выраженный спазм сосудов основания мозга, который удалось разрешить после проведения интенсивной сосудистой терапии. Другие глазодвигательные нарушения отмечены в ближайшем послеоперационном периоде у 12 больных. Слабость конвергенции с одной или двух сторон имела место у 8 больных, расходящееся косоглазие — у 2, птоз — у 2. У всех пациентов этой группы адениты распространялись преимущественно супра- и ретроселлярно. Повидимому, соответствующие нервные стволы могли пострадать во время тракции хиазмы при удалении задневерхних отделов капсулы опухоли. У боль-

шинства пациентов упомянутые нарушения разрешились к моменту выписки из стационара.

Несахарное мочеизнурение в ближайшем послеоперационном периоде имело место у 4 больных, у которых при удалении опухоли был травмирован нейрогипофиз. Непродолжительная терапия адиурекрином устранила упомянутые нарушения.

Благоприятными оказались непосредственные результаты хирургического лечения. Особенно показательна динамика восстановления зрения. Нарушения зрения разрешились полностью у 41 больного, частично — у 37. Создалось впечатление, что более полный объем компенсации в ближайшем послеоперационном периоде был обусловлен традиционной терапией и использованием препаратов нейрометаболического действия, в первую очередь димефосфона.

К лучевой терапии в послеоперационном периоде прибегали при выявлении морфологической недоброкачественности опухоли или неполном ее удалении. Все больные после выписки из нейрохирургической клиники переходили под наблюдение эндокринологов для проведения заместительной терапии и динамического контроля.

ВЫВОДЫ

1. Экстраселлярный рост опухоли и интракраниальное ее узлообразование, визуализированные МРТ и КТ, являются показаниями к транскраниальному оперативному доступу.

2. Для успешного выполнения оперативного вмешательства необходимо четкое представление о взаимоотношениях опухоли с прилежащими анатомическими образованиями и использование микрохирургической техники.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корниенко В.Н., Туркин А.М., Трунин Ю.К. // *Вопр. нейрохир.* — 1990. — № 2. — С. 24—27.
2. Пацко Я.В., Шааев М.И., Рахеева И.Г. // *Вопр. нейрохир.* — 1989. — № 5. — С. 16—18.
3. Соколов А.Ф., Кадашев Б.А. и др. // *Вопр. нейрохир.* — 1989. — № 5. — С. 13—15.

Поступила 02.12.96.

SURGICAL TREATMENT OF INVASIVE HYPOPHYSIS ADENOMAS

Rh. M. Shulman

S u m m a r y

The immediate results of surgical treatment of invasive hypophysis adenomas in 85 patients are presented. The indications to the transcranial operative access are given. The complications of the immediate postoperative period, their causes and prevention are described.