

УДК 616.83

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ГИГАНТСКИМИ АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА

© А.Ю. Улитин, В.Е. Олюшин, В.Ф. Мелькишев, Н.В. Маркова, К.С. Бурнин

Ulitin A.Y., Olyushin V.E., Melkishev V.F., Markova N.V., Burnin K.S. Postoperative lethality among patients with huge pituitary adenomas. It is necessary to consider incomplete erasion of a tumour mass, invasive eradication of tumour (as an element hindering the radicalism of operation), and also the somatic status of the patient as a major factor influencing lethality. More often the death is caused by hemorrhage in the rest part of tumour (37,5 %) that coincides with the data of many authors. Higher lethality among patients with huge PA can be connected with aspiration of some neurosurgeons to the greater radicalism of operation or with reference to this group of tumours of the greater size (more than 4 sm).

ВВЕДЕНИЕ

Аденомы гипофиза составляют 9,5–19,4 % всех первичных опухолей головного мозга [1–3], находясь на 3-м месте после глиальных опухолей и менингиом. Значительным достижением в развитии хирургии АГ явилась разработка и внедрение микрохирургической техники, что существенно снизило летальность и улучшило исходы лечения в целом. Однако при гигантских, инфильтративно растущих АГ результаты лечения все еще остаются неудовлетворительными, а летальность составляет 5–15 % [4–11].

Результаты. Проведен анализ послеоперационной летальности среди 296 больных с гигантскими (более 4 см) аденомами гипофиза, оперированных в Российском нейрохирургическом институте им. проф. А.Л. Поленова в период 1986–2004 гг. Всего скончалось 15 человек. Еще одна больная погибла во время лучевого лечения (после 5-го сеанса) на 25 сутки после оперативного вмешательства от кровоизлияния в оставшуюся значительную часть аденомы. Таким образом, послеоперационная летальность в нашей группе больных составила 5,4 %. 11 пациентов умерли в первые 15 суток после операции. Мужчин и женщин было поровну. Средний возраст умерших составил $53,4 \pm 11,6$ лет, однако, необходимо подчеркнуть, что 6 (37,5 %) имели возраст более 60 лет, а еще 3 (18,7 %) – старше 50.

У 5 (31,2 %) больных причиной смерти явилось кровотечение из язв желудочно-кишечного тракта – в среднем, на $10,2 \pm 3,2$ сутки. Следует отметить, что в 4-х случаях у больных была хроническая язва желудка или 12-перстной кишки, а в одном случае язва развивалась остро на фоне больших доз кортикостероидов. У 2 умерших оно было диагностировано только на аутопсии. Еще у 6 (37,5 %) больных к летальному исходу привело кровоизлияние в остатки опухоли с развитием отека мозга и его дислокации – в среднем, на $6 \pm 2,1$ сутки после операции. Воспалительные осложнения (вентрикулит, менингит, менингоэнцефалит) были причиной смерти на $33,3 \pm 5,8$ сутки у 3 (18,7 %) больных и у 2 (12,5 %) таковой послужило нарушение кровообращения в стволе головного мозга на $10,1 \pm 2,5$ сутки послеоперационного периода. У одной женщины

с желудочным кровотечением и одного мужчины с кровоизлиянием в оставшуюся часть опухоли непосредственной причиной смерти явилась тромбоэмболия легочной артерии.

У 2 умерших больных был диагностирован рак гипофиза (в одном случае с множественными метастазами в головной мозг). Большинство больных имели смешанный вариант распространения опухоли – 9 (56,2 %), 2 (12,5 %) – преимущественно супраселлярный, 1 (6,2 %) – преимущественно, инфраселлярный, еще 1 (6,2 %) – преимущественно, ретроселлярный и у 3 (18,7 %) пациентов был смешанный вариант роста аденомы. По всей видимости, направление роста опухоли не имело существенного значения в развитии летальных осложнений. Не играл значимой роли и такой фактор, как инвазивность аденомы – она отмечалась только у 9 (56 %) умерших – разве что в качестве фактора, снижающего радикальность резекции новообразования: в 4 (25 %) аденома была удалена тотально (внутрикапсулярно с иссечением, в ряде случаев доступных участков капсулы), в 7 (43,7 %) выполнено субтотальное удаление (оставлены участки опухоли в области дна III желудочка, в кавернозном синусе, на хиазме или в носовых ходах) и в 5 (31,2 %) случаях опухоль удалена частично.

По нашим представлениям, гормональная активность аденомы не влияет на послеоперационную летальность. У 2 умерших была пролактинома (5 % от всех пролактином), у 1 – соматотропинома (4 % всех соматотропином), остальные имели гормонально-неактивную аденому гипофиза (6 % из числа неактивных форм опухоли).

Несомненно, на летальный исход оказывает влияние соматический статус больных. В нашей работе 5 (31,2 %) больных имели избыточную массу тела; 6 (37,5 %) страдали ишемической болезнью сердца, а 4 (25 %) – гипертонической болезнью. 12 (75 %) имели различную патологию внутренних органов: хронический пиелонефрит, хронический тромбофлебит, хронический гастрит, пневмофиброз, варикозную болезнь и др. Справедливости ради следует указать, что большинство пациентов – 12 (75 %) поступили в стационар

в компенсированном состоянии (более 60 баллов по шкале Карновского).

Повторные операции в связи с возникшими осложнениями выполнялись у 7 (43,7%) погибших пациентов и 4 из них было выполнено две операции, а одна больная с метастазами рака гипофиза оперирована трижды по поводу кровоизлияний в различные узлы опухоли. Целью повторных хирургических вмешательств было удаление остатков опухоли с кровоизлиянием, а у одной больной были удалены поочередно с промежутком в 3 дня гематомы в обеих лобных долях, обусловленные тракционными повреждениями их во время подхода к опухоли. Во всех случаях из-за выраженного отека мозга костный лоскут удалялся, а у 6 пациентов возникла необходимость в установлении вентрикулярного дренажа (у 3 в связи с развитием вентрикулита). У 9 (56,2%) развился на 4–7 сутки после операции трудно регистрируемый диэнцефально-катаболический синдром.

Из 16 умерших пациентов признаки апоплексии имели 9 (56,2%). Данный факт не влияет непосредственно на летальность, но, вне всякого сомнения, говорит о более высоком риске кровоизлияния в неудаленную часть опухоли в раннем послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ

Исходя из анализа послеоперационных осложнений, приведших к летальному исходу, можно сделать вывод, что основным фактором, оказывающим влияние на летальность следует считать неполное удаление массы опухоли, инвазивный рост опухоли (как элемент, препятствующий радикализму операции), а также соматический статус больного. Чаще всего к смерти вело кровоизлияние в оставшуюся часть опухоли (37,5%), что совпадает с данными многих авторов и, в целом, уровень послеоперационной летальности соответствует таковому в других работах [12–17]. Более высокая летальность среди больных гигантскими АГ может быть

связана со стремлением некоторых нейрохирургов к большей радикальности операции или же с отношением к этой группе опухолей большего размера (более 4 см).

ЛИТЕРАТУРА

1. Улитин А.Ю. Эпидемиология опухолей головного мозга в Санкт-Петербурге: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1997.
2. Couldwell W.T., Weiss M.H. Pituitary macroadenomas // ed. M.L. Apuzzo. Brain surgery: complication avoidance and management. Churchill Livingstone, 1993. P. 295–312.
3. Gold E.B. Epidemiology of pituitary adenomas // Epidemiol. Rev. 1981. V. 3. P. 163–183.
4. Гофман В.Р., Лебедев К.А., Усанов Е.И., Шустов С.Б. О тактике хирургии опухолей турецкого седла. СПб., 1995.
5. Григорьев А.Ю. Осложнения в ранние сроки после операции у больных с аденомами гипофиза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2003.
6. Кадашев Б.А. Показания к различным методам лечения аденом гипофиза: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1992.
7. Коновалов А.Н., Федоров С.Н., Соколов А.Ф. Катамnestическая оценка результатов хирургического и комбинированного лечения опухолей гипофиза // Вopr. нейрохирургии. 1984. № 3. С. 3–9.
8. Ярцев В.В., Абдуллаев Н.А. Экстраселлярные аденомы гипофиза – причины послеоперационной летальности // Материалы 2 Всесоюз. съезда нейрохирургов. М., 1976. С. 254–256.
9. Garibi J., Pomposo I., Villaz G., Gastombide S. Giant pituitary adenomas: clinical characteristics and surgical results // Br. J. Neurosurgery. 2002. Apr. № 16 (2). P. 133–139.
10. Symon L., Jakubowski J., Kendall B. Surgical treatment of giant pituitary adenomas // Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1979. № 42. P. 973–982.
11. Zervas N.T. Surgical results for pituitary adenomas: results of an international survey // Secretory Tumors of the Pituitary Gland / eds. Z. Black, M. Ridgway. N. Y.: Raven Press, 1984. P. 377–38.
12. Егоров Б.Г., Барон М.А., Салазкин М.А. Анатомическое обоснование техники энуклеации аденом гипофиза // Тр. Всесоюз. конф. нейрохирургов. М., 1962. С. 26–55.
13. Пацко Я.В. Аденомы гипофиза с обширным экстракеллярным распространением: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Киев, 1987.
14. Тиглиев Г.С., Мельниченко В.Ф., Камалова Г.М. Гигантские аденомы гипофиза. Л., 1985. 15 с. ВНИИМИ МЗ СССР, № 10185–85.
15. Guidetti B., Fraioli B., Cantore G.P. Results of surgical management of 319 pituitary adenomas. Acta Neurochir (Wien), 1987. № 85. P. 117–124.
16. Mohr G., Hardy J., Comtois R., et al. Surgical management of giant pituitary adenomas // Can. J. Neurol. Sci. 1990. № 17. P. 62–66.
17. Shiman I., Melmed S. Management of pituitary tumours // Ann. Intern. Med. 1998. № 129. P. 472–483.

Поступила в редакцию 16 мая 2006 г.