

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**

На правах рукописи
УДК: 616.831-006-089:616831-005.4:616-084

АЛТЫБАЕВ Уйгун Учкунович

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
КРАНИОФАРИНГИОМ**

14.00.28 – Нейрохирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Ташкент – 2008

Работа выполнена в Республиканском научном центре нейрохирургии.

Научный руководитель
доктор медицинских наук,
профессор

Кариев Гайрат Маратович

Официальные оппоненты:
доктор медицинских наук

Мирзабаев Марат Джумабекович

кандидат медицинских наук

Умаров Алишер Курбанович

Ведущая организация:

**Андижанский Государственный
Медицинский Институт**

Защита диссертации состоится «___» _____ 2008 г. в ___ часов на заседании Специализированного Совета Д 087.07.01 при Научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии МЗ РУз по адресу: 100047, г. Ташкент, ул. Мусаханова, 78.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз.

Автореферат разослан «___» _____ 2008 г.

Ученый секретарь Специализированного совета,
доктор биологических наук,
старший научный сотрудник

Шамансурова Л.И.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность темы. Краниофарингиомы – доброкачественные эпителиальные, медленные растущие опухоли селлярной области, развивающиеся из эмбриональных остатков кармана Ратке (Rickert C. H., Paulus W., 2003).

По данным R. Haupt, C. Magnani, M. Pavanello (2006), частота встречаемости краниофарингиомы находится в пределах от 0,13 до 2 случаев на 100 000 населения в год.

Несмотря на их доброкачественное гистологическое происхождение, они имеют тенденцию к агрессивному и инфильтративному росту, распространяясь в параселлярные структуры (Сиднева Ю. Г., 2006).

Существует два основных пути в лечении краниофарингиом. Первое – хирургические вмешательства, направленные на тотальное удаление опухоли (Dhellemmes P., Vinchon M., 2006), второе – операции, выполняемые с целью уменьшения объема опухоли и, следовательно, уменьшения внутричерепного давления и воздействия на зрительные пути, и восстановления нормальной циркуляции ликвора (Cama A., Ravegnani M., Piatelli G., 2006). По данным М.С. Зубайраева (1997) простая аспирация кистозного содержимого давно признана в мире лишь как паллиативная процедура.

Применение эндоскопической техники существенно расширяет возможности хирургического лечения кистозных интракраниальных новообразований, увеличивая степень радикальности операции и сокращая травматизацию покровов головы и вещества мозга.

Хотя большинство нейрохирургов и согласны, что тотальное удаление краниофарингиомы желательно, но добиться его без риска для жизни больного и ухудшения исхода зачастую не удается.

Целью любого лечебного мероприятия является улучшение качества жизни больного, необходимое для достижения максимальной социальной адаптации и начала трудовой деятельности. Не всегда радикализм способствует достижению этой цели. В некоторых случаях желательно проводить малоинвазивные операции, которые тоже могут дать стойкий длительный эффект.

Степень изученности проблемы. В настоящее время принят комплексный подход к лечению краниофарингиом, однако, остается высокой частота рецидивов, отсутствуют единые подходы к выбору метода лечения. Таким образом, имеющаяся на сегодняшний день литература не дает исчерпывающих ответов для полноценного понимания данной патологии и решения клинических проблем.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Диссертационная работа входит в план НИР Республиканского научного центра нейрохирургии.

Цель исследования. Целью исследования является проведение сравнительного анализа методов хирургического краниофарингиом для определения оптимальной тактики.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинико-неврологического течения краниофарингиом в зависимости от анатомических вариантов роста, размера краниофарингиом и возраста больных.
2. Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения краниофарингиом.
3. Предложить оптимальный выбор метода хирургического лечения в зависимости от течения заболевания, анатомических вариантов роста, гистологического строения опухоли.
4. Изучить качество жизни больных, оперированных по поводу краниофарингиом.

Объект и предмет исследования. Работа основана на результатах диагностики и лечения 71 больного с краниофарингиомами в возрасте от 2 до 63 лет, находившихся в отделениях Республиканского научного центра нейрохирургии за 1996-2007 гг.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Динамика клинической картины краниофарингиом характеризуется различными проявлениями трех основных синдромов (общемозгового, зрительного и эндокринного) в зависимости от вариантов роста, размера краниофарингиом и возраста больных.
2. Пункционный метод показан при декомпенсированном состоянии больных. Эндоскопический метод при интравентрикулярных кистозных краниофарингиомах более предпочтителен, чем микрохирургический метод, в связи с лучшими ближайшими и отдаленными результатами. В остальных случаях приоритет должен отдаваться микрохирургическому удалению.
3. Выбор метода хирургического лечения на основе разработанного алгоритма способствует значительному повышению качества жизни больных в отдаленные сроки.

Научная новизна. На основе изучения качества жизни больных с краниофарингиомами до и после операции, и в отдаленные сроки произведен сравнительный анализ пункционного, эндоскопического и микрохирургического методов лечения краниофарингиом.

На основе проведенного анализа разработан алгоритм выбора метода хирургического лечения краниофарингиом с учетом топографо-анатомических вариантов роста, структуры краниофарингиом и тяжести состояния больных.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Предложен оптимальный выбор метода хирургического лечения в зависимости от возраста, локализации, объема, и степени тяжести больного. Полученные данные позволили оптимизировать методы хирургического лечения краниофарингиом, снизить частоту рецидивов и послеоперационных осложнений.

Выбор тактики и методический подход к хирургическому лечению больных с краниофарингиомами способствовал улучшению качества жизни пациентов.

Реализации результатов. Предлагаемый алгоритм выбора метода хирургического лечения краниофарингиом внедрен и применяется в практической работе Республиканского Научного Центра нейрохирургии МЗ РУз. Результаты исследования используются на семинарских, лекционных и практических занятиях со студентами Ташкентской Медицинской Академии.

Апробация работы. Материалы диссертации апробированы на заседании Научного Совета НИИТО МЗ РУз 25 февраля 2007 года; на Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы детской травматологии, ортопедии и нейрохирургии» (Ташкент, 2007); на заседании общества Нейрохирургов Республики Узбекистан (Ташкент, 2007); на кафедральной апробации РНЦНХ МЗ РУз и кафедры «Травматология, нейрохирургии и ВПХ» ТМА (Ташкент, 2007); на 13-ом митинге Всемирной Федерации Нейрохирургических обществ и 12-ом Азия-Австралийском конгрессе нейрохирургов (Нагоя, Япония, 2007); на третьей конференции с международным участием «Актуальные проблемы нейрохирургии» (Ташкент, 2008).

Опубликованность результатов. По материалам диссертационной работы опубликовано 13 научных работ, в том числе 2 журнальные статьи и 11 тезисов.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 113 страницах компьютерного текста, содержит 4 главы, заключение, выводы и практические рекомендации, список литературы включает 32 русскоязычных и 88 иностранных источников и иллюстрирована 25 таблицами, 22 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении раскрываются актуальность темы, цель и задачи исследования, научная новизна и научно-практическая значимость, формулируются основные положения, выносимые на защиту.

Первая глава «Обзор литературы» посвящена анализу отечественной и зарубежной литературы по вопросам диагностики и хирургического лечения краниофарингиом. Отмечены успехи и достижения, выделены спорные моменты тактики лечения этих больных, подчеркнуты дискуссионные вопросы, требующие дальнейшего изучения.

Вторая глава «Характеристика клинического материала, диагностических методов исследования» содержит материал, полученный при обследовании и лечении 71 больного с краниофарингиомами, находившихся на хирургическом лечении в Республиканском Научном Центре нейрохирургии МЗ РУз в период с 1996 по 2007 годы. В общей сложности больным произведено 95 операций, что составило 1,3 хирургических вмешательства на больного. Возраст больных колебался от 2 до 63 лет. По полу больные распределились следующим образом: лиц женского пола – 33 (46,5%), – мужского 38 (53,5%). В наших исследованиях преобладали дети - 28 (39,4 %) и лица моло-

ного возраста 27 (38,0%) и вместе составили 77,4% наших наблюдений. Сроки наблюдения и получения катamnестических данных от 6 месяцев до 10 лет. Средний возраст пациентов на момент первичной операции приходился на 20,5 лет.

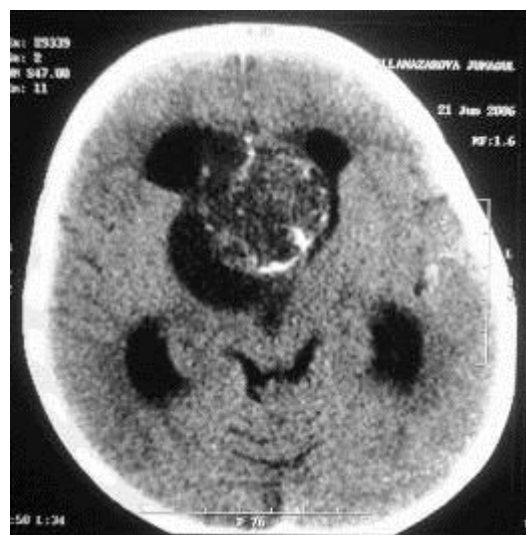
По анатомическим вариантам краниофарингиомы подразделялись на 4 группы:



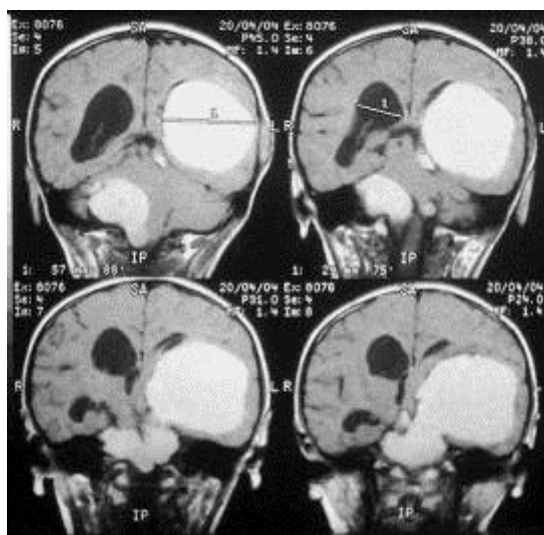
Эндосупраселлярные



Экстраинтравентрикулярные



Интравентрикулярные



Гигантские

Рис. 1. Анатомические варианты краниофарингиом

Эндосупраселлярные – местом роста является стебель гипофиза, который может быть разрушен опухолью либо частично, либо полностью.

Экстраинтравентрикулярные - кроме части опухоли, располагающейся в полости III желудочка, имеется экстравентрикулярная часть опухоли. В большинстве случаев стебель гипофиза не определяется.

Интравентрикулярные - Опухоль полностью выполняет III желудочек и вызывает окклюзию обоих межжелудочковых отверстий. Чаще всего опухоль представлена одной кистой и небольших размеров компактной частью, расположенной в базальных отделах III желудочка.

Гигантские краниофарингиомы – с обширным параселлярным распространением.

Гистологический тип краниофарингиом был определен у 24 больных, оперированных микрохирургическим методом. Из них:

- Адамантиноподобные у 13 (54,2 %) больных
- Папилломатозные у 8 (33,3 %) больных
- Смешанные у 3 (12,5 %) больных

Состояние всех больных как при поступлении, так и при выписке и в отдаленные сроки оценивалось по шкале качества жизни Карновского. В настоящее время она широко применяется при заболеваниях центральной нервной системы. По шкале Карновского проводилась оценка качества жизни больных и в отдаленные сроки после операций на основе полученных катамнестических данных. Это служило важным фактором для сравнительной характеристики результатов лечения и выбора оптимального хирургического метода.

Всем больным было произведено оперативное вмешательство. Согласно первично примененного хирургического метода, больные были разделены на 3 основные группы:

1. Пункционное опорожнение краниофарингиальной кисты.
2. Эндоскопическое опорожнение.
3. Микрохирургическое удаление.

Для достижения патологического очага, в зависимости от ее роста и направления, мы использовали несколько хирургических доступов:

- А) Субфронтальный (бифронтальный)
- Б) Лобно-височный (птериональный)
- В) Транскортикальный
- Г) Транскаллезный
- Д) Транссфеноидальный (Интраназальный)

При микрохирургическом удалении в 4 случаях применялась ассистирующая эндоскопия. Данный метод заключается в введении порта эндоскопа в операционное ложе либо в желудочковую систему при удалении интравентрикулярных краниофарингиом. Посредством этого метода достигается лучшая визуализация опухоли, что увеличивает радикальность операций и обеспечивает надежный гемостаз.

Стент-шунтирование было использован также в 4 случаях. Данный метод заключается в установлении отрезка шунта одним концом в полость кисты и выведением другого конца в субарахноидальное пространство. Пе-

риферический конец шунта закреплялся к твердой мозговой оболочке узловыми швами. Стент-шунтирование обеспечивало постоянное дренирование кистозной части краниофарингиом в субарахноидальное пространство и предотвращало ее накопление. Данный метод использовался при невозможности полного удаления капсулы краниофарингиом.

По методу проведенного хирургического лечения больные распределились следующим образом: первая группа 25 (35,1%) больных, которым проведено пункционное опорожнение краниофарингиом; вторая группа 22 (31%) больных, оперированных эндоскопическим методом и третья группа 24 (33,8%) больных, которым проведено микрохирургическое удаление краниофарингиомы.

Диагностика краниофарингиом основывалась на общепринятых принципах диагностики нейрохирургических заболеваний:

- клинико-неврологическое обследование в до- и послеоперационном периодах,
 - нейроофтальмологическое и отоневрологическое обследование,
 - нейроэндокринологическое обследование
 - проведение инструментальных методов исследования
 - нейрофизиологические (эхоэнцефалография, электроэнцефалография, реоэнцефалография)
 - нейрорентгенологические (рентгенография черепа, компьютерная томография и церебральная ангиография)
 - магнитно-резонансная томография.

Полученные данные подвергли статистической обработке, применяя пакет прикладных программ статистического анализа на компьютере IBM Pentium-4 с вычислением относительных величин (частота %), статистическая значимость полученных измерений при сравнении средних величин определялось по критерию (t) Стьюдента. За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P < 0,05$. При этом учитывались существующие указания по статистической обработке данных клинических и лабораторных исследований.

В третьей главе «Клинико-диагностические особенности краниофарингиом» представлены результаты комплексного клинического обследования больных.

На основе предъявляемых жалоб и клинико-неврологического обследования мы выделили основные клинические симптомы, характерные для краниофарингиом:

1. Общемозговые симптомы - встречались наиболее часто. В 98,6% случаях больные предъявляли жалобы на головные боли, тошнота и рвота отмечалась у 36 (50,7%) больных, менингеальные знаки у 7 (9,9%).

2. Зрительные нарушения в виде ухудшения остроты, изменения полей зрения и состояния глазного дна диагностированы у 80 % больных.

3. Гормональные нарушения присутствовали у 21 (29,6%) больного. Из них у 3 (14,3%) была клиника несахарного диабета, которая заключалась в

увеличении количества потребляемой жидкости (жажда или полидипсия) и увеличении количества мочи (полиурия). Задержка роста и полового развития присутствовала у 10 (47,6%) больных. Аменорея (отсутствие менструаций) наблюдалась у 5 (23,8%) больных. Нарушение менструаций или их прекращение отмечалась у 3 (14,3%) и снижение потенции у 2 (9,5%) больных. Синдром Иценко-Кушинга у 5 (23,8%) больных. У 15 больных нарушения имели изолированный характер, у 6 больных присутствовало сочетание нескольких видов гормональных нарушений. Проценты высчитаны из 21 больного с гормональными нарушениями.

4. Неврологическая симптоматика проявилась у 20 (46,4%) больных. Из них у 11 (15,5%) отмечались координаторные нарушения (неустойчивость в позе Ромберга, адиадохокинез и др.). Симптомы пирамидной недостаточности проявлялись в виде парезов у 4 (5,6%) больных. Симптомы экстрапирамидной недостаточности и нарушения функций ЧМН были выявлены соответственно у 2 (2,8%) и 3 (4,2%) больных.

5. Психические нарушения в наших наблюдениях проявлялись у 7 (9,9%) в виде изменения личности или деменции.

6. Эпилепсия или судорожные припадки зарегистрированы у 3 (4,2%) больных.

Особенности клиники краниофарингиом в зависимости от размеров выявили следующее. Три основных синдрома краниофарингиомы манифестируют в группах больных со средними, большими и гигантскими краниофарингиомами.

Общемозговой синдром в группе больных со средними размерами краниофарингиом был ведущим у 16 (50%) больных из всех 32 больных в своей группе, у 10 (38,5%) больных с опухолями больших размеров и у 3 (30%) больных с гигантскими опухолями. Офтальмологический синдром, как ведущий, проявился у 6 (60 %) больных с гигантскими краниофарингиомами. У 10 (38,5%) и 8 (25%) больных соответственно с опухолями больших и средних размеров. Обращает на себя внимание тот факт, что при начальных проявлениях болезни клинические проявления в основном выступают в виде общемозговых симптомов. В дальнейшем с постепенным ростом опухоли общемозговая симптоматика уменьшается в процентном соотношении и уступает место офтальмологическим нарушениям, которые отчетливее проявляются с ростом опухоли и становятся ведущими в клиническом течении болезни.

Эндокринные расстройства на первый план выступали у 6 больных со средними размерами краниофарингиом, что составило 18,8% из 32 больных этой группы и у 3 (12%) больных с большими размерами опухоли. В наших наблюдениях особой зависимости эндокринных нарушений от размеров опухоли не было обнаружено.

В четвертой главе «Хирургическое лечение краниофарингиом» описано хирургическое лечение больных. Основной целью хирургического вмешательства является ликвидация патологического очага с достижением дли-

тельного безрецидивного периода и улучшением качества жизни больных. Ранняя диагностика болезни до наступления необратимых процессов несомненно отражается на результатах лечения. И в своей работе мы постарались определить наиболее эффективный метод оперативного лечения при различных вариантах краниофарингиом.

За период с 1996 по 2007 годы в Республиканском Научном Центре Нейрохирургии был оперирован 71 больной с краниофарингиомой. Больные разделены на 3 основные группы соответственно примененному методу хирургического вмешательства:

1. Пункционное опорожнение краниофарингиальных кист. В наших наблюдениях 25 (35,1%) больным было произведено пункционное опорожнение краниофарингиомы. При поступлении до операции 9 больных находилось в удовлетворительном состоянии, 13 в состоянии средней тяжести и 3 больных в тяжелом состоянии. У 11 больных присутствовали различные гормональные изменения, и у 3 из них оно выражалось в недостатке АДГ (полиурия, полидипсия).

Анализ результатов пункционного лечения показал, что у 11 больных после операции отмечалось улучшение состояния, что выражалось уменьшением головных болей, улучшением зрения и общего состояния. У 7 состояния осталось на прежнем уровне и у 5 больных наступило ухудшение общего состояния вследствие развития различных осложнений, которое требовало проведения интенсивной терапии до нормализации состояния перед выпиской. Обращает на себя внимание высокая частота рецидивов, которая наступила у 11(44%) больных в сроки от 3 месяцев до 5 лет. У 10(40%) больных были проведены повторные операции. Из них у 4 больных 2-х кратное пункционное опорожнение и у 2 больных 4-х кратное опорожнение.

У 2 больных в период наблюдения был летальный исход.

2. Эндоскопическое опорожнение или эвакуация краниофарингиальных кист с резекцией стенок и сообщением с желудочками головного мозга. С внедрением в практику эндоскопической техники, возможности пункционного метода расширились, и стало возможным более качественно проводить операции при краниофарингиомах, локализующихся в желудочковой системе.

Методика эндоскопического удаления была следующей: Производили линейный разрез мягких тканей длиной до 3-4 см в точке Кохера. После наложения фрезевого отверстия твердая мозговая оболочка коагулировалась и вскрывалась. Рабочий порт эндоскопа через коагулированный участок коры мозга направляли в полость бокового и затем третьего желудочка. При этом во многих случаях отверстие Монро было заблокировано, закрыто и сдавлено опухолью, и эндоскоп можно было ввести непосредственно в полость краниофарингиальной кисты и проводить визуальную аспирацию ее содержимого. В некоторых случаях производилась резекция стенок кист с сообщением с желудочками головного мозга или субарахноидальным пространством посредством фенестрации дна третьего желудочка и сообщением с цистернами.

Эндоскоп снабжен 4 каналами, позволяющими проводить ирригацию, аспирацию, коагуляцию и визуальный контроль на видеомониторе. После удаления кистозной жидкости и промывания ее полости, вращая эндоскоп, осматривали ее стенки, и по возможности производилась биопсия солидной части опухоли. При обнаружении кровотечений, производили их биполярную коагуляцию. Затем эндоскоп извлекался, и рана ушивалась.

Данным методом было оперировано 22 больных. В ходе операции произведено опорожнение краниофарингиальных кист с иссечением их стенок и сообщением с желудочками головного мозга и цистернами. В 2 случаях произведена одномоментно эндоскопическая септотомия.

Из всех 22 больных, оперированных эндоскопическим методом, у 15 были получены хорошие результаты. У 3 больных состояние осталось на прежнем уровне, у 1 больного отмечалось ухудшение состояния. Количество рецидивов в данной группе отмечалось у 7 больных. Все больные были повторно оперированы. Из них пункция кист произведена у 5 больных, микрохирургическое удаление у 1 больного. У 3 больных в дальнейшем в отдаленные сроки развилась гипертензионная симптоматика и они были подвергнуты шунтирующим операциям (вентрикулоперитонеостомия в 2 случаях и вентрикулоцистерностомии по Торкильдсену в одном). У 2 больных, оперированных эндоскопическим методом отмечалась послеоперационная ликворея.

3. Микрохирургическое удаление краниофарингиом с применением различных хирургических доступов.

С внедрением в практику операционного микроскопа возможность радикального удаления опухолей головного мозга резко возросла. Операции на глубинных структурах, в частности при краниофарингиомах, немыслимы без применения микроскопа. Только с его применением достигается хорошее освещение раны, визуализация мелких сосудов и самой опухоли, ее отношения к окружающим тканям и сосудам.

В наших исследованиях данным методом оперировано 24 (33,8%) больных. Из них до операции 8 больных находились в удовлетворительном состоянии, 12 в состоянии средней тяжести и 4 в тяжелом состоянии.

С целью анализа исходов лечения мы определяли состояние больных при выписке после проведенного лечения. Улучшение состояние определялось в виде улучшения общего состояния, уменьшения гипертензионной симптоматики или улучшения зрения.

По данным таблицы 2 видно, что при оценке состояния больных в момент выписки наиболее хорошие результаты получены во второй группе, хотя состояние больных в этой группе до операции было более тяжелым, чем в остальных группах. В первой и третьей группах получены примерно одинаковые результаты.

Таблица 1

Исходы лечения

	Пункционное опорожнение (1 группа)		Эндоскопическое опорожнение (2 группа)		микрохирургическое удаление (3 группа)	
Общее состояние больных при поступлении						
Удовлетворительное	9	36,0±9,6	2	9,1±6,1*	8	33,3±9,6
Средней тяжести	13	52,0±10,0	14	63,6±10,3	12	50,0±10,2
Тяжелое	3	12,0±6,5	6	27,3±9,5	4	16,7±7,6
Исходы лечения						
Улучшение	11	44,0±9,9	15	68,2±9,9	11	45,8±10,2
Без изменений	7	28,0±9,0	3	13,6±7,3	8	33,3±9,6
Ухудшение	5	20,0±8,0	1	4,5±4,4	2	8,3±5,6
Смерть	2	8,0±5,4	3	13,6±7,3	3	12,5±6,8

Примечание: * - достоверно по сравнению с данными 1 группы (P<0,05)

Наиболее отличительной чертой краниофарингиом от других опухолей центральной нервной системы является их частое рецидивирование. Рецидивы могут наступить даже в самые короткие сроки после операции. Мы провели анализ рецидивов, сроки возникновения рецидивов и их частоту в каждой группе.

В группе с пункционным опорожнением у 11 больных в различные сроки наступили рецидивы болезни. Во второй и третьей группах соответственно 7 и 6 рецидивов. Повторные рецидивы болезни чаще отмечались в первой группе, затем в группе с эндоскопическим опорожнением и меньше всего в третьей группе. По размерам краниофарингиом наибольшее количество рецидивов приходится на краниофарингиомы больших размеров. Обращает на себя внимание, что во второй группе средний возраст больных составляет 9,7 лет, что значительно отличается от других групп. Следует отметить, что из 6 больных, рецидивировавших в третьей группе, у одного опухоль была удалена тотально, у 4 субтотально и у 1 частично. По гистологическому типу у 5 была адамантиноподобная краниофарингиома и у 1 смешанная. Как показывает наше исследование, адамантиноподобные краниофарингиомы отличаются большим количеством рецидивов и в некоторых случаях рецидивы возможны даже после тотального удаления опухоли.

В процессе лечения оценивалось общее состояние больных на основании результатов клиничко-лабораторных и инструментальных методов иссле-

дования, включая МРТ, оценку зрительных функций. До операции и перед выпиской определяется неврологический статус пациента, при этом особое внимание отводилось оценке уровня качества жизни по шкале Карновского. Шкала Карновского позволяет объективно оценить состояние больного на момент обследования, т.е. оценить качество жизни больного до и после проведенного лечения в течение отдаленного периода.

Приводим график изменения индекса Карновского в группах в зависимости от метода операции.

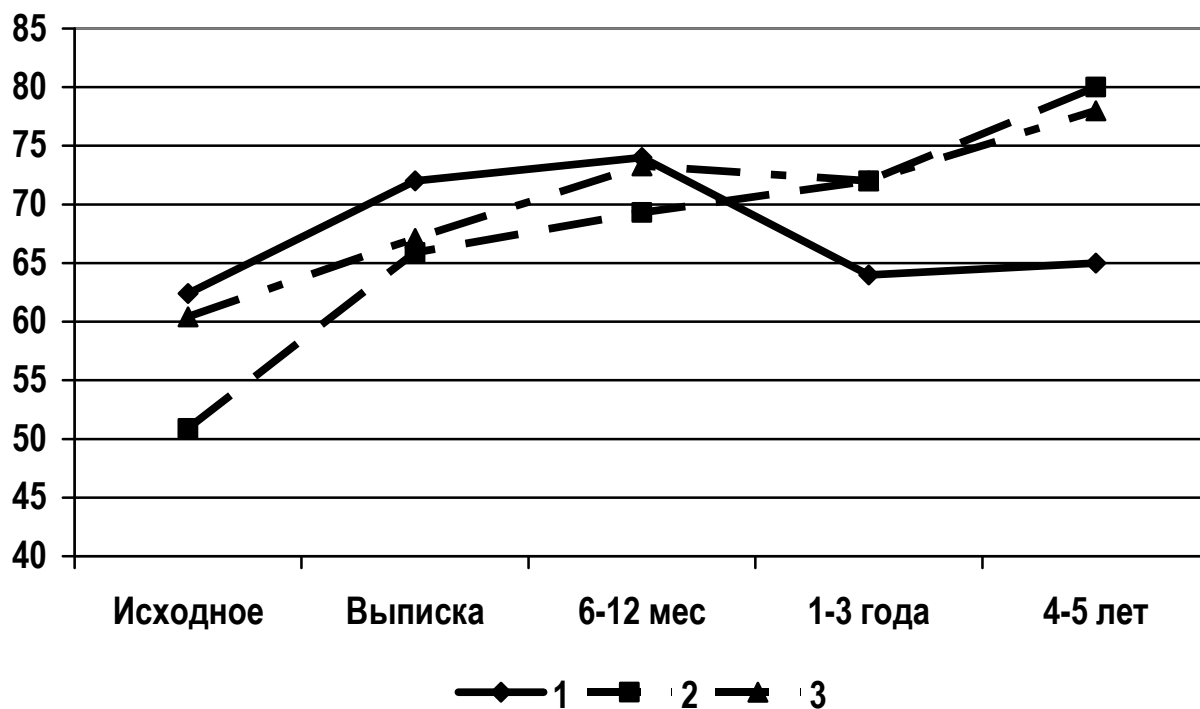


Рис. 2. График изменения качества жизни

Полученные результаты свидетельствовали о том, что исходные данные в первой и третьей группах приблизительно одинаковы. Во второй группе, которую в основном составляют дети качество жизни больных несколько ниже. В ближайшие послеоперационные сроки отмечается значительное улучшение качества жизни у больных в первой группе и незначительно в остальных. В дальнейшем идет тенденция на повышение качества жизни у больных во второй и третьей группах и снижение в первой. Это связано с развитием рецидивов, нарастанием симптомов болезни, ухудшающих состояние больных.

Послеоперационные осложнения инфекционно-воспалительного характера отмечались у 7 (9,9%) больных. Оклюзионный синдром, сопровождавшийся усилением головных болей, присоединением тошноты и рвоты наблюдался в 4 (5,6%) случаях. У 4 (5,6%) больных отмечалась ликворея, которая была в дальнейшем устранена наложением вторичных швов на рану, и установлением люмбального дренажа. Гормональная недостаточность, про-

явившаяся в виде недостатка АДГ (несахарный диабет, полиурия, полидипсия, уменьшение плотности мочи) наблюдалась у 10 (14,1%) больных.

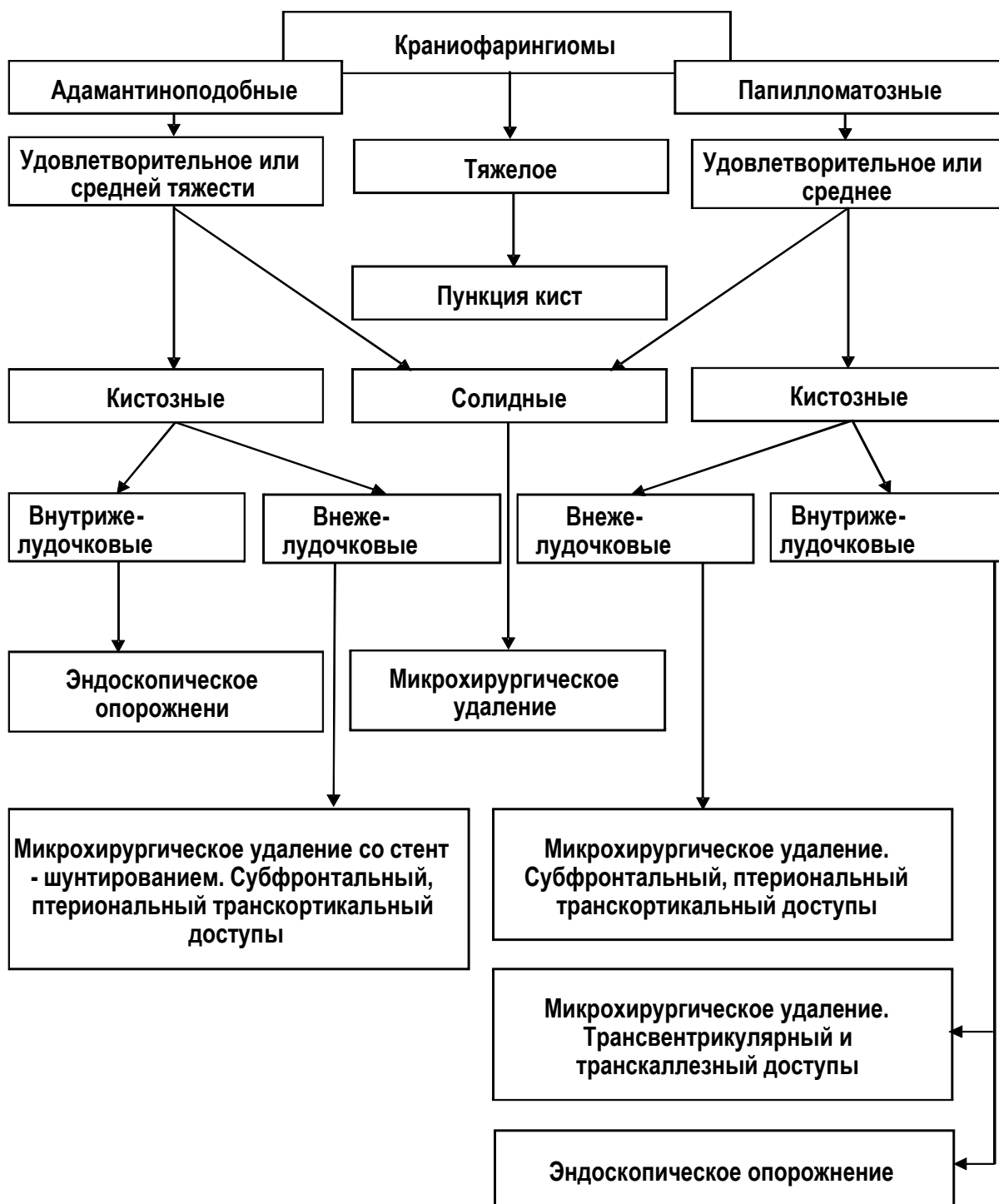


Рис. 3. Алгоритм выбора метода хирургического лечения краниофарингиом

На основе полученных данных нами разработан алгоритм хирургического лечения больных с краниофарингиомами (Рис.1.) При этом мы учитывали предположительный гистологический тип краниофарингиом, тяжесть состо-

яния больных на основе шкалы Карновского, состав краниофарингиом и анатомические варианты. Мы не рассматривали все анатомические варианты, так как выбор метода хирургического лечения зависел в основном от отношения опухоли к третьему желудочку.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при правильном выборе метода хирургического лечения краниофарингиом можно добиться значительных улучшений результатов лечения, снижения смертности и количества рецидивов. Но самым важным моментом является постепенное улучшение качества жизни больных и дальнейшая социальная и трудовая адаптация без отягчающих признаков болезни.

Выводы

1. В клинической картине краниофарингиом превалируют общемозговые симптомы (31 больных, 43,7%). Вторым значимым ведущим синдромом является офтальмологический синдром (24 больных, 33,8%) и затем эндокринный синдром (11 больных, 15,5%). У детей чаще ведущим является общемозговой синдром (16 больных, 57,1%), у лиц молодого возраста офтальмологический (11 больных, 40,8%).

2. Больные чаще поступают в стационар в состоянии средней тяжести (39 больных, 54,9%). В тяжелом состоянии поступило 13 (18,3%) больных и основной причиной тяжести состояния явилось развитие окклюзии ликворных путей.

3. При начальных проявлениях болезни на передний план выступают общемозговые симптомы. В дальнейшем с постепенным ростом опухоли общемозговая симптоматика уступает место офтальмологическим нарушениям, которые отчетливее проявляются с ростом опухоли от 25% до 50% и становятся ведущими в клиническом течении болезни.

4. Сравнительный анализ методов хирургического лечения свидетельствует, что пункционный метод наименее травматичен, количество осложнений минимальное (12%), иногда способствует достижению длительного благоприятного исхода, но имеет высокую частоту рецидивов (44%). При кистозных интравентрикулярных краниофарингиомах наиболее хорошие результаты достигнуты после эндоскопического опорожнения с иссечением стенки и сообщением с желудочками мозга или цистернами. Улучшение состояния составило при кистозных 81,8%, при интравентрикулярных 80%. Тотальная или субтотальная резекция опухоли при папилломатозных краниофарингиомах дает длительный благоприятный исход и меньшее количество рецидивов (0%). Адамантиноподобные краниофарингиомы имеют злокачественное течение и отличаются быстронаступающими рецидивами (38,5%) даже после тотального удаления опухоли (7,7%).

5. При тяжелом декомпенсированном состоянии следует применять пункционный метод, который дает меньшую смертность (8%). Эндоскопический метод наиболее целесообразен при кистозных краниофарингиомах интравентрикулярной локализации и при многокамерных краниофарингиомах.

В остальных случаях предпочтение должно отдаваться микрохирургическому удалению, при котором отмечается меньшее количество рецидивов (25%).

6. При пункционном методе качество жизни после операций повышается на ~9,6 баллов, но в дальнейшем снижается на ~7 баллов из-за частых рецидивов и повторных операций. При эндоскопическом методе качество жизни после операции повышается на ~15 баллов и еще ~14,1 баллов в отдаленные сроки. Микрохирургическое удаление опухоли повышает качество жизни после операций на ~6,7 баллов и еще на ~10,9 баллов в отдаленные сроки.

Практические рекомендации

1. При тяжелом декомпенсированном состоянии больных показан пункционный метод, обладающий меньшей травматизацией. После стабилизации состояния необходимо проведение эндоскопических или микрохирургических операций. Эндоскопические операции требуют наличия вентрикуломегалии и при таких операциях во всех случаях необходимо максимальное опорожнение кистозной части с созданием сообщения между полостью краниофарингиомы и ликворными пространствами мозга для пассивного оттока кистозной жидкости. При удалении кистозных краниофарингиом с целью предупреждения рецидивов необходимо произвести стент-шунтирование в полость краниофарингиомы с выведением периферического конца в субарахноидальное пространство.

2. При микрохирургическом удалении успех во многом зависит от правильного выбора операционного доступа. Субфронтальный доступ, который применялся нами в большинстве случаев, целесообразен при срединном антеселлярном расположении краниофарингиом. При ретроселлярных локализациях с латерализацией опухоли наиболее удобен птериональный доступ. Транскортикальный и транскаллезные доступы оправданы при росте опухоли в полость третьего желудочка, ибо применение в таких случаях базальных доступов чревато повреждением выдвинутых вперед структур гипоталамуса. Транссфеноидальное удаление может быть применено при эндосупраселлярном расположении опухоли.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Журнальные статьи:

1. Алтыбаев У. У., Кариев Г. М. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения краниофарингиом // Журн. Теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2007. - №3. - С. 50-52.

2. Алтыбаев У. У., Кариев Г. М. Оценка качества жизни больных с краниофарингиомами в до- и послеоперационном периоде // Журн. Неврологии. - Ташкент, 2007. - №3. - С. 26-27.

Тезисы:

3. Кариев Г. М., Алтыбаев У. У., Тухтаев Н. Х. Применение компьютерной и магнитно-резонансной томографии при краниофарингиомах // Евразийский радиологический форум. – Астана, 2005. - С. 261-262.

4. Кариев Г. М., Тухтаев Н. Х., Алтыбаев У. У. Качество жизни больных с краниофарингиомами // Полен. чтения. Матер. Всероссийской научно-практической конфер. - СПб, 2007. -С. 203-204.

5. Алтыбаев У. У., Кариев Г. М., Тухтаев Н. Х. Нейроэндоскопия в хирургии краниофарингиом у детей // Полен. чтения. Матер. Всероссийской научно-практической конфер. – СПб, 2007. -С. 250-251.

6. Алтыбаев У. У., Кариев Г. М. Фазность и клиническое течение краниофарингиом // Полен. чтения. Матер. Всероссийской научно-практической конфер. – СПб, 2007. - С. 189.

7. Кариев Г. М., Тухтаев Н. Х., Алтыбаев У. У. Нарушения зрительных функций у детей с краниофарингиомами // Детская нейрохирургия. Матер. II Всероссийской конфер. – Екатеринбург, 2007. -С. 169-170.

8. Тухтаев Н. Х., Алтыбаев У. У. Гормоны гипофиза у больных с краниофарингиомами // Детская нейрохирургия. Матер. II Всероссийской конфер. – Екатеринбург, 2007. - С. 242.

9. Алтыбаев У. У., Кариев Г. М., Тухтаев Н. Х. Результаты эндоскопического удаления краниофарингиом // Детская нейрохирургия. Матер. II Всероссийской конфер. – Екатеринбург, 2007. -С. 121-122.

10. Altibaev U. U., Kariev G. M., Yakubov J. B. Estimation of quality of life of patients with craniopharyngiomas // World Federation of Neurosurgical Societies, 13-th Interim Meeting. The 12-th Asian-Australian Congress of Neurological Surgeons, Nagoya, Japan. – 2007. – P. 435.

11. Yakubov J. B., Kariev G. M., Altibaev U. U. The results of endoscopic treatment of craniopharyngiomas // World Federation of Neurosurgical Societies, 13-th Interim Meeting. The 12-th Asian-Australian Congress of Neurological Surgeons, Nagoya, Japan. – 2007. – P. 579.

12. Алтыбаев У. У., Яхшиев З. Р. Эндоскопическая аспирация краниофарингиальных кист // Актуал. проб. дет. травмат. ортопед. и нейрохир. Матер. научно-практической конфер. – Ташкент, 2007. -С. 256-257.

13. Алтыбаев У.У., Кариев Г.М. Результаты микрохирургического удаления краниофарингиом // Актуал. проб. нейрохир. Матер. III научно-практической конфер. – Ташкент, 2008. -С. 102-103.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Алтибаев Уйгун Учкунувич 14.00.28. – нейрохирургия ихтисослиги бўйича «Краниофарингиомаларнинг хирургик даволаш усулларини нисбий характеристикаси» мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч (энг муҳим) сўзлар: краниофарингиома, краниофарингиал киста, Ратке ўсмалари, хиазмал-селляр ўсмалар, гипофизар соха ўсмалари.

Тадқиқод манбалари: краниофарингиома бўйича даволанган 71 беморнинг текшириш ва даволаш натижалари ўрганилди. Улардан 25 бемор пункцион усул билан даволанган, 22 бемор эндоскопик йули билан ва 25 бемор микрохирургик йўл билан даволанган.

Ишнинг мақсади: Краниофарингиомаларни даволашда оптимал хирургик усулни танлаш асосида беморларнинг хаёт сифат кўрсаткичларини ошириш.

Тадқиқот усули: клиник–неврологик ва рентгенологик (шу жумладан, компьютер-аксиал томографиялар ҳамда магнит-резонанс томографиялар).

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: Краниофарингеомалар билан хасталанган беморларнинг операциядан олдинги, операциядан кейинги ва касаликнинг узок муддатларидаги хаёт сифати кўрсаткичларини ўрганиш асосида пункцион, эндоскопик ва микрохирургик даволаш усулларини қиёсий таҳлил қилинди.

Ўтқазилган таҳлил асосида краниофарингиомаларда топографо анатомик ўсиш вариантларини, краниофарингиома структурасини ва беморларнинг умумий ахволини ҳисобга олган ҳолда хирургик даво усулларини танлаш алгоритми ишлаб чиқилди.

Амалий аҳамияти: беморнинг ёши, ўсма локализацияси, ҳажми ва беморлар ахволининг оғирлик даражаси асосида оптимал хирургик даволаш усулларини танлаш тавсия этилди. Олинган натижалар краниофарингиомаларнинг хирургик даволаш усулларини оптималлаштириш, касалликнинг қайталаниши ва асоратларнинг камайишига олиб келди.

Краниофарингиомани даволашда хирургик тактикани танлаш ва методологик яқинланиш беморлар яшаш сифатини ошишига олиб келди.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: Ишлаб чиқилган хирургик даволаш алгоритми Ўзбекистон ССВ Республика нейрохирургия илмий марказида бош мия ўсмаларини даволаш амалиётига, ҳамда Тошкент тиббиёт академиясининг травматология, нейрохирургия ва ХДЖ кафедрасида маъруза ва амалий машғулотлар сифатида татбиқ этилган.

Қўлланиш (фойдаланиш) соҳаси: нейрохирургия, неврология, эндокринология.

РЕЗЮМЕ

диссертации Алтыбаева Уйгуна Учкунувича:

«Сравнительная оценка методов хирургического лечения краниофарингиом»
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности
14.00.28 – Нейрохирургия

Ключевые слова: краниофарингиома, краниофарингиальная киста, опухоли кармана Ратке, опухоли хиазмально-селлярной области, опухоли гипофиза.

Объекты исследования: 71 больной с краниофарингиомами. 25 больных с пункционным опорожнением краниофарингиом, 22 эндоскопических и 24 микрохирургических удалений краниофарингиом.

Цель работы: сравнительный анализ методов хирургического лечения краниофарингиом для определения оптимальной тактики.

Метод исследования: неврологический и рентгенологический (включая компьютерно-аксиальную томографию и магнитно-резонансную томографию).

Полученные результаты и их новизна: На основе изучения качества жизни больных с краниофарингиомами до и после операции, и в отдаленные сроки произведен сравнительный анализ пункционного, эндоскопического и микрохирургического методов лечения краниофарингиом.

На основе проведенного анализа разработан алгоритм выбора метода хирургического лечения краниофарингиом с учетом топографо-анатомических вариантов роста, структуры краниофарингиом и тяжести состояния больных.

Практическая значимость: Предложен оптимальный выбор метода хирургического лечения в зависимости от возраста, локализации, объема, и степени тяжести больного. Полученные данные позволили оптимизировать методы хирургического лечения краниофарингиом, снизить частоту рецидивов и послеоперационных осложнений.

Выбор тактики и методический подход к хирургическому лечению больных с краниофарингиомами способствовал улучшению качества жизни пациентов.

Степень внедрения и экономическая эффективность: Разработанный алгоритм хирургического лечения применяется при лечении больных с краниофарингиомами в клинике Республиканского научного центра нейрохирургии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Результаты исследования используются при чтении лекций и проведении практических занятий со студентами на кафедре травматологии, нейрохирургии и ВПХ Ташкентской медицинской академии.

Область применения: нейрохирургия, неврология, эндокринология.

RESUME

Thesis of Altibaev Uygun Uchkunovich “The comparing estimation of methods of surgical treatment of craniopharyngiomas” on competition for academic degree of the candidate of medical sciences on a specialty 14.00.28 - Neurosurgery.

Key words: Craniopharyngioma, craniopharyngeal cyst, tumours of Rathke pouch, tumours of sellar region, pituitary tumours.

Subjects of the inquiry: 71 patients with craniopharyngioma, 25 patients with cyst puncture, 22 patients with endoscopic aspiration and 24 patients with microsurgical removal of craniopharyngiomas.

Aim of the inquiry: To improve the quality of life of patients with craniopharyngiomas by choosing the optimal methods of surgical treatment

Method of inquiry: neurological and X-rays (including computer axial tomography and MRT-tomography)

The results achieved and their novelty: On the base of study of quality of life of patients with craniopharyngiomas before and after the operation, and at ultimate terms the benchmark analysis of punctional, endoscopic and microsurgical methods is made.

On the base of analysis the algorithm of the choice of surgical methods of craniopharyngiomas is designed with account of topographer-anatomical variants, structures of craniopharyngiomas and gravity of patient's condition.

Practical value: The optimal choose of methods of surgical treatment according with age, localization, volume, degree of patient's heaviness have been suggested. The received datas allowed to optimize the methods of surgical treatment of craniopharyngiomas, reduce the rate of recurrences and complications after operation.

The choice of tactics and methodological approach to the treatment of patients with craniopharyngiomas contributed to the improving of quality of life of patients.

Degree of embed and economic effectivity:

The worked out algorithm of surgical treatment has involved to the treatment of patients with craniopharyngiomas in the republican scientific centre of neurosurgery of Ministry of public Health of the Republic of Uzbekistan. The results of investigation are used in educational process of the department of traumatology, neurosurgery of Tashkent Medical Academy as a lectures and practical classes.

Sphere of usage: neurosurgery, neurology, endocrinology.

Соискатель