

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 сохранялись 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-

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-