

гамма-нейтронная терапия – $n=8$. 10 больным проведена лучевая терапия фракциями по 5 Гр до СОД 20 Гр с неотсроченной операцией. После облучения СОД 40 Гр производилась этапная оценка регрессии опухолевых очагов. При достаточной радиочувствительности ($n=58$) выполнено “радикальное” лучевое лечение, 54 пациентам вторым этапом проведено хирургическое вмешательство.

Результаты. Низкие показатели безрецидивной пятилетней выживаемости (4,8 %) получены при конвенциональной самостоятельной лучевой терапии, а лучшие (21,4 %) – в группе мультифракционного облучения. Нет значимых различий в показателях прогрессирования и частоте рецидивов первичной опухоли и регионарных метастазов. Эффективность лечения определялась степенью поражения зон регионарного ме-

тастазирования – при N_1 общая выживаемость 47,6 %, а при N_3 – 0,0 %. При комбинированном лечении благоприятное течение послеоперационного периода отмечено в группах с предоперационным концентрированным облучением. Пятилетняя общая и безрецидивная выживаемость составила 44,4 %. Частота прогрессирования опухолевого процесса при комбинированном лечении: 35,7 % при “условно-динамическом” фракционировании и до 57,1 % при традиционном. Эффективность лечения зависела от степени поражения лимфатических узлов шеи – общая выживаемость при N_1 составила 68,4 %; при N_2 – 33,3 %; при N_3 – 9,1 %.

Выводы. Предпочтительный метод лечения данной группы больных – комбинированный с предоперационным концентрированным облучением и неотсроченной операцией.

ХИРУРГИЯ ГИПЕРОСТОТИЧЕСКИХ КРАНИООРБИТАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ

А.И. Белов, В.А. Черкаев, А.М. Зайцев, А.Г. Винокуров

МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва

НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН, г. Москва

Тактика лечения больных с гиперостотическими краниоорбитальными менингиомами до настоящего времени остается спорной. Ряд авторов наблюдают больного в течение многих лет, учитывая доброкачественный характер и медленный рост опухоли, другие авторы наоборот настаивают на удалении опухоли на ранней стадии заболевания.

В работе анализируются 63 больных в возрасте от 23 до 70 лет с гиперостотическими краниоорбитальными менингиомами, оперированных с 1998 по 2003 г. Все гиперостотические краниоорбитальные менингиомы мы разделили на три группы: латеральные (46 %), медиальные (44,4 %) и распространенные (9,6 %). Возраст больных варьировал от 20 до 73 лет. Более половины больных были в возрасте от 30 до 50 лет. Преобладали женщины – 87 %, мужчин – 13 %. В 41 % наблюдений опухоль располагалась справа, в 59 % – слева. Наличие признаков опухоли в гиперостозе было во всех наших наблюдениях, что подтверждает необходимость радикального удаления гиперостоза. В 98,6 % наблюдений для удаления опухоли применяли орбитозигматический доступ. В 3,2 % на-

блюдений для удаления менингиом зрительного нерва с гиперостозом использовался супраорбитальный доступ.

Всем больным на 5–8-е сут после операции, затем через ежегодно производилось КТ-исследование с контрастным усилением. По данным КТ полное удаление опухоли с резекцией гиперостоза было в 81 % наблюдений, у 15,8 % больных имелся остаток гиперостоза в проекции переднего наклоненного отростка, у 3,2 % – в проекции переднего наклоненного отростка и решетчатой пазухи. 9,52 % больных, у которых гиперостоз удален не полностью, были старше 65 лет и имели грубые соматические заболевания.

У 44,4 % больных при гистологическом исследовании выявлена фибробластическая менингиома, у 30,1 % больных – менинготелиоматозная менингиома и у 25,5 % – смешанного строения. Каких-либо корреляций между гистологической структурой и особенностями клиники, диагностики и операции не выявлено.

У всех больных после операции имело место нарастание глазодвигательных нарушений, что связано с манипуляциями в области верхней глазничной щели или непосредственно на мышцах глазного яблока.

Через 6 мес у 44,4 % больных отмечался полный регресс глазодвигательных нарушений, но у 54,3 % больных они сохранились, у 1,26 % – стойкая офтальмоплегия. Следует отметить, что все больные с длительными послеоперационными глазодвигательными нарушениями относятся к группе, в которой длительность заболевания (время, прошедшее с появления первых симптомов до операции) составила от 5 до 13 лет. В этих наблюдениях имела место значительная инфильтрация опухолью мышц глазного яблока. Стойкая офтальмоплегия и птоз сохранились у 1,26 % больных с длительностью заболевания более 10 лет. Онемение в проекции первой и второй ветви тройничного нерва после операции, связанное с манипуляциями в области верхней и нижней глазничных щелей, появилось в 36,9 % наблюдений. Через 6 мес умеренное онемение сохранилось в 12,6 % наблюдений.

Нарастание отека век после операции было в 63,5 % наблюдений, что связано с нарушением венозного оттока. Через 6 мес умеренный отек сохранялся в 9,5 % наблюдений. Несмотря на то, что в 22,2 % наблюдений во время операции были открыты околоносовые пазухи, надежная пластика дефектов и установка люмбального дренажа позволили избежать признаков послеоперационной назальной ликвореи. Гнойно-воспалительных осложнений также не было. Паралич лобно-височных ветвей лицевого нерва воз-

ник в 11,1 % наблюдений, через 6 мес движения лобной мускулатуры полностью восстановились в 4,7 % наблюдений.

Ухудшение остроты зрения (не ниже чем до 0,2) по сравнению с дооперационным уровнем было в 12,8 % наблюдений у больных, которым была произведена резекция стенок зрительного канала. Через 6 мес у 3,3 % больных острота зрения восстановилась до дооперационного уровня. У 1,89 % больных с остротой зрения 1,0 с двух сторон, после резекции гипертрофии зрительного канала, наступила слепота на стороне удаленной опухоли, у одной из этих больных на 5-е сут после операции появилось светоощущение, а через 3 мес острота зрения восстановилась до 0,6.

Продолженный рост опухоли выявлен в 2,52 % наблюдений в сроки от 4,5 и 5 лет после операции. Во всех наблюдениях имелось распространение опухоли на ячейки решетчатой кости и на операции были оставлены медиальные остатки гипертрофии. Таким образом, продолженный рост выявлен в 2,52 % наблюдений у больных с субтотальным удалением опухоли, что показывает преимущество нашей тактики лечения по сравнению с ранее применяемой менее радикальной, где продолженный рост составлял 30–50 % и требовались многочисленные повторные операции (Осолодченко Л.В., 1998; Jan M. et al., 1986; Stafford S.L. et al., 1998).

ПОЛИПОЗ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ, ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ КАК КРАНИОФАЦИАЛЬНЫЙ ОБЪЕМНЫЙ ПРОЦЕСС

А.И. Белов, В.А. Черехаев, А.Г. Винокуров, А.Б. Кадашева, Д.Н. Капитанов, А.М. Зайцев

НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН, г. Москва

МНИОИ им. П.А. Герцена МЗ РФ, г. Москва

Наиболее частыми риносинусогенными осложнениями, проявляющимися как объемный процесс у больных с хроническим воспалением околоносовых пазух, являются абсцессы и мукоцеле. Механизм возникновения этих осложнений и методы их лечения достаточно полно изучены. В данной работе описаны 3 случая полипоза околоносовых пазух с распространением полипов интракраниально.

В НИИ нейрохирургии обследованы и оперированы 3 больных с хроническим воспалительным процессом околоносовых пазух с формированием объемного процесса экстрадурально в передней че-

репной ямке, а также глазнице, который при гистологическом исследовании оказался полипозом. Все больные – мужчины, в возрасте от 45 до 51 года. Давность заболевания от 5 до 20 лет (в среднем около 13 лет). Количество предыдущих полипэктомий варьировало от 3 до 13. У двоих из трех больных стандартная астматическая триада (бронхиальная астма, непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов, полипоз).

Клиника заболевания была представлена симптомами объемного поражения орбиты, придаточных пазух носа, интракраниальной симптоматикой (ме-