

и 30,0%, тогда как у больных, не получивших лучевую терапию, только 22,9 и 9,1%.

Продолжительность жизни в группе пациенток, получивших лучевую терапию, равна $37,2 \pm 1,3$ мес, у больных без неё – $27,6 \pm 1,1$ мес.

Из всех представленных данных можно сделать заключение, что лучевая терапия, состоящая из дистанционной гамма-терапии на малый таз в сочетании с субтотальным облучением тела, значительно улучшает результаты многокомпонентного лечения больных распространенным раком яичников (в частности пятилетнюю выживаемость) с: III стадией заболевания, низкой степенью дифференцировки опухоли, объемом остаточной опухоли менее 2 см, не получивших неоадьювантную химиотерапию.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Шуголь О.М., Сакович В.П.

г. Екатеринбург

Первичные новообразования зрительного нерва чаще имеют нейрогенное происхождение и подразделяются на опухоли, исходящие из его стволовой части – глиомы и из оболочек – менингиомы. Особенности роста опухолей зрительного нерва определяет различие клинических проявлений, несмотря на их схожесть. Оба вида новообразований являются доброкачественными процессами, но «локальная злокачественность» их выражается в том, что они могут распространяться до хиазмы, вызывая амавроз не только на стороне расположения опухоли, но и на противоположном глазу.

Встречаются также новообразования, имеющие другое происхождение, при которых может вовлекаться в процесс зрительный нерв, имитируя первичную его опухоль. На основе данных методов нейровизуализации и даже в ходе операции не всегда можно определить характер опухолевого процесса.

В настоящее время в литературе накоплен большой материал по вопросам клиники и дифференциальной диагностики при новообразованиях зрительного нерва. Но все же МРТ-диагностика в большинстве случаев разрешает многие диагностические вопросы и определяет тактику хирургического лечения.

Тем не менее, на практике довольно часто дискутируются вопросы: кто должен оперировать опухоль орбитальной порции зритель-

ного нерва (офтальмо- или нейрохирург)? Каковы сроки выполнения операции при сохраненных высоких зрительных функциях и уровень невзрачности?

Под нашим наблюдением находилось 14 пациентов с первичными опухолями орбитальной порции зрительного нерва. Всех больных оперировали из фронтно-орбитального доступа. В орбите нерв пересекали непосредственно за глазным яблоком и перед входом в канал зрительного нерва, а в полости черепа – у выхода из канала и на расстоянии 5 мм от хиазмы. Затем вскрывали канал зрительного нерва и коагулировали его внутриканальцевую порцию.

Осмотр опто-хизмальной зоны во время операции в сопоставлении с данными нейровизуализации не всегда позволяет достоверно определять границы распространения процесса по зрительному нерву, так как визуально определяемая граница опухоли может не совпадать с ее истинным распространением.

Для объективной оценки радикальности вмешательства во время операции маркировали прехиазмальный участок нерва. При прицельном гистологическом исследовании маркированного конца нерва отсутствие в нем патологических клеток гарантирует от продолженного роста опухоли и сохранения зрения на противоположном глазу.

Считаем, что для повышения эффективности результатов хирургического лечения при первичных опухолях зрительного нерва, операция должна проводиться в максимально ранние сроки, независимо от состояния зрительных функций. Операцией выбора является транскраниальная орбитотомия, обеспечивающая одномоментное удаление опухоли зрительного нерва из орбиты и полости черепа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБЪЕМНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ОРБИТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Шуголь О.М., Сакович В.П.
г. Екатеринбург

Под нашим наблюдением находилось 42 пациента с объемными процессами орбитальной локализации. В эту группу пациентов не были включены больные с первичными опухолями зрительного нерва. В нашей клинике проводились первая и, при необходимости, последующие операции у всех больных. В предоперационном периоде мы оценивали величину, локализацию, характер роста новообразования и сте-