

- астроцитома - пилоцитарный вариант (1 случай), и протоплазматический вариант (1 случай).

**Выводы:**

1. К морфологическим особенностям продолженного роста менингиом были отнесены наличие участков некрозов и очагов обызвествления в зонах некроза;

кроме того, отсутствие тенденции к озлокачествлению.

2. Нейроэпителиальные опухоли характеризовались наличием большого количества сосудов с выраженной пролиферацией эндотелия, очагов некроза, и более высокой степенью анаплазии (при сравнении с материалом после первой операции).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА

*К.Э. Махкамов, М.М. Азизов*

*Отделение нейрохирургии,*

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи*

Исследовали результаты лечения осложненных аденом гипофиза мозга по данным отделения нейрохирургии республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. С ноября 2005 года в нейрохирургическом отделении внедрен трансфеноидальный подход к опухолям гипофиза. За этот период выполнено 90 операций. На основании клинико-инструментальных исследований, интраоперационно и по данным микроскопического исследования выявлены 47 осложненных аденом гипофиза разной степени тяжести и периода течения. Из них в 16 случаях выявлен ишемический тип осложненных аденом гипофиза, в 11 по геморрагическому типу, 1 случае был выявлен синдром пустого турецкого седла и в 2 кистозная аденома гипофиза. По размерам были распределены на: гигантские АГ - 6, микроаденома – при неизменном турецком седле - 1, небольшая АГ (16-25 мм) -5, средняя (26-35 мм)-10, большая (свыше 36 мм)-15 больных. Оперативное вмешательство проведены разные периоды заболевания: в остром периоде прооперированы 5 больных, остальные в периоде осложнений и последствий. Все больные были оперированы трансфеноидально. Операции выполнялись с использованием операционного микроскопа с этапа рассечения слизистой перегородки носа. Летальных исходов не было. В 3 случаях отмечалась ликворея, которая ликвидировалась через 3 дня после проведения консервативной терапии и соблюдения строго постельного режима.

Клиническая картина протекала на фоне симптоматики, обусловленной АГ: ее размерами, направлением роста и гормональной активностью

и была динамична. Первые двое суток она определялась острой гипоталамо-гипофизарной дисфункцией, из-за нарушений, в первую очередь, внутри АГ; направлением внезапного расширения опухоли и возможным разрывом ее капсулы. При кровоизлиянии в АГ симптоматика была обычно более яркой и полиморфной, чем при развитии некроза в опухоли. Из всех осложненных аденом гипофиза в 25 случаях выявлен полиморфный, разной степени тяжести дизэнцефальный синдром, из которых у 19 больных синдром был диагностирован до операции. В среднем больные находились в стационаре 7 дней (от 3 до 9 дней).

У 25 пациентов удалось получить катamnестические данные в сроки от 6 месяцев до 2.5 лет. За этот период времени у 3 больных отмечен продолженный рост опухоли в сроки от 1 года до 2 лет. Одна пациентка прооперирована повторно, одна больная прошла курс лучевой терапии в связи с продолженным ростом, один оставлен под наблюдением из-за отсутствия нарастания очаговой симптоматики.

Больные с АГ осложненные кровоизлиянием и некрозом опухоли составляют особую группу среди больных аденомой гипофиза, что необходимо учитывать при их лечении. Результаты лечения зависят от тяжести и периода осложненных АГ, во время которого производится хирургическое вмешательство. Несмотря на то, что методом выбора лечения осложненных АГ является трансфеноидальная аденомэктомия, благоприятный исход после операции возможен при адекватной консервативной терапии, направленной на коррекцию гемодинамических нарушений и поддержание гомеостаза.