

их высокой инвазивностью и низкой чувствительностью к консервативному лечению (химиолучевой терапии).

Материал и методы. С января 1997 г. по июнь 2005 г. в НПЦ получали лечение 39 детей и подростков в возрасте от 4 до 18 лет, страдающих низкодифференцированными (злокачественными) глиальными опухолями головного (37 человек) и спинного (2 человека) мозга. У 25 детей диагностировалась глиобластома, у 10 – анапластическая астроцитома, у 4 пациентов с неverified опухолями ствола головного мозга на основании клинико-томографических и статистических данных с большой достоверностью диагностировалась анапластическая астроцитома. Все исследуемые больные получали химиотерапию (ХТ), которой предшествовала локальная лучевая терапия СОД 55–64 Гр, а 32 из них были также оперированы (у 95 % детей выполнялось частичное удаление опухоли). На момент начала ХТ остаточная опухоль имела у 91 % больных. Химиотерапия применялась в 3 режимах: 1-й – цикловая среднедозовая полихимиотерапия, базирующаяся на препаратах платины, у 13

пациентов (группа 1); 2-й – стандартная полихимиотерапия по программе РСУ, у 9 детей (группа 2); 3-й – монохимиотерапия препаратом Темодал, у 17 детей (группа 3). Пациентам проведено от 4 до 12 циклов ХТ, при этом полностью запланированный объем химиотерапии получили только 23 % больных группы 1, 37 % – в группе 2 и 50 % – в группе 3.

Результаты. На момент завершения 4 циклов ХТ регистрировались следующие виды объективного эффекта: в группе 1 сумма СК + РК (полный или частичный эффект) составила 61 %, стабилизация опухолевого процесса – 31 %, прогрессирование заболевания – 8 %; в группе 2 – 25, 63 и 12 %; в группе 3 – 38, 55 и 7 % соответственно. Общая продолжительность жизни больных от момента начала ХТ колебалась в диапазоне от 3 до 74 мес и более в группе 3, при этом Темодал в наших наблюдениях начал применяться только с 2001 г. Медиана выживаемости больных без прогрессирования заболевания в группе 1 составила 16,4 мес, в группе 2 – 17,7 мес, в группе 3 – 15 мес.

Выводы. Используемые режимы химиотерапии в наших наблюдениях обладали сходной, относитель-

ХИРУРГИЯ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ, РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ В ПОДВИСОЧНУЮ ЯМКУ

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

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

МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва

Менингиомы составляют около 22 % интракраниальных первичных опухолей. Эти опухоли часто характеризуются инвазией прилежащей кости с образованием гиперостоза и экстракраниальных узлов, особенно при локализации менингиомы в области основания средней черепной ямки. Кроме того, из-за частого вовлечения в опухолевый процесс кавернозного синуса и магистральных мозговых сосудов, частота продолженного роста менингиом этой локализации составляет около 45 %. Несмотря на относительную редкость вторичного распространения менингиом в подвисочную ямку, возникающая при этом инвалидизация больных в связи с трудностями (вплоть до невозможности) открывания рта, тяжелыми болевыми синдромами и косметическими дефектами делает актуаль-

ной разработку оптимальной тактики их лечения.

Материал настоящего исследования составили 32 наблюдения таких больных, оперированных с 1995 по 2001 г. Средний возраст больных составил 46 лет. 25 больным по поводу основного заболевания ранее производились хирургические вмешательства, часто повторные. Всем больным производили КТ с контрастным усилением, особо отмечали наличие или отсутствие гиперостоза, деструкции костных структур. Во время операции особое внимание обращали на инвазию опухолью твердой мозговой оболочки, костей основания черепа, мышц, нервов, слизистой оболочки. Всем больным после операции проводилась контрольная КТ.

Характерными признаками распространения опухоли в подвисочную ямку является снижение чув-

ствительности в зоне иннервации ветвей 5-го нерва, у 12 больных наблюдалась кондуктивная тугоухость вследствие блокады слуховой трубы, у 11 больных – тризм жевательной мускулатуры или ограничение подвижности нижнечелюстного сустава.

Гиперостоз крыльев основной кости был выявлен в 24 наблюдениях, еще в 8 случаях была обнаружена деструкция костных структур основания средней черепной ямки. Инфильтрация жевательных мышц отмечалась во всех наблюдениях, в 16 случаях было выявлено распространение опухоли по ветвям тройничного нерва, в 6 случаях – поражение опухолью слизи-

стой оболочки околоносовых пазух или полости рта.

Во всех случаях был использован орбитозигоматический инфратемпоральный доступ, который обеспечивает визуализацию как интра-, так экстракраниальной части опухоли, а также анатомических структур кавернозного синуса, подвисочной ямки, околоносовых пазух, носоглотки. В 80 % наблюдений опухоль удалена в пределах видимости, в 20 % случаев произведено частичное удаление опухоли. Во всех случаях получен положительный эффект в виде улучшения движений нижней челюсти, прекращения или значительного уменьшения болей, коррекции косметического дефекта.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НАД ПОВЕРХНОСТЬЮ ПРОТЕЗА ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

О.В. Черемисина, М.Р. Мухамедов, Н.В. Полякова

НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

В настоящее время при лечении местно-распространенных форм рака гортани все более широкое применение получают функционально-щадящие операции. Для этих целей в клиниках НИИ онкологии применяются оригинальные эндопротезы из пористого никелида титана.

В исследование включен 51 пациент раком гортани $T_{2-3}N_{0-1}M_0$. Всем выполнено органосохранное хирургическое лечение с эндопротезированием гортани пористым TiNi. Для объективизации этапов его интеграции с окружающими тканями проводилась фиброларингоскопия (ФЛС) с эндофотосъемкой поверхности эндопротеза в различные сроки после операции. После экспериментальных и клинических исследований были установлены оптимальные сроки динамического наблюдения за процессами заживления. В качестве первой контрольной точки выбраны 14-е сут послеоперационного периода. При ФЛС визуализировался протез, покрытый фибриновым налетом с единичными островками розовой грануляционной ткани, “на-

плывающей” по периферии. Просвет голосовой щели свободный, не деформирован. Следующее эндоскопическое исследование проводилось через 30 дней после операции, при этом отмечалось, что практически вся поверхность эндопротеза покрыта ровным слоем нежной грануляционной ткани. По краю протеза слизистая оболочка была ярко-красного цвета. При фиброларингоскопии через 2 мес выявлено, что вся поверхность эндопротеза покрыта ярко-розовой грануляционной тканью. Через 6 мес после операции слизистая оболочка на поверхности эндопротеза не отличалась по характеру от неоперированных отделов гортани, голосовая щель имела широкий просвет, свободно смыкалась при фонации. Морфологический анализ показал, что через 12 мес после операции эпителий на поверхности протеза соответствовал полноценной регенерации слизистой оболочки.

Таким образом, динамический эндоскопический контроль за состоянием эндопротеза позволяет адекватно оценить этапы регенерации слизистой оболочки после органосохранных радикальных операций у больных раком гортани.