

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАБДОМИОСАРКОМЫ ОРБИТ У ДЕТЕЙ

И.В. Глеков, В.Г. Поляков, Н.Ф. До, Т.Л. Ушакова, О.В. Максимова

*НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва,
Якутский республиканский онкологический диспансер*

Поражение орбит у детей наблюдается в 7–9 % случаев всех рабдомиосарком (РМС). Длительное время основным методом лечения этого заболевания являлась экзентерация орбиты. Нами предпринята попытка органосохраняющего лечения рабдомиосарком орбиты, включающего операцию, полихимиотерапию (ПХТ) и лучевую терапию (ЛТ).

Материал и методы. Комплексное лечение по поводу РМС орбиты проведено 84 детям в возрасте от 1 до 14 лет (медиана – 7 лет). Мальчиков было 57, девочек – 27. Первичные опухоли были у 71 ребенка, рецидивные – у 13. У 65 (77,4 %) детей выявлена эмбриональная РМС, включая ботриоидную, у 3 – альвеолярная, у 2 – смешанная форма и у 14 – морфология не уточнена. У всех детей применялась ПХТ с различными комбинациями 3–4 препаратов в количестве 4–8 курсов. Облучение чаще всего проводилось в послеоперационном периоде в суммарных дозах 27–58 Гр (медиана – 50 Гр). Операции выполнены у 76 (90,5 %) детей, в т.ч. в объеме экзентерации орбиты

у 33 и орбитотомии у 43 детей. У восьми пациентов выполнено только химиолучевое лечение.

Результаты. Достоверных различий в показателях полных и частичных регрессий в группах больных с экзентерацией орбиты (87,9 и 12,1 %) и орбитотомией (93 и 7 % соответственно) не получено. При ХЛЛ полная регрессия достигнута у четырех, а частичная – у трех детей. В группе органосохраняющего лечения только у одного ребенка через 8 мес после орбитотомии потребовалось выполнение экзентерации орбиты. При химиолучевом лечении двое из восьми детей живут более пяти лет в сравнении с шестью из 33 (18,2 %) – при экзентерации орбиты и 11 из 43 (25,6 %) – при выполнении органосохраняющего лечения.

Выводы. Непосредственные и отдаленные результаты комплексного органосохраняющего лечения с использованием орбитотомии сопоставимы с показателями у больных, которым выполнялась экзентерация орбиты, что свидетельствует о предпочтительности данного метода.

ОПЫТ ХИРУРГИИ ГИПОФИЗА В МОСКОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ИМ. С.П. БОТКИНА

А.В. Горожанин, А.Е. Константинов

Московская городская клиническая больница им. С.П. Боткина

Аденомы гипофиза являются наиболее часто встречающимися опухолями хиазмально-селлярной локализации. За два года в ГКБ им. С.П. Боткина выполнено 15 операций по поводу аденомы гипофиза, из них 3 проводились транскраниальным и 12 – трансфеноидальным доступом.

Материал и методы. Использовался птериональный доступ, позволяющий начать удаление опухоли с выделения внутренней сонной артерии и кавернозного синуса из ткани опухоли с лучшей визуализацией сосудов по сравнению с субфронтальным доступом. Трансназальные операции выполнялись трансепталь-

но, трансэтмоидально, сочетанным доступом и через естественное соустье эндоскопически. Слизистая оболочка основных пазух удалялась во всех случаях. Радикальность удаления аденомы гипофиза контролировалась с использованием 30° и 70° жестких эндоскопов d=2,7 мм Aesculap. При первых 2 операциях применялся также операционный микроскоп Opton, но использование только эндоскопической техники оказалось достаточным. Кроме того, эндоскопия позволяет визуализировать опухоль объемно и под углом, что особенно важно при параселлярном росте. У ряда больных использовалась тампонада послеоперацион-

ной полости тахокомбом с гемостатической марлей Surgicell и двухкомпонентным фибриновым клеем Tissucol kit. Радикальность операции контролировалась по данным МРТ и гормонального статуса.

Результаты. Транскраниальный птериональный доступ использовался у 3 больных. В двух случаях – при выраженном параселлярном росте опухоли, со значительной инвазией кавернозного синуса и обрастанием внутренней сонной артерии с одной стороны, в одном – у больной с гигантской опухолью, значительно деформирующей третий желудочек. Трансназальные операции выполнялись больным с эндоинфрасупраселлярным и умеренно выраженным параселлярным ростом. В зависимости от анатомического строения задних отделов полости носа, пневматизации основных пазух и особенностей расположения межпазушной перегородки использовались транссептальный, трансэтмоидальный и сочетанный доступы. У двух больных при благоприятных особенностях строения (широкий сфеноэтмоидальный карман, большой округлой формы естественное соустье) операции проводились без резекции клеток решетчатой кости через естественное соустье. Транссептальный доступ удобен при удалении опухолей со значительным супра- и параселлярным ростом и при инвазии медиальных отделов кавернозного синуса.

Тампонада послеоперационной полости турецкого седла проводилась у трех больных с интраоперационной ликвореей. Из них у двух больных послеоперационное течение осложнилось развитием менингита. При консервативном лечении отмечалась быстрая санация ликвора. В послеоперационном периоде случаев назальной ликвореи не наблюдалось. Всем больным выполнялась пластика послеоперационного дефекта. У ряда больных с дефектом более 1 см пластика выполнялась костным трансплантатом, введенным интракраниально за края костного дефекта. Для пластики использовались фрагменты перпендикулярной пластинки решетчатой кости, фрагменты сошника и передней стенки основной пазухи. В ряде случаев (при выраженном инфраселлярном росте опухоли) удобно при обеспечении доступа к опухоли не удалять заднюю стенку основной пазухи, а формировать 3–4 “створки”, которые при репонировании полностью закрывают дно турецкого седла. В трех

случаях основная пазуха заполнялась тахокомбом, фибриновым клеем, и в одном – для этого также использовалась подкожная жировая клетчатка передней брюшной стенки. У этого больного наблюдалось отторжение клетчатки, больше жировая клетчатка не применялась. В остальных случаях проводилась только пластика дна турецкого седла. Через 2–3 мес после операции при эндоскопической визуализации основной пазухи существенных различий при разных видах пластики не отмечалось. На основании личного опыта представляется достаточным проведение пластики дна турецкого седла.

У двух больных отмечались рецидивы опухоли (пролактинома). У одной больной пожилого возраста, оперированной птериональным способом при гигантской аденоме гипофиза с грубой инвазией кавернозного синуса, на 3-й нед после операции развился геморрагический инсульт.

Выводы. Предпочтительно использование эндоскопов перед микроскопами, т.к. первые позволяют визуализировать опухоль объемно и под углом, что особенно важно при параселлярном росте. Выбор варианта трансназального доступа целесообразно осуществлять индивидуально в зависимости от строения задних отделов полости носа, пневматизации основных пазух и особенностей роста опухоли. Использование междисциплинарного подхода (выполнения операции нейрохирургом и отоларингологом) представляется весьма целесообразным. При обеспечении доступа отоларингологом отмечается минимальная геморрагия, что обеспечивает удобство выполнения всей операции и особенно ее завершающих этапов в полости носа без использования в большинстве случаев тампонады носа. Во время операции отоларинголог проводит одномоментную коррекцию носового дыхания, что положительно отражается на субъективных ощущениях и эмоциональном состоянии больного. Бережное отношение к тканям, сохранение функции дыхания и обоняния позволяет избежать некоторых отрицательных последствий этой операции (дефекты *septum nasi* и т.д.). Для профилактики послеоперационных осложнений отоларинголог проводит санацию околоносовых пазух при сопутствующих воспалительных процессах и обеспечивает адекватную аэрацию пазух во время основной операции.