

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

С.К. Акшулаков, Н.А. Рыскельдиев, Д.К. Тельтаев, Х.А. Мустафин, Г.И. Оленбай, А.Ж. Жумадильдина, А.Е. Молдабеков

БАС СҮЙЕГІ НЕГІЗІ ЖӘНЕ БАС МИЫ ІСІКТЕРІНІҢ ТРАНССФЕНОИДАЛДІ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ХИРУРГИЯСЫ

«Республикалық Нейрохирургия Ғылыми Орталығы» АҚ, Астана қ.

The item indicates report of analyses and surgical treatment of 54 patients who had skull base and brain tumors. The aim of this study was to show the efficacy and safety of transsphenoidal surgery. The most frequent tumor type was pituitary adenoma – 81,48% cases. Total resection of tumor was possible in 59,26% cases. Postoperative rhinoliqorrhoea developed in 18,52% patients. Postoperative diabetes insipidus developed in 7,41% patients. Hypopituitarism developed in 5,55% patients. Established that, using of endoscopic equipments by surgical treatment of a skull base giving an opportunity for improving of results of treatment and reducing risk of progressing of various intra and post operation complications. Transsphenoidal endoscopic surgery is an effective and safe treatment for most patients with skull base and brain tumors and could be considered as the first-choice therapy

Кіріспе. Әдеби деректерде хиазма-селлярлы аймақтардың негізгі ісіктері гипофиздің алдыңғы бөлігінің ісігі (гипофиздің аденомасы және аденокарциномасы), дисонтогенетикалық ісіктер (краниофарингиомалар, Ратке қалтасының кистасы және т.б.), бас миының қабығы және нероэпителиалді ісіктері болып табылады [1].

Гипофиз ісіктері бас миының ісіктерінің ішінде әртүрлі авторлардың деректері бойынша 6,5-тен 18 %-ға дейін кездеседі [2].

Гипофиз ісіктерін зерттеу тарихы 1840ж. Moore бас миының ісіктерінің ішінде гипофиз саркомасын суреттеуден, ал 1886ж. P.Marie алғаш рет акромегалияның клиникалық мінездемесін беруден және бұл ауруды гипофиз ісігімен байланыстырудан басталады. Амкромегалияның жалғыз, нақтылы емдеу тәсілі хирургиялық емін 1813ж. Vanda ұсынды. Гипофиз ісіктерінің хирургиясы интракраниалді және экстракраниалді бағыттарда дамыды. Экстракраниалді гипофиз хирургиясының негізін салушы Koenig (1898), өлікте жоғарғы жақтың таңдай өсіндісін резекциалау арқылы суреттеді, Giordano (1898) негізгі қойнауға торлы лабиринт арқылы операциялық түсуді ұсынды. J. Schloffer 1907ж Giordano әдісін негізге ала отырып өте күрделі Брунс-Шассеньяк әдісі бойынша мұрынды уақытша резекциалау арқылы гипофизге операция жасады. 1909 ж Т. Kocher гипофиз ісігін мұрын аралық шеміршегін шырышасты резекциалау арқылы жасалған мұрын ішілік сәтті операциясын жариялады. Веналық ринохирург Hirsch (1910) түрік ершігіне эндоназалді трансспенталді-трансфеноидалді операциялық түсуге суреттеме берді. Сол жылы Cushing өзінің сублабиалді трансфеноидалді операциялық түсуін ұсынды. XX ғасырдың 30 жылдарына

дейін осы екі әдісті көптеген нейрохирургтар қолданды. Трансфеноидалді хирургиядан кейін қатерлі аурулар мен ауру рецидивтерінің жиі кездесуіне байланысты интракраниалді әдісті жиі қолдана бастады. Практикаға микрохирургиялық техниканың енуі, рентгентелевизия арқылы бақылау әдісінің ашылуы, антибиотиктерді қолдану, Guiot (1958,1967,1972) пен Hardy (1965) зертеулері трансфеноидалді әдістің жанаруына әкелді [3-9].

Диагностикаға қазіргі заманғы әдістерді КТ, МРТ, гипофиз гармондарының қандағы құрамын радиоиммунологиялық анықтау көптеген ісіктердің бастапқы ерте сатысында, көлемі кішкентай кезінде анықтай бастады. Осыған байланысты гипофиз ісіктің емінде экстракраниалді әдістің маңызы жоғарлады, өйткені оның аз травматизациясымен интракраниалді операциялық түсуге қарағанда үлкен нәтежиелігіне негізделді.

Қазіргі кезде трансназалдық операциялардың екі нұсқасы бар: микроскопиялық және эндоскопиялық әдістер. Олардың әрқайсысының өз артықшылығы мен кемшіліктері бар. Бірақ, әлемде эндоскопиялық әдіске жоғары баға береді.

Материалдар мен зерттеу әдістері. Республикалық Нейрохирургиялық Ғылыми Орталығында 2008 жылдың қараша айында Қазақстанда бірінші рет практикаға бас сүйегі негізі мен бас миы ісіктеріне эндоскопиялық хирургия әдісін енгізді. Жалпы 54 науқасқа (16-69 жас аралығындағы) операция жасалынды. Олардың орта жасы - 38,2. Барлық жағдайларда эндоскопиялық түсу қолданылды. Регидті 0°, 30°, 45°-тық көру бұрышты Karl Storz эндоскопы қолданды. Барлық науқастарға операция алды кезеңінде жалпы клиникалық, неврологиялық,

нейроофтальмологиялық, отоневрологиялық зерттеу, рентгенологиялық зерттеулер (краниография), КТ, МРТ, қан құрамындағы гипофиз гормондарына радиоиммунологиялық зерттеуі жүргізілді.

Науқастың басы операциялық столда 15°-қа көтеріліп жатқызылды және басы хирургқа қарай 10°-қа бұрылды. Мұрын кеңейткіштері қолданылмады, өйткені, біздің ойымызша хирург пен ассистенттің екі мұрын қуысы арқылы жұмыс істеу мүмкіндігіне кедергі келтіріп, операциялық жараны айтарлықтай тарылтады. Мұрынның орталық қалқаны резекциаланған жоқ. Трансназалді операциялық түсу кезінде сына тәрізді сүйек қойнауының алдыңғы қабырғасын ашу қысқыш пен бор машинасы көмегімен жүзеге асты.

Сына тәрізді сүйек қойнауын ашқан соң қойнауудың артқы қабырғасындағы басты анатомиялық бағдарлар: түрік ершігінің түбі, ұйқы артериясының төмпешігі, негізгі сүйектің алаңы және ылдиды, көру жүйке жүйесі каналы төмпекшесі.

40 (74%) жағдайда негізгі қойнауудың артқы қабырғасының анатомиялық дәл верификациясы үшін Stelth Station Medtronic, АҚШ навигациялық жүйесі қолданылды. Түрік ершігі түбінің трепанациясына 0° көру бұрыштық эндоскоп қолданылды. Ісік әртүрлі кюреткалар, қасық және сорғыш көмегімен алынды. Ісікті алып тастау этапында көру бұрышы 30° және 45° эндоскоп қолданылды. Гемостаз монополярлы коагуляциямен, сутегінің асқын тотығы тампонымен, гемостатикалық дәке және губкамен, фибрин-тромбиндік пластинамен жүзеге асырылды.

Содан кейін түрік ершігі түбінің гермитизациясы сүйек сынықтары мен фибрин-тромбиндік пластина «Тахокомбпен», биологиялық клей «BioGlu-мен» жасалды.

Зерттеу нәтижелері мен талқылау.

Гистологиялық зерттеу нәтижесінде гипофиздың аденомасы 44 (81,48%) науқаста кездесті. Олардың ішінде: 11 (20,37%) науқас СТГ-секретциялық ісік, акромегалия дамуымен бірге, 12 (22,22%) науқас пролактиномамен, 3 (5,55%) науқас картикотропиномамен (Иценко-Кушинг ауруымен), 17 (31,48%) науқас гармондық белсенді емес гипофиз аденомасымен, 1 (1,85%)

науқас аралас СТГ- пролактин секретциялаушы ісікпен. 1 (1,85%) науқасқа краниофарингиома бойынша операция жасалған, 1 (1,85%) науқас Ретке қалтасының кистасымен, 2 (3,7%) науқас сына тәрізді сүйек остеомасымен, 2 (3,7%) науқас сына тәрізді сүйек қойнауының хордомасымен, 1 (1,85%) науқас ганглиоцистомамен, 1 (1,85%) науқас фиброзды-сүйекті дисплазиямен, 1 (1,85%) науқас мұрынжұтқыншақ ісігімен, 1(1,85%) науқас нейроэстезиопластомамен.

КТ бақылауда 32 (59,26%) жағдайда, бұл 30 (55,55%) науқас гипофиз аденомасымен, 1 (1,85%) науқас краниофарингиомамен, 1 (1,85%) науқас Ратке қалтасының кистасымен ісікті толық алынғаны анықталды.

1 (1,85%) жағдайда ісікке тек биопсия жасалды. Бұл науқас мұрынжұтқыншақ ісігі. Ісіктің негізгі қойнауға, гаймор қойнауына және торлы лабиринт клеткаларына өсуімен анықталды. Қалған жағдайларда (29,89%) субтоталді алып тастау жасалынған.

4 (7,41%) жағдайда операциядан кейін антидиуретикалық гармонның бақылаусыз секретциясы түріндегі транзиторлық бұзылу бақыланды. Минерин қолдану нәтижесінде бірнеше күннен кейін басылды. 3 (5,55%) науқаста операциядан кейін екіншілікті гипопитуитаризм дамуы анықталды. 10(18,52%) жағдайда операциядан кейін назалді ликворея байқалды. Стационардан шыққанға дейін толығымен тоқтады.

Қортынды

Транссфеноидалді хирургияда эндоскопиялық мониторингты қолдану Көзбен шолуды айтарлықтай жақсарта отырып:

- Трансназалді транссфеноидалді операциялық түсу түрік ершігіне аз травматикалық, операциялық түсудің анатомиялық бағдарлары жақсы көрінеді, бұл операция кезіндегі асқынулар жиілігін айтарлықтай төмендетеді.

- Ісіктің экстраселлярлы орналасуы кезінде көзбен шолудың жақсаруы операцияның толық болуын жоғарлатады.

- Гипопитуитаризм, қантсыз диабет сияқты гипоталамо- гипофизарлы құрылым функциясының бұзылуының қаупін төмендетеді.

- Операция кезінде ликвореяның болу қаупін төмендетеді.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. Опухоли гипофиза и хиазмально-селлярной области / Под ред. Б.А. Самойлова и В.А. Хилько. – Л.: Медицина, 1985.
2. Giovanelli M, Losa M, Baiguini M, Motti E, Ducati A: Transcranial versus transsphenoidal approach in the surgical treatment of pituitary adenomas, in Faglia G, Beck-Peccoz P, Ambrosi B, Travaglini P, Spada A (eds): Pituitary Adenomas: New Trends in Basic and Clinical Research. Amsterdam, Excerpta Medica, 1991, P. 313-320.
3. Транссфеноидальная хирургия гипофиза. Под ред. А.И. Арутюнова. М., «Медицин»а, 1976, 368 с.
4. Ciric I, Mikhael M, Stafford T, Lawson L, Garces R:

- Transsphenoidal microsurgery of pituitary macroadenomas with long-term follow-up results. *J Neurosurg* 59: 395-401, 1983.
5. Ciric I, Ragin A, Baumgartner C, Pierce D: Complications of transsphenoidal surgery: Results of a national survey, review of the literature, and personal experience. *Neurosurgery* 40: 225-237, 1997.
 6. Hashimoto N, Handa H, Yamagami T: Transsphenoidal extracapsular approach to pituitary tumors. *J Neurosurg* 64: 16-20, 1986.
 7. Jho H: Endoscopic endonasal skull base surgery for midline lesions from olfactory groove to distal clivus. Presented at the 67th Annual Meeting of the American Association of Neurological Surgeons, New Orleans, Louisiana, April 24-29, 1999.
 8. Laws ER Jr: Transsphenoidal approach to pituitary tumors, in Schmidek HH, Sweet WH (eds): *Operative Neurosurgical Techniques: Indications, Methods, and Results*. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1993, pp 283-292.
 9. Jankowski R., Auque J., Simon C. et al. Endoscopic pituitary tumor surgery // *Laryngoscope*. 1992. 102. P. 198-202.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада бас миы және бас сүйегі негізінің ісіктері бар 54 науқастың зерттеулері мен хирургиялық емінің талдауының нәтижелері көрсетілген. Зерттеу мақсаты трансфеноидальді хирургияның нәтижелігі мен қауіпсіздігін көрсету болды. Ең жиі 81,48% гипофиздің аденомасы кездесті. Ісікті толықтай алу 59,26% болды. Операциядан кейінгі ликворея 18,52% науқаста, қантсыз диабет 7,41% науқаста, гипопитуитаризм

5,55% науқаста дамыды. Бас сүйегі негізінің хирургиясында эндоскопиялық техниканы қолдану ем нәтижелерін жақсартады, операция кезіндегі және операциядан кейінгі асқынулардың жиілігін төмендетеді. Трансфеноидальді хирургияны бас миы және бас сүйегі негізінің ісіктері кезінде нәтижелігі мен қауіпсіздігінен негізгі ем ретінде ұсынуға болады.

РЕЗЮМЕ

В статье показан анализ результатов обследования и хирургического лечения 54 пациентов с опухолями основания черепа и головного мозга. Целью исследования было показать эффективность и безопасность трансфеноидальной хирургии. Самым частым типом опухоли была аденома гипофиза – 81,48%. Полное удаление было возможным в 59,26% случаях. Послеоперационная ликворея развилась у 18,52% пациентов. Сахарный диабет развился у 7,41% пациентов. Гипопитуитаризм развился

у 5,55% больных. Установлено, что применение эндоскопической техники при хирургии опухолей основания черепа дает возможность улучшить результаты лечения и снизить риск развития различных интра- и послеоперационных осложнений. Трансфеноидальная хирургия это эффективный и безопасный метод лечения у большинства пациентов с опухолями основания черепа и головного мозга и может быть предложена как терапия первого выбора.