

## НЕЙРОХІРУРГІЯ

---

**Выводы.** Ведущими неврологическими симптомами в исследуемой группе пациентов были: зрительные расстройства, головная боль, глазодвигательные нарушения, проводниковые расстройства. Признаки гипофизарной недостаточности, на фоне гиперпролактинемии, обнаружены почти у 2/3 пациентов.

**Ключевые слова:** гигантская аденома гипофиза, пролактин, гиперпролактинемия, гипопитуитаризм.

*O.M. Voznyak*

### Clinical manifestations of giant prolactin-secreting pituitary adenomas

Center of Neurosurgery, Clinical Hospital "Pheophania"  
of the State Affairs Department, Kyiv

**Introduction.** The authors have analyzed clinical manifestations of giant prolactin-secreting pituitary adenomas from their own practical experience. A symptom of the disease distribution on neurological and endocrine, set their rate of discovery in the study group.

**Materials and methods.** We have investigated symptoms in 24 patients with giant prolactin-secreting pituitary adenomas who received surgical treatment in 2009-2014. The study group was formed from 19 men and 5 women, mean age - 41.4 years.

**Results.** The knowledge of clinical manifestations of giant prolactin-secreting pituitary adenomas and understanding of the pathogenic mechanisms of clinical symptoms is extremely important because it allows us to diagnose these tumors at the early stage of their clinical manifestation, to develop effective schemes of surgical and combined treatment, and to appoint replacement and corrective treatment.

**Conclusions.** The leading neurological symptoms in the study group of patients were visual disturbances, headache, oculomotorius disturbances, conductive disorders. Pituitary insufficiency symptoms against the background of hyperprolactinemia were found in almost 2/3 of patients.

**Key words:** giant pituitary adenoma, prolactin, hyperprolactinemia, hypopituitarism.

*Відомості про автора:*

**Возняк Олександр Михайлович** – к. мед. н., доцент, кафедра нейрохірургії НМАПО імені П.Л. Шупика. Керівник центру нейрохірургії КЛ «Феофанія» ДУС. Адреса: м. Київ, вул. Заболотного 21, тел.: (044) 259-68-46.

УДК 616-006.482

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2016

*М. С.Гудим, А.А.Обливач, К.М.Виваль*

### КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ПУХЛИН КРАНІООРБІТАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ

ДУ "Науково-практичний центр ендоваскулярної нейрорентгенохірургії  
НАМН України", м. Київ,

Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л. Шупика, м. Київ,

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ

**Вступ.** Краніоорбітальна нейроонкологія до сьогодні залишається складну проблему клінічної медицини

**Мета.** Вивчити нейроофтальмологічну та неврологічну симптоматику при новоутвореннях краніоорбітальної області.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати лікування 136 пацієнтів з локалізацією об'ємних утворень та розповсюдженням на орбіту: пагорбок клиновидної кістки – 28 випадків, риноольфакторна ямка – 20 випадків, крила основної кістки - 47, інші краніоорбітальні пухлини - 41. Середній вік хворих склав 42,3 роки. Пацієнти були розподілені на клініко-діагностичні групи відповідно до локалізації новоутворень. Статистична обробка результатів проведена з використанням програми SPSS Statistics 18.0.

**Результати.** У хворих з краніоорбітальними пухлинами спостерігали поєднання неврологічної та офтальмологічної симптоматики різного ступеня вираженості. Неврологічна симптоматика при краніоорбітальних пухлинах у вигляді загально-мозкової симптоматики виявлена у 110-ти (90±4,3)%, вогнищевий неврологічний дефіцит у 97-ми (80±3,9)%. Особливості офтальмологічної симптоматики у вигляді зниження гостроти зору, екзофтальму, диплопії, болю в ділянці орбіти, атрофії / набряку диску зорового нерва відрізнялися відповідно до локалізації новоутворень. Клінічні прояви у хворих з пухлинами, що поширювалися на верхину орбіти, канал зорового нерва і верхньо-очнуюмкову щілину, характеризувалися різного ступеня вираженості синдромом вершини орбіти. У хворих з об'ємними утвореннями задньої третини орбіти клініка проявлялася переважно симптомами здавлення патологічним вузлом очного яблука, окорухових м'язів, верхньої очної вени. В клінічній картині пацієнтів з пухлинами задньої третини орбіти, що розташовуються всередині м'язового конуса, переважали симптоми об'ємного дії пухлини на вміст очниці (екзофтальм) і здавлення зорового нерва. Клінічні прояви у хворих з новоутвореннями передніх двох третин очниці характеризувалися симптомами механічної компресії очного яблука і дистальних гілок верхньої очної вени пухлинним вузлом.

**Висновки.** У клінічній картині краніоорбітальних пухлин найбільш характерними є поєднання офтальмологічних і неврологічних симптомів, при цьому їх вираженість для кожного хворого індивідуальна. Вираженість клінічних проявів порушень функції очного яблука та/або зору при краніоорбітальних пухлинах залежить від розміру і локалізації орбітальної частини пухлини. При переважно інтракраніальному розміщенні новоутворення в більшості випадків, переважають симптоми, що викликані екстракраніальним поширенням процесу та приводом звернення пацієнтів за медичною допомогою.

**Ключові слова:** пухлини, краніоорбітальна ділянка, перебіг.

**Вступ.** Краніоорбітальна нейроонкологія - особливий напрямок базальної хірургії, що фокусується на «прикордонних» видах патології, які не належать ні до однієї із основних хірургічних спеціальностей (нейрохірургія, ЛОР - хірургія, офтальмологія та ін.), а їх діагностика і хірургічне лікування представляють складну проблему клінічної медицини [1,3,5].

Топографічна специфіка краніоорбітальної області вимагає особливого методологічного підходу до проблем діагностики та лікування цієї категорії хворих. Пухлини даної локалізації часто виявляють у хворих із зоровими проблемами, екзофтальмом, диплопією та болями в ділянці орбіти, що вказує на необхідність ретельного клінічного та офтальмологічного дослідження у пацієнтів з високим ризиком підозри об'ємних утворень краніоорбітальної ділянки [2]. Сучасні методи нейровізуалізації на якісно новому рівні забезпечують можливість ранньої діагностики новоутворень [6].

Рідкісні і точні дані про частоту краніоорбітальних пухлин мало висвітлені, оскільки пацієнти з орбітальними процесами лікуються та спостерігаються в різних категоріях лікарів. Пізня діагностика цих процесів обмежує можливість їх

## НЕЙРОХІРУРГІЯ

радикального видалення, незважаючи на удосконалення методів хірургічних втручань [4].

Вивчення клінічних особливостей перебігу краніоорбітальних пухлин є необхідним для покращення їх діагностики та результатів лікування [1,4].

**Мета дослідження.** Вивчити нейроофтальмологічну та неврологічну симптоматику в клініці новоутворень краніоорбітальної області.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані результати клінічного та нейровізуалізаційного досліджень 136-ти пацієнтів з об'ємними утвореннями краніоорбітальної ділянки Було зібрано клінічні дані неврологічного огляду при госпіталізації, історію хірургічного втручання, результати лікування. Із них становили - 67 (49±4,1)% чоловіки та 69 (51±4,3)% жінки, віком від 35 до 68 років. За локалізацією краніоорбітальні об'ємні утворення були поділені на пухлини пагорбка клиновидної кістки – 38(28±2,1)%, пухлини риноольфакторної ямки – 30 (20±1,9)%, пухлини крила основної кістки - 47 (35±3,3)%, інші краніоорбітальні пухлини – 21 (15±2,0)%. Пацієнти були розподілені на клініко-діагностичні групи відповідно до локалізації новоутворення. До першої групи увійшли новоутворення (52 випадки), які розповсюджувалися на вершину орбіти, канал зорового нерва і верхньої очноямкової щілини. До другої групи віднесли новоутворення задньої третини краніоорбітальної області і орбіти (42 випадки). Третя група складала новоутворення задньої третини орбіти, що розташовуються усередині м'язового конуса (32 випадки). До четвертої групи відносили новоутворення, що розповсюджувалися на передніх дві третини краніоорбітальної області і очниці (10 випадків).

Статистична обробка результатів проведена з використанням комп'ютерної програми SPSS Statistics 18.0.

**Результати та обговорення.** У всіх випадках краніоорбітальних пухлин спостерігали поєднання неврологічної та офтальмологічної симптоматики різного ступеня вираженості (таблиця 1 ).

Таблиця 1

**Неврологічна та офтальмологічна симптоматика у хворих з краніоорбітальними пухлинами**

Локалізація	Неврологічна симптоматика	Офтальмологічна симптоматика
Пухлини пагорбка клиновидної кістки	32	28
Пухлини риноольфакторної ямки	27	30
Пухлини крила основної кістки	43	39
Інші краніоорбітальні пухлини	19	18
Всього	121	115

Неврологічна симптоматика прикраніоорбітальних пухлин у вигляді загальноомозкової симптоматики виявлена - у 110-ти (90±4,3)% випадках, вогнищевий неврологічний дефіцит - у 97 (80±3,9)% випадках.

Особливості офтальмологічної симптоматики у вигляді зниження гостроти зору, екзофтальму, диплопії, болю в ділянці орбіти, атрофії / набряку диску зорового нерва відрізнялися відповідно до локалізації новоутворень. Клінічні прояви у пацієнтів першої групи характеризувалися різного ступеня вираженості синдрому вершини орбіти. У хворих другої групи об'ємне утворення проявлялося переважно симптомами стиснення пухлинних вузлом очного яблука, окоорухових м'язів, верхньої очної вени. В клінічній картині пацієнтів третьої групи переважали симптоми об'ємного дії пухлини на вміст очниці (екзофтальм) і стиснення зорового нерва. Клінічні прояви новоутворення у хворих четвертої групи характеризувалися симптомами механічної компресії очного яблука і дистальних гілок верхньої очної вени пухлинних вузлом (таблиця 2).

Таблиця 2

**Офтальмологічна симптоматика пацієнтів із краніоорбітальними пухлинами**

Симптом	Кількість пацієнтів
Зниження зору	75
екзофтальм	23
біль в ділянці орбіти	32
диплопія	74
атрофія диску зорового нерва	54
набряк диску зорового нерва	32
Всього	110

Враховуючи різноманітну локалізацію краніоорбітальних пухлин сукупність офтальмологічних симптомів індивідуальна, тоді як неврологічна симптоматика типова, і проявляється як загальноомозковою, так і вогнищевою симптоматикою.

**Висновки.** У клінічній картині краніоорбітальних пухлин найбільш характерними є поєднання офтальмологічних і неврологічних симптомів, при цьому їх вираженість для кожного хворого індивідуальна. Вираженість клінічних проявів порушень функції очного яблука та/або зору при краніоорбітальних пухлинах залежить від розміру і локалізації орбітальної частини пухлини. При переважно інтракраніальному розміщенні новоутворення в більшості випадків, переважають симптоми, що викликані екстракраніальним поширенням процесу та є приводом звернення пацієнтів за медичною допомогою.

**Література**

1. Goldberg S., Cantore W. Tumors of the orbit // J. Curr Opin. Ophthalmol. — 1997. — V 8,N5. — P. 51-6.
2. Turbin R., Pokorny K. Diagnosis and treatment of orbital optic nerve sheath meningioma // J. Cancer Control. — 2004. — V11. — P. 334–41.

3. Schick U., Dott U., Hassler W. Surgical management of meningiomas involving the optic nerve sheath. // J. Neurosury. — 2009. — V. 101. — P. 951–9.

4. Orbital neoplasms in adults: clinical, radiologic, and pathologic review. / Taylor T.D., Gupta D., Dalley R.W., Keene C.D., Anzai Y. // J. Radiographics. — 2013. — V.33,N6. — P.1739-58.

5. Rosa R., Buggage R., Harocopos G. / Ophthalmic pathology and intraocular tumors. San Francisco. — C.: American Academy of Ophthalmology, 2011. — 211 p.

6. Shields J.A., Shields C.L., Scartozzi R. Survey of 1264 patients with orbital tumors and simulating lesions: the 2002 Montgomery Lecture, part 1. // J. Ophthalmology. — 2004. — V.111,N5. —P. 997–1008.

*М. С.Гудим, А.А.Обливач, К.М.Вываль*

### **Клиническое течение опухолей краниоорбитальной области**

**ГУ "Научно-практический центр эндоваскулярной нейрорентгенохирургии НАМН Украины", г. Киев,**

**Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев,**

**Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Киев**

**Введение.** Краниоорбитальные нейроонкология до сих пор остается сложной проблеме клинической медицины.

**Цель.** Изучить нейроофтальмологичную и неврологическую симптоматику при новообразованиях краниоорбитальной области.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 136-ти пациентов с локализацией объемных образований с распространением на орбиту: холмик клиновидной кости – 28 случаев, риноольфакторна ямка - 20, крылья основной кости - 47, другие краниоорбитальные опухоли - 41. Средний возраст больных составил 42,3 года. Пациенты были распределены на клинико-диагностические группы в соответствии с локализацией новообразований. Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы SPSS Statistics 18.0.

**Результаты.** У больных с краниоорбитальными опухолями наблюдали сочетание неврологической и офтальмологической симптоматики различной степени выраженности. Неврологическая симптоматика при краниоорбитальных опухолях в виде общемозговой симптоматики обнаружена у 110 (90 ± 4,3)% , очаго-вый неврологический дефицит у 97 (80 ± 3,9)% пациентов. Особенности офтальмологической симптоматики в виде снижения остроты зрения, экзофтальма, диплопии, боли в области орбиты, атрофии / отека диска зрительного нерва отличались в соответствии с локализацией новообразований. Клинические проявления у больных с опухолями, которые распространялись на вершину орбиты, канал зрительного нерва и верхне глазничную щель характеризовались разной степени выраженности синдромом вершины орбиты. У больных с объемными образованиями задней трети орбиты клиника проявлялась преимущественно симптомами сдавления патологическим узлом глазного яблока, глазодвигательных мышц, верхней глазной вены. В клинической картине пациентов с опухолями задней трети орбиты, расположенными внутри мышечного конуса преобладали симптомы объемного действия опухоли на содержание глазницы (экзофтальм) и сдавление

зрительного нерва. Клинические проявления у больных с новообразованиями передних двух третей глазницы характеризовались симптомами механической компрессии глазного яблока и дистальных ветвей верхней глазной вены опухолевым узлом.

**Выводы.** В клинической картине краниоорбитальных опухолей наиболее характерны сочетание офтальмологических и неврологических симптомов, при этом их выраженность для каждого больного индивидуально. Выраженность клинических проявлений нарушений функции глазного яблока и / или зрения при краниоорбитальных опухолях зависит от размера и локализации орбитальной части опухоли. При преимущественно интракраниального размещенных новообразованиях в большинстве случаев, преобладают также симптомы вызваны экстракраниальным распространением процесса, что и является поводом обращения пациентов за медицинской помощью.

**Ключевые слова:** опухоли, краниоорбитальная область, течение.

*M.S. Gudim, A.A. Oblyvach, K.M. Vyval*

## Clinical course of tumors in cranio-orbital area

SO "Scientific Practical Center of Endovascular Neuroradiology of the NAMS Ukraine",

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,

Kyiv City Clinical Emergency Hospital

**Introduction.** Cranio-orbital tumors remain a complex problem of clinical medicine.

**Aim.** To study ophthalmological and neurological symptoms of tumors in cranio-orbital area.

**Materials and methods.** There were analyzed the results of treatment of 136 patients with tumor with orbital invasion. Among them there were 28 tumors of sphenoid bone, 20 tumors of olfactory groove, 47 tumors of sphenoid wings and other 41 were cranio-orbital tumors. The average age of patients was 42.3 years. The patients were divided into clinical and diagnostic groups according to the localization of the tumors. Statistical analysis was done with SPSS Statistics 18.0.

**Results.** The patients with cranio-orbital tumors have a combination of neurological and ophthalmological symptoms of different severity. Neurological symptoms in cranio-orbital tumors were found in 110 (90±4.3)%, focal neurological deficit in 97 (80±3.9)%. Ophthalmological symptoms such as reduced visual acuity, exophthalmos, diplopia, pain in the orbit atrophy / swelling of the optic nerve differ according to the location of tumors. Clinical manifestations in patients with tumors that spread to the top of the orbit, the optic canal and the upper orbital fissure were characterized by the orbital syndrome of different severity. In patients with space-occupying mass in posterior third of the orbit the clinic was mainly manifested by the symptoms of compression of the eyeball, eye muscles, upper ophthalmic vein. In patients with the tumor of the posterior third of the orbit, located within the muscle cone, the symptoms were associated with tumor space-occupying content such as proptosis and compression of the optic nerve. Clinical manifestations in patients with tumors of the anterior two thirds of the orbit were characterized by mechanical compression of the eyeball and distal upper branches ophthalmic vein.

**Conclusions.** The clinical picture of the cranio-orbital tumors includes a combination of the ophthalmological and neurological symptoms. Their severity for each patient is individual. The severity of the clinical manifestations of the cranio-orbital tumors depends on the size and location of orbital content. The symptoms of the intracranial tumors are usually caused by extracranial dissemination, which is the reason for patient to seek treatment.

**Key words:** tumors, cranio-orbital area, course.

**Відомості про авторів:**

**Гудим Максим Степанович** - нейрохірург Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Адреса: Київ, вул. Братиславська, 3, тел.: 518-03-35.

**Обливач Андрій Анатолійович** - к. м. н., нейрохірург Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Адреса: Київ, вул. Братиславська, 3, тел.: 518-03-35.

**Виваль Микола Богданович** – аспірант кафедри нейрохірургії НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: тел.: (044) 483-94-07.

УДК 616.432-006.55-089.197.6

© М.О. Гук, 2016

М.О. Гук

## КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ РАДИКАЛЬНОСТІ ВИДАЛЕННЯ ГОРМОНАЛЬНО-НЕАКТИВНИХ АДЕНОМ ГІПОФІЗА

ДУ «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України»,  
м. Київ

**Вступ.** Сучасні публікації з приводу аденом гіпофіза демонструють важливу роль капсули аденоми гіпофіза в рості та інвазивності пухлини.

**Матеріали і методи.** Робота побудована на аналізі 562 спостережень хворих з гормонально-неактивними аденомами гіпофіза (ГНАГ), які були прооперовані в ДУ «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України» у період з 2011 по 2015 роки. Операції проводились переважно трансфеноїдально мікрохірургічно, ендоскопічно або з ендоскопічною асистенцією. 4,6% випадків оперовано транскраніальними доступами. Контроль обсягу видалення мав комплексний характер та базувався на інтраопераційних даних і проведенні МРТ з контрастуванням в перші 5-7 діб після операції.

**Результати.** Проведено розподіл аденом гіпофіза за ознакою радикальності видалення, яке може бути досягнуто. Група радикальної хірургії ГНАГ (n = 248), де повне видалення пухлини і капсули було можливим. Випадки, коли візуального видалення всіх елементів капсули не було досягнуто, віднесені до II групи ГНАГ (n=181). Третя група (n=133) пухлин включала в себе всі випадки ГНАГ, коли радикальне видалення було завідомо неможливим і не планувалось як таке. Прогностично найсприятливішим є радикальне видалення пухлини у пацієнта I групи, з повним візуальним контролем інтактної тканини гіпофіза.

**Висновки.** Використання розподілу гормонально-неактивних аденом гіпофіза за ознакою радикальності видалення дозволяє об'єктивно оцінювати можливості нейрохірургічного втручання.

**Ключові слова:** аденома гіпофіза, гормонально неактивна аденома гіпофіза, капсула пухлини, лікування, транс назальна трансфеноїдальна нейрохірургія, ендоскопія, мікрохірургія, радикальність.

**Вступ.** Сучасні публікації доводять найбільше поширення клінічно гормонально-неактивних аденом гіпофіза (ГНАГ) серед усіх пухлин гіпофіза. Хірургічне лікування має визначальну роль в комплексі допомоги пацієнтам з ГНАГ. [4,5] Останніми дослідженнями капсули аденоми гіпофіза (АГ) та інвазивності цих новоутворень показано, що вона є, фактично, «псевдо-капсулою», тобто розтягнутим та зміненим гіпофізом з його оболонками. Як відомо, капсула не тільки містить в собі велику кількість клітин аденоми, але й є невід'ємною складовою росту пухлини та її рецидивування [1,2,3,4].