

Больной	Р-н	М-н	Б-в
Возраст	45	50	51
Пол	Муж	Муж	Муж
Давность заболевания	5 лет	13 лет	20 лет
Локализация	Полость носа, гайморова, лобная, решетчатая пазухи, глазница, интракраниально		
Предыдущие полипэктомии	3	13	4
Двусторонняя anosmia	+	+	+
Экзофтальм	11 мм	3 мм	4 мм
Острота зрения	0,7	1,0	0,8
Глазодвигательные нарушения	OS ограничение вверх и в стороны	Нет	OS ограничение во всех направлениях
Бронхиальная астма	+	+	+
Аллергия	+	+	—
Костная деструкция	Крыша глазницы, чешуя лобной кости, решетчатая пазуха, медиальные стенки глазниц	Крыша глазницы, передняя и задняя стенки лобной пазухи, решетчатая пазуха, медиальные стенки глазниц	Крыша глазницы, задняя стенка лобной пазухи, решетчатая пазуха, медиальные стенки глазниц
Хирургический доступ	Через деструктированную переднюю стенку лобной пазухи и чешую лобной кости	Через деструктированную переднюю стенку лобной пазухи	Резекционная трепанация базальных отделов передней стенки лобной пазухи
Пластика дефектов	Надкостничный лоскут, собственная фасция височной мышцы	Надкостничный лоскут, титановая пластина, собственная фасция височной мышцы	Надкостничный лоскут
Гистология	Гигантский аллергический фиброзный полип с воспалительными инфильтратами	Пролиферирующий фиброзножелезистый полип	Аллергический полип

диобазальной лобной у всех больных, в 1 случае – гипертензионным синдромом, в 1 – симптоматической эпилепсией). Полипы были расположены экстрадурально, во всех случаях была костная деструкция. Глазодвигательные нарушения были у 2 больных, при этом у всех 3 больных был левосторонний экзофтальм от 3 до 11 мм. Гистологический диагноз был подтвержден. Эти наблюдения привлекли внимание, так как в литературе не встретили данных об интракраниальном распространении полипов. Основные обобщенные данные по больным отражены в таблице.

Краниофациальные полипы, развившиеся на фоне полипозного риносинусита, можно отнести к заболеваниям, имитирующим опухоль с экстракраниальным распространением. Знание этой патологии важ-

но с точки зрения дифференциального диагноза, а также некоторых нюансов в лечении больных (непереносимость некоторых противовоспалительных препаратов, в частности аспирина). Гистологически доброкачественные, эти новообразования клинически могут проявляться как злокачественные, вызывая костную деструкцию. Деструктивный рост полипов в лобную пазуху и интракраниально отражает общую картину прогрессирования аллергических заболеваний. Безусловно, проведенные операции не функциональные (“пустой нос”). Вероятнее будущее за двухэтапными одномоментными операциями (эндоскопическими трансназальными и транскраниальными), так как повышается радикальность, сохраняются жизнеспособные ткани.

ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ РАКА НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ

В.П. Белова, И.В. Глеков, В.Г. Поляков, Т.В. Горбунова

НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Низкодифференцированный рак носоглоточного типа составляет 15 % всех опухолей головы и шеи у

детей. Так как возможности оперативного вмешательства в лечении этого заболевания ограничены, основ-

ным методом лечения является химиолучевая терапия, определение эффективности которой и явилось предметом нашего изучения.

Материал и методы. Химиолучевое лечение по поводу рака носоглотки проведено у 57 детей (мальчиков – 38, девочек – 19) в возрасте от 7 до 15 лет (медиана – 12,1). Перед облучением все дети получили от 1 до 7 курсов (медиана – 1) полихимиотерапии (ПХТ). Основной схемой ПХТ, примененной у 38 (66,7 %) больных, было сочетание винкристина, циклофосфида, проспидина и блеомицина. Лучевая терапия (ЛТ) в дозе до 40 Гр выполнена у девяти детей, 40–50 Гр – у шести и у остальных 38 пациентов – более 50 Гр. В последующем продолжались курсы ПХТ общим количеством от 1 до 16 (медиана – 6 курсов).

Результаты. Полная регрессия со стороны первичной опухоли получена у 34 (59,6 %) детей, частичная – у 17 (29,9 %). Длительность полной регрессии колебалась от 1 до 128 мес (медиана – 28,3 мес), частичной – 3–51,8 мес (медиана – 13,5 мес). Шестеро больных не

ответили на лечение, и никто из них не прожил более двух лет. Местные рецидивы выявлены у шести из 34 (17,6 %) детей в сроки 4,5–18,9 мес (медиана – 6,7 мес), а отделенные метастазы – у пяти (14,7 %). Пятилетняя общая и безрецидивная выживаемость больных, достигших полной регрессии, составила 72,3 и 78 % соответственно. Показатели выживаемости больных не зависели от сроков проведения и диапазонов используемых доз ЛТ, количества пораженных регионарных лимфатических узлов (N_1 vs N_2 vs N_3), комбинаций химиопрепаратов, сочетания ЛТ и ПХТ (одновременного либо последовательного) и других факторов. Без признаков заболевания в сроки от 11 до 131 мес (медиана – 45 мес) наблюдаются 26 из 34 (76,5 %) детей после достижения полной регрессии, как и 9 из 17 (52,9 %) детей с частичной регрессией в сроки от 5 до 50 мес (медиана – 18 мес).

Выводы. Показана эффективность и перспективность дальнейшего изучения химиолучевого лечения низкодифференцированного рака носоглоточного типа у детей.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ОРГАНОСОХРАННОМ ЛЕЧЕНИИ САРКОМ КОНЕЧНОСТЕЙ, ГОЛОВЫ И ШЕИ

Л.В. Болотина, Л.А. Королева, А.Л. Корниецкая

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена

Введение. Саркомы мягких тканей (СМТ) встречаются в 1–2 % случаев. Разнообразие гистологических форм, возникновение местных рецидивов, умеренная чувствительность к консервативной терапии обуславливают обширность и травматичность проводимых оперативных вмешательств. Современные тенденции онкохирургии направлены на органосохранное, функционально-щадящее лечение. Это диктует необходимость поиска высокоэффективных методов предоперационной терапии, призванных уменьшить местную распространенность процесса и снизить биологическую агрессивность опухолевых клеток.

Задача исследования. Разработать показания к внутриартериальной регионарной химиотерапии (РХТ) у пациентов с местно-распространенными саркомами конечностей, головы и шеи.

Материал и методы. В настоящее время включено 11 больных с различными гистологическими вариантами сарком. Всем планировалось выполнение функционально-щадящих, органосохранных операций, для чего на 1-м этапе проводилось 2 курса РХТ. Режим лечения – адриабластин в дозе 25–30 мг/м²

внутриартериально в виде часовой инфузии в 1, 2, 3-й дни. Интервал между курсами 21 день. Эффективность лечения оценивалась через 2 нед после завершения 2-го курса РХТ на основании лучевых методов диагностики и планового гистологического заключения.

Результаты. У всех пациентов отмечены уменьшение размеров опухоли или мягкотканного компонента, восстановление функции пораженной части тела, исчезновение болевого синдрома. Большинству больных выполнены органосохранные операции. При плановом морфологическом исследовании в половине случаев зарегистрирован лечебный патоморфоз 2-й степени. Аналогичные результаты достигнуты у пациентов с хондросаркомами G1–G2, что позволяет рассчитывать на пересмотр данного гистотипа как нечувствительного к химиотерапии.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что проведение внутриартериальной РХТ на 1-м этапе комбинированного лечения местно-распространенных форм СМТ конечностей, головы и шеи позволяет осуществить органосохранное лечение.