

тоза в ходе проведения индукции, длившейся 3—19 дней.

На фоне терапии наблюдались следующие осложнения: гепатит (у 3), энтеропатия (у 3), сепсис (у одного), пневмония (у 3), кардиопатия (у 5), геморрагический синдром (у 10), грибковая инфекция (у 2), лихорадка без очага инфекции (у 5).

Первичный ОЛЛ диагностирован у 6 пациентов (женщин — 3, мужчин — 3) в возрасте от 18 до 60 лет. Лечение по программе Хельцера проводили 3 больным, по схеме РНИИГТ — также 3. Клинико-гематологическая ремиссия достигнута у 4 (66,7%) пациентов. Ранняя летальность в связи с острой почечной недостаточностью наступила у одного больного. Одной пациентке программная терапия была отменена ввиду непереносимости цитостатического лечения.

Таким образом, программная терапия позволяет значительно улучшить результаты достижения полной ремиссии у больных острым лейкозом. Интенсификация лечения сопряжена с высоким риском летальности от самого лечебного процесса. Для уменьшения риска осложнений необходимы лечение больных в условиях асептических палат и правильное проведение суппортивной терапии, включаю-

щей схемы современной антибактериальной и компонентной терапии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев А. И., Бриллиант М. Д. // Тер. арх.—1990.—№7.—С. 3—11.
2. Савченко В. Г., Паровичникова Е. П., Исаев В. Г., Кучер Р. А. // Тер. арх.—1992.—№ 7.—С. 4—15.
3. Buchner Th., Urbanitz D., Emmerich B. et al. // Leuk. Res.—1982.—Vol. 6—P. 827—831.
4. Hoelzer D., Thiel E., Löffler H. et al. // Acute Leukemia Prognostic Factor and Treatment Strategies.—Springer—Verlag Berlin Heidelberg.—1987.—P. 104—110.

Поступила 03.06.94.

#### IMMEDIATE RESULTS OF THE PROGRAMMED TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE LEUKEMIA

E. P. Svedentsov, N. A. Fedorovskaya,  
V. V. Cherepanova, I. A. Dokshina,  
N. V. Ryabov

#### Summary

The pronounced progress in the achievement of full remission (in acute myeloid leukemia—58,8%, in acute lymphoblastic leukemia—66%) is revealed in studies of the results of randomized use of intensive programs of polychemotherapy of 23 patients with acute leukemia. The intensification of the programmed treatment is connected with a high risk of complications. For their decrease the adequate maintaining therapy and the treatment in aseptic wards become necessary.

УДК 616.432—006.55—07

## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМ ГИПОФИЗА

Х. М. Шульман, В. И. Данилов, А. Х. Соломатина

Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики  
(зав.— проф. М. Ф. Исмагилов) Казанского государственного медицинского университета,  
Республиканская клиническая больница (главрач — С. В. Абуладзе) МЗ РТ

Одной из актуальных проблем нейрохирургии и эндокринологии является ранняя диагностика опухолей гипофиза, которые среди новообразований нервной системы занимают третье место [1]. Больные с этими опухолями составляют 13,3% от числа всех пациентов с нейроонкологической патологией, около 75% из них — люди в возрасте от 20 до 50 лет [1]. На территории России ежегодный прирост числа больных с аденомами гипофиза достигает 3000, при этом 80—100 тысяч больных нуждаются в лечении или активном наблюдении [3].

Результаты лечения нейроонкологических больных, в частности пациен-

тов с аденомами гипофиза, в значительной мере зависят от ряда факторов. Среди них ведущее значение принадлежит фазе развития заболевания, в которой оно обнаружено. Ранняя диагностика опухолей гипофиза приобретает особую актуальность в связи с выраженными и часто необратимыми изменениями, характеризующими поздние стадии заболевания.

В диагностике аденом гипофиза в последние годы произошли существенные позитивные сдвиги благодаря внедрению в клиническую практику радиоиммунного метода определения гормонального спектра и использова-

нию таких современных параклинических методов обследования, как магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ), ангиография (АГ) и др. Их применение значительно расширило возможности раннего распознавания опухолей гипофиза, позволило получить более точное представление о размерах и топографоанатомических взаимоотношениях опухоли с окружающими ее образованиями. И все же, несмотря на это, обращает на себя внимание поздняя диагностика аденомы гипофиза, имеющая место до настоящего времени.

В Республиканской клинической больнице МЗ РТ с 1983 по 1992 г. было прооперировано 60 больных с аденомами гипофиза, среди них 33 женщины и 27 мужчин; младшему из пациентов было 16 лет, старшему — 64 года. Среди оперированных преобладали больные с большими и гигантскими (более 40 мм) опухолями гипофиза. Практически у всех больных были гормоносекретирующие опухоли: соматотропные аденомы — у 33, пролактиномы — у 17, гонадотропные аденомы — у 3, смешанные аденомы гипофиза — у 2.

Неврологический дефицит, с которым поступали больные в клинику, не оставлял сомнений в том, что практически у всех пациентов опухоли распространялись за пределы полости турецкого седла. Клиническая картина заболевания характеризовалась эндокринными расстройствами, симптомами поражения зрительного перекрестка и зрительных нервов, а также выраженными рентгенографическими признаками вовлеченности в процесс турецкого седла.

Эндокринные нарушения относятся к наиболее ранним проявлениям заболевания. У женщин первые признаки гипофизарной недостаточности манифестировались расстройством менструального цикла в виде дис- или аменореи, а также лактореей. Затем присоединялись признаки акромегалии, низма, гиподинамии. У мужчин наблюдалась аналогичная последовательность развития эндокринных нарушений, к числу первых расстройств подавляющее большинство из них относили половую слабость.

Хиазмальный синдром включал в себя биотемпоральную гемианопсию,

регистрируемую на белые и цветные метки, причем на последние изменения полей зрения обнаруживались существенно раньше (46 набл.). Сужение полей зрения с височных сторон на 30—40° было определено у 9 пациентов. Концентрическое сужение поля зрения до 8°—10°, необычное для хиазмального синдрома, имело место у 5 больных. На операции у последних были выявлены гигантские опухоли преимущественно с супраселлярным направлением роста, многоузловой формы, окутывавшие проксимальные отделы удлинённых зрительных нервов. Вопреки установившемуся представлению о длительной сохранности остроты зрения у пациентов с аденомами гипофиза лишь у 9 (15%) больных функция зрения не была нарушена. При анализе операционных находок у этих пациентов было установлено, что все они имели удлинённые зрительные нервы (интракраниальные их отрезки) и в силу этого смещенный кзади зрительный перекрест. Супраселлярно расположенная часть опухоли находилась впереди от хиазмы между зрительными нервами, и названные образования оказались интактными. В указанной ситуации надежная визуализация супраселлярной части опухоли может быть выполнена с помощью МРТ; менее достоверны результаты КТ и практически негативны данные АГ. Амавроз на один глаз встретился у 10 больных, при этом с противоположной стороны острота зрения у них колебалась от 0,01 до 0,7. Выраженная асимметрия остроты зрения, типичная для больных с менигиомами бугорка турецкого седла, имела место у 16 больных.

Низкая острота зрения (ниже 0,1) на оба глаза отмечена у 11 пациентов. Таким образом, у 46 (76,7%) больных к моменту поступления в клинику имели место выраженные нарушения остроты зрения. Столь же грубыми и частыми были изменения на глазном дне. Атрофия зрительных нервов обнаружена у 47 (78,3%) больных; у 4 пациентов атрофия зрительных нервов сочеталась с застоем на глазном дне, и у 2 больных обнаружены застойные соски зрительных нервов. Лишь у 7 из 60 больных на глазном дне не было найдено патологических изменений.

Рентгенографические симптомы аде-

ном гипофиза в основном проявлялись в виде изменений размеров и формы турецкого седла, а также структуры и положения отдельных его элементов. Характер этих изменений в значительной мере определялся направлением роста опухоли, ее размерами и в меньшей степени гормональными характеристиками. Нам представляется, что сегодня наибольшая значимость рентгено- и томографии sella-зона заключается в обнаружении с помощью наиболее простого и доступного метода возможно ранних признаков опухоли гипофиза. При ретроспективном анализе рентгенограмм наших пациентов в числе наиболее ранних рентгенографических симптомов интраселлярной опухоли были обнаружены порозность участка спинки турецкого седла, расположенного тотчас ниже задних отклоненных отростков, а также «подрытость» и легкая приподнятость передних клиновидных отростков; реже удавалось визуализировать истончение контура передней стенки турецкого седла [2]. При обнаружении упомянутых рентгенографических признаков, а также симптомов гипофизарных эндокринных расстройств пациентов следует направлять в специализированные стационары для их более углубленного обследования.

О гигантских размерах опухолей, выходящих за пределы турецкого седла, свидетельствовали симптомы поражения III, IV и VI черепно-мозговых нервов, обнаруженные у 22 больных с одной или двух сторон. Парезы зрения и нистагм на фоне гипертонического синдрома найдены у 7 пациентов; они указывали на преимущественно супраселлярное направление роста опухоли. У больных последней группы имели место выраженные нарушения углеводного, водного и минерального обменов.

Постановка диагноза на этапе явных эндокринных нарушений, зрительных расстройств и неврологического дефицита лишает возможности провести больным полноценную хирургическую и терапевтическую коррекцию. Одной из причин низкого терапевтического эффекта на поздних стадиях заболевания является грубое нарушение деятельности системы регуляции циркуляторного обеспечения химического и физического гомеостаза головного мозга, реализующееся ареактивностью мозговых со-

удов. Упомянутые расстройства удавалось корригировать назначением препаратов нейрометаболического действия (димефосфон, сермион, пирацетам) в до- и послеоперационном периодах.

Диагностика аденом гипофиза на поздних стадиях заболевания типична практически для всех регионов России. По данным отечественной статистики, на ранней (эндоселлярной) стадии заболевания верифицируются опухоли лишь с выраженной эндокринной недостаточностью в виде акромегалии или синдрома Кушинга [3]. Причиной запоздалой диагностики является в первую очередь низкий уровень общебиологической образованности населения и медицинских работников. Один из наиболее ранних признаков аденомы гипофиза — половая дисфункция — отнюдь нестораживает заболевшего и не побуждает его обратиться к специалисту. Низкая онкологическая настороженность эндокринологов, гинекологов, сексопатологов, окулистов ведет к тому, что начальные проявления болезни нередко истолковываются ими как ранний климакс. В числе наиболее прочно укоренившихся ошибок бытует представление о том, что отсутствие изменений полей зрения при незначительном увеличении размеров турецкого седла исключает необходимость хирургического лечения. Однако клинический опыт показывает, что нередко опухоль может иметь экстраселлярное распространение и достигать больших размеров даже при нормальных размерах и конфигурации седла, отсутствии нарушений зрительных функций [3].

В Татарстане в настоящее время имеются все необходимые материальные предпосылки для ранней диагностики аденом гипофиза. Клинические учреждения оснащены радионуклеинными лабораториями, компьютерными и магнитно-резонансными томографами, позволяющими диагностировать опухоли гипофиза на ранних стадиях развития.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Корниенко В. И., Туркин А. М., Трунин Ю. К. // *Вопр. нейрохир.* — 1990. — № 2. — С. 24—27.
2. Опухоли гипофиза и хиазмальноселлярной области / Под ред. Самотокина Б. А. и Хилько В. А. — Л., 1985.
3. Федоров С. Н. // *Вопр. нейрохир.* — 1989. — № 5. — С. 3—6.