

плативные операции выполнены 7 больным (14,9%). Остальным больным было отказано в оперативном лечении по сопутствующей патологии. При гистологическом исследовании удаленных карцином постлучевой патоморфоз 4 ст. выявлен у 75% больных, 3Б ст. – у 20% радикально оперированных больных. У 5% больных терапевтический патоморфоз был 2 ст. Во всех случаях (n=47) мы наблюдали клиническое улучшение.

**Выводы.** Полученные данные позволяют предполагать преимущества использования радиомодификаторов при комбинированном лечении рака внутригрудного отдела пищевода. Данная методика обеспечивает лучшие клинические результаты за счет преодоления радиорезистентности опухолевого процесса и увеличения повреждающего эффекта. Высокая эффективность предоперационного химиолучевого компонента позволила выполнять одномоментные операции у большинства больных этой группы, несмотря на значительную исходную местную распространенность опухолю.

## **ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ПРОЦЕССОВ КРАНИООРБИТОФАЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ**

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

С 1994 по 2004 гг. в нашей клинике были оперированы 153 пациента с объемными процессами краниорбитофациальной области, поражающими структуры мозгового, лицевого черепа и орбиты в различных сочетаниях.

В основу настоящей работы положены результаты обследования и хирургического лечения 107 больных с катамнезом после операции не менее 2 лет. Среди больных было 67 женщин (62,6%) и 40 мужчин (37,4%). Их возраст варьировал от 6 мес до 76 лет и составил в среднем 43,9 года.

Черепно-челюстно-лицевая область, включая структуры орбиты, уникальна по своему топографо-анатомическому строению, что объясняет многообразие гистоморфологических вариантов новообразований, встречающихся в этой области. Мы сочли уместным в исследуемую группу включить не только пациентов с опухолями, но и с псевдоопухолевыми процессами, клиническая феноменология которых сходна с

опухолями, что определяет трудности в дифференциальной диагностике.

По универсальной онкологической классификации TNM, все процессы на момент обращения в клинику относились к стадии T1-4 N0 M0. При подборе исследуемой группы обязательным условием было вовлечение в новообразование структур орбиты. А так как процесс может захватывать сразу несколько анатомических зон, то на этом основании все больные и были разделены на 5 клиничко-топографических групп. Это процессы, не выходящие за пределы костных стенок орбиты, краниоорбитальные, краниоорбитофациальные, орбитофациальные и зрительный нерв. Такое, казалось бы, упрощенное деление пациентов на группы имело одно преимущество – оно давало нам возможность методологического подхода к необходимому объему обследований пациентов и выбору дальнейшей тактики их лечения.

При анализе историй заболевания первично обратившихся к нам пациентов мы отметили тот факт, что новообразования у них нередко были больших, а в ряде случаев и гигантских размеров. Это свидетельствовало о низком уровне диагностики на догоспитальном этапе, что и определяло позднее оперативное лечение – в среднем через 5,5 лет с момента появления первых жалоб.

Все больные подверглись неврологическому и офтальмологическому обследованиям. Однако основными методами диагностики были КТ и МРТ, по показаниям – каротидная ангиография. Современные методы нейровизуализации дают точное представление о топографии процесса, характере роста новообразования и взаимоотношении его с прилежащими структурами. Выяснение собственной сосудистой сети опухоли и источника ее кровоснабжения позволяют перед операцией эмболизировать питающий сосуд или временно окклюдировать наружную сонную артерию с целью уменьшения кровопотери во время вмешательства.

При анализе клиничко-топографических данных в каждом конкретном случае формировался дифференцированный подход к выбору адекватного хирургического доступа, обеспечивающего максимальный объем резекции пораженных структур. Мы использовали в своей работе в основном 5 стандартных хирургических подходов, которые при необходимости выполнялись в собственных модификациях или одноэтапно комбинировались с другими вариантами доступов. Выполнялись различные варианты орбитотомий. Применялись также доступы: фронтоорбитальный, фронтотемпоральный, бифронтоэтроидоорбитальный, ринологический по Муру. В некоторых случаях вынуждены были выполнять экзентерацию.

При оценке результатов хирургического лечения, прежде всего, во внимание принималась радикальность удаления объемного процесса в корреляции с данными КТ или МРТ. Учитывалась степень регресса клинических симптомов, наличие или отсутствие послеоперационных осложнений, а также возникновения рецидива или продолженного роста опухоли. Для более достоверной оценки степени радикальности вмешательства всем больным после операции в сроки до 3 мес проводилась контрольная МРТ. Дальнейший контроль этим же методом осуществлялся через один год, а затем каждые два года. При необходимости контроль допускался и в другие сроки.

Радикальные операции были выполнены у большинства больных при неопухолевых процессах. При опухолях большей радикальности удалось добиться при орбитальной их локализации, чем при краниоорбитальной. Распространение процесса в верхнюю глазничную щель, кавернозный синус, или вовлечение в него магистральных сосудов основания черепа, исходно ограничивало возможность тотального удаления. Безусловно, степень радикальности зависела и от типа опухоли.

Из первично оперированных нами больных у 17 пациентов возникла необходимость повторных вмешательств, в связи с продолженным ростом новообразования. Продолженный рост новообразования возникал при частичном или субтотальном удалении процесса, либо гистологическое строение опухоли, обуславливало ее рецидивирование.

Среди осложнений следует отметить эпидуральные абсцессы (2), ишемический инсульт у одной больной после пятой операции, в 3 случаях возникла и сохранялась назальная ликворрея. Еще у одной пациентки отмечен амавроз как результат дисгемических нарушений после удаления опухоли. Степень регресса экзофтальма и глазодвигательных нарушений после операции зависела от длительности заболевания и выраженности клинических симптомов в предоперационном периоде.

Умерло 5 больных. В одном случае смерть наступила после операции в результате тромбоза внутренней сонной артерии с развитием обширного инфаркта мозга. Еще 4 больных умерли в отдаленном периоде в результате генерализации злокачественного процесса.

К категории практически здоровых можно отнести 71 (66,4%) пациента со сроком наблюдения после операции от 2 до 8 лет. Все объемные процессы в этой группе больных были доброкачественными, без тенденции к инфильтративному росту или рецидивированию.

У пациентов со злокачественными новообразованиями нередко непосредственные результаты были положительными, однако в отдаленном периоде возникал рецидив или продолженный рост опухоли, несмотря на проводимые курсы лучевой и химиотерапии.

В заключение отметим, что хирургическое лечение пациентов с объемными процессами краниорбитофациальной области должно проводиться в специализированном лечебном учреждении, где возможно проведение всего комплекса диагностических и лечебных мероприятий, при необходимости, с привлечением специалистов смежных дисциплин. Удаление новообразования должно быть выполнено в ранние сроки с момента начала заболевания, по возможности, одномоментно и максимально радикально.

## **ПАТОЛОГИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Сапожникова О.Н., Демидов С.М., Лисовская Т.В.*  
г. Екатеринбург

**Цель работы:** Изучение патологии гепатобилиарной системы у больных с различными заболеваниями молочной железы.

**Материалы и методы.** Было обследовано 80 больных с верифицированными диагнозами. Из них: 1 группа (20 человек) с мастопатией молочной железы без пролиферации, 2 группа (20 человек) – с фиброаденомой, 3 группа (20 человек) – с дисплазией 2-3 степени и 4 группа (20 человек) – с раком молочной железы. Всем больным проводился общий и биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и пункционная биопсия печени.

**Результаты.** При обследовании больных с новообразованиями молочной железы был выявлен ряд объективных симптомов, подтверждающих заинтересованность гепатобилиарной системы.

При мастопатии и фиброаденоме молочной железы преобладали такие симптомы, как болезненность при пальпации в эпигастральной области – у 6 женщин (30%). «Пузырная» симптоматика (симптомы Кера, Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского) была выявлена у 1-го человека при мастопатии, у 2-х женщин при фиброаденоме, дисплазии 2-3 ст. и при раке молочной железы.

Субъиктеричность склер и желтушность кожного покрова были отмечены у 1-го человека при мастопатии, у 4-х женщин (20%) – при дисплазии 2-3 ст., у 8 женщин (40%) – при раке молочной железы.