

© Меркулов О.А., Попов В.Е., 2011

О.А. Меркулов^{1,2}, В.Е. Попов¹

ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ЭНДОНАЗАЛЬНЫХ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ КРАНИОФАРИНГИОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

¹Морозовская детская городская клиническая больница, ²кафедра отоларингологии факультета последипломного образования Московского государственного медико-стоматологического университета, Москва

В исследование включены 12 детей и подростков с краниофарингиомой (КФ) в возрасте от 1 года до 18 лет (средний возраст $10 \pm 3,6$ лет), находившихся на лечении в отделении нейрохирургии Морозовской детской городской клинической больницы в 2009 г. Всем детям проводилось хирургическое лечение с использованием эндоскопического эндоназального видеомониторинга. В 7 (58,5%) случаях КФ отмечалась у мальчиков и в 5 (41,5%) – у девочек. Локализацией опухоли в 7 (58,4%) случаях была область турецкого седла (интраселлярное расположение), у 4 (33,3%) пациентов – супраселлярное расположение и у одного ребенка (8,3%) – распространение в переднюю черепную ямку. Приблизительные сроки заболевания от момента появления первых симптомов заболевания до проведения хирургического лечения составили от 2 мес до 5 лет.

Клинические проявления КФ зависели главным образом от объема опухоли и ее воздействия на соседние анатомические структуры, такие как гипофиз, зрительный нерв, ликворная система, что выражалось формированием индивидуального симптомокомплекса, включающего изолированное или сочетанное развитие гормональных нарушений, зрительных расстройств и гипертензионного синдрома.

Учитывая то, что в большинстве случаев КФ локализовалась в пределах турецкого седла, у всех наблюдаемых пациентов в той или иной степени выраженности отмечались гормональные расстройства, которые чаще всего проявлялись нарушением роста с признаками раннего полового созревания, преимущественно отмечалась задержка развития лицевого скелета. Помимо этого отмечались симптомы вторичной недостаточности функции щитовидной железы и надпочечников, а также несахарного диабета и нарушения терморегуляции.

По совокупным данным уровни гормонального дефицита у пациентов с КФ в нашем исследовании составили 65% для соматотропина, 42% для кортикотропина, 27% для тиреотропина и 32% для антидиуретического гормона. В то же время у пациентов с ускоренным половым созреванием отмечена гиперпродукция фолликулостимулирующего гормона/лютеинизирующего гормона (ФСГ/ЛГ) до 48%.

Зрительные расстройства у 10 (83%) пациентов включали в себя снижение остроты зрения с битемпоральной гемианопсией, первичной атрофией зритель-

ных нервов, реже со вторичной атрофией вследствие застойных дисков.

Блок ликвороциркуляции проявлялся гипертензионно-гидроцефальным синдромом (головные боли, рвота, тошнота).

Среди других неврологических расстройств у 3 (25%) пациентов отмечались нарушение координации движений, мышечная дистония и горизонтальный нистагм.

Комбинация синдромов отмечена у 9 (75%) пациентов. В этих случаях КФ была диагностирована на поздних стадиях и представляла собой распространенное новообразование.

Диагноз КФ устанавливали методами компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). По данным КТ оценивали анатомию окружающих костных структур, а также наличие участков кальцификации. При этом кистозные компоненты КФ выглядели гипоинтенсивными, в то время как участки кальцификации – гиперинтенсивными. Для лучшей визуализации гомогенных участков или кистозных капсул применяли контрастирование. Методом МРТ устанавливали точную локализацию опухоли, ее структуру и взаимоотношение с соседними сосудисто-нервными образованиями.

В наших наблюдениях у всех больных выявлен адантиматозный тип КФ. У 3 (25%) пациентов КФ имела кистозное строение, в одном случае (8%) – солидное, а у 8 (62%) пациентов выявлялась смешанная опухоль.

Хирургическое лечение наблюдаемых пациентов проводили в положении больного лежа на спине усилиями двух хирургов – в 4 руки. Выполняли как односторонний, так и двусторонний подходы, что на практике имело значение в зависимости от размеров новообразований: в случае небольших ограниченных опухолей выполняли односторонний подход, в то время как двусторонний подход был необходим при распространенных процессах.

Доступ к КФ осуществляли посредством формирования комбинированного трансфеноидального/трансетмоидального коридора, который позволял манипулировать не только в просвете клиновидной пазухи и турецкого седла, но и в области площадки клиновидной кости, супраселлярной цистерны, инфрасфеноидальной части кливуса и медиального кавернозного синуса. В одном случае хирургическое лечение проведено в два

этапа: вначале была удалена крупная киста КФ, располагавшаяся в передней черепной ямке слева, через 3 месяца выполнена повторная операция с удалением оставшейся части КФ. Во время операции использовали эндоскопы с различными углами направления наблюдения в зависимости от задач удаления конкретных опухолевых узлов.

Эндоскопическая резекция КФ предусматривала ее удаление по частям, начиная с середины, что способствовало коллапсу периферической части опухоли и возможности более аккуратной мобилизации капсулы с последующим отделением ее от окружающих структур. Использование бимануальной техники значительно облегчало коагуляцию и удаление капсулы, способствуя более точному ощущению глубины при резекции.

Закрытие образующихся дефектов основания черепа выполняли следующим образом: субдуральный слой представлял собой фрагмент жировой клетчатки; экстрадуральный интракраниальный слой – широкая фасция бедра; вслед за этим проводили пластику трепанационного окна, при которой использовали более плотные материалы: кусочки кости или смоделированный хрящ, взятые из перегородки носа. Далее на операционное поле укладывали фрагмент широкой фасции бедра, предварительно проведя скарификацию окружающей слизистой оболочки. Все аутогкани фиксировали биологическим фибрин-тромбиновым клеем.

В конце операции проводили тампонаду полости носа эластичными тампонами. Первый тампон устанавливался непосредственно в зону операции – в средний или верхний носовой ход и являлся фиксирующим. Второй тампон устанавливался в общий носовой ход и носил функцию поддерживающего.

Все пациенты в течение 2–3 суток после операции находились в отделении реанимации, соблюдали строгий постельный режим. Во всех случаях использовали люмбальный дренаж, который держали в открытом состоянии с выведением 3–4 мл цереброспинальной жидкости в час. После перевода в общую палату строгий

постельный режим заменяли на общий с ограничением движений. В вертикальном положении дренаж перекрывали. При этом рекомендовали пациентам избегать нагрузок, сходных с пробой Вальсальвы: кашля, чихания, форсированного сморкания, быстрых перемен положения головы и туловища, назначали послабляющую диету. Люмбальный дренаж закрывали на 3-и сутки и оценивали наличие или отсутствие послеоперационной ликвореи. Эластичные тампоны из полости носа удаляли на 5–7-й день.

После выписки динамический контроль за пациентами осуществляли усилиями команды специалистов, включая нейрохирурга, отоларинголога, офтальмолога и эндокринолога. Каждые 3 месяца проводили исследование гормонального статуса, каждые 3–6 месяцев – МРТ. Подобный мониторинг продолжали в течение 3 лет с постепенным увеличением интервала наблюдения при отсутствии рецидива заболевания.

При анализе ближайших результатов оперативных вмешательств регресс гормональных нарушений (гиперпитуитаризма) был отмечен у 9 (83%) пациентов. У остальных детей потребовалось продолжение гормональной терапии. Только в одном случае (8,5%) отмечено развитие пангипопитуитаризма и у одного ребенка (8,5%) – возникновение несахарного диабета, что подчеркивает необходимость более щадящего удаления опухолевой ткани, не повреждая структуру гипофиза и гипоталамуса.

Лучшая визуализация также позволила бережно манипулировать и в области органа зрения. Улучшение зрительной функции отмечено у 10 (90%) из 11 пациентов с исходным ее нарушением.

Таким образом, использование эндоскопических эндоназальных подходов к основанию черепа у ряда пациентов детского возраста с КФ является высокоэффективным и достаточно безопасным методом лечения, ассоциированным с высокими показателями улучшения зрительной и эндокринной функций и низким уровнем рецидивирования.