

surgery accounted for 8.5 cm³. The mean prescribed dose was 16Gy (range 10–22 Gy). The univariate and multivariate analyses were used to determine the significant prognostic factors influencing over survival.

Results. The overall median survival was 9 months after radiosurgery, and 1-year survival was 25%. The median survival at the turnaround time was 38 months. There were no major acute or late SRS complications. In the univariate testing the Karnofsky score was equal to or higher than 90% ($P < 0.01$, log-rank test), the supratentorial localization ($P < 0.001$, log-rank test), multiple (>1) lesions ($P < 0.02$, log-rank test), and after surgical resection ($P < 0.003$, log-rank test) were favourable factors for the median survival. In the multivariate regressive analysis, the most important factors associated with the increased survival were a KPS $>$ or $=$ 90 ($P < 0.023$), multiple (>1) lesions ($P < 0.004$), supratentorial localization ($P < 0.01$), and surgical resection ($P < 0.008$).

Conclusions. Linac radiosurgery is the non-invasive, safe and effective treatment mode for intracranial metastatic melanoma. Karnofsky score $>$ or $=$ 90, multiple (>1) lesions, supratentorial localization and surgical resection before the radiosurgery are good independent predictors of the median survival.

Keywords: Linac; stereotactic radiosurgery; intracranial metastatic melanoma.

Ведомости об авторах:

Грязов Андрей Борисович - ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова». Адресс: Киев, ул. Мануильского, 32.

Земсков Оксана Володимирівна - науч. сотруд., ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова». Адресс: Киев, ул. Мануильского, 32.

УДК 616.8-089

© М.С.ГУДИМ, А.А.ОБЛИВАЧ, 2014

М.С.Гудим, А.А.Обливач

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН КРАНІООРБІТАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТА ОЧНИЦІ

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Мета. Покращення хірургічного лікування хворих з пухлинами краніоорбітальної ділянки та очниці на основі оптимізації хірургічної техніки з урахуванням сучасних даних нейровізуалізації.

Об'єкт та методи. Проліковано 81 хворий з пухлинами краніоорбітальної локалізації та очниці, середній вік яких становив 44 роки. Всім хворим проведено клінічний, неврологічний та нейроофтальмологічний огляд, КТ, МТР, краніографія.

Результати. Поведено 87 операцій 81 хворому з пухлинами краніоорбітальної локалізації та очниці. Тотальне видалення пухлини досягнуто в 60

випадках (74%), радикальне субтотальне в 16 (20%), субтотально 5 (6%). Радикальність хірургічних втручань було перевірено СКТ- контролем на наступну добу після операції. Покращення відмічено у 72 пацієнтів (89%), стабілізація у 8(10%), погіршення у 1 пацієнта (1%). Летальних випадків не було.

Висновки. Міждисциплінарна співпраця офтальмологів та нейрохірургів, оптимізація лікувальної тактики, використання чітких алгоритмів обстеження, удосконалення мікрохірургічної техніки дозволило уникнути летальних випадків, видаляти патологічні процеси максимально радикально з мінімальним косметичним дефектом та звести до мінімуму післяопераційні ускладнення у хворих з пухлинами очниці і локалізації в краніоорбітальній ділянці.

Ключові слова: краніоорбітальна пухлина, очниця, міждисциплінарна співпраця.

ВСТУП

Пухлини краніоорбітальної локалізації та очниці складають до 10% від усіх новоутворень голови. Переважна більшість цих пухлин спостерігається у хворих молодого та середнього віку.

За останні десятиліття підходи до лікування таких новоутворень зазнали суттєвої еволюції. Розширились можливості, як хірургічного так і ад'ювантного лікування. Проте, незважаючи на те, що хірургічне лікування залишається методом вибору у лікуванні пухлин цієї зони, все ж має ряд обмежень та недоліків: неможливість тотального видалення пухлини при її інвазійному характері росту, високий ризик ушкодження щільно розташованих анатомічних утворень, часто неможливість радикального видалення інтракраніальної частини пухлини офтальмологом та інтраорбітальної нейрохірургом, відсутність єдиного протоколу обстеження та лікування хворих з даною патологією.

Пацієнти з даною патологією лікуються у офтальмолога та нейрохірурга. Досить часто спостерігається видалення тільки інтраорбітальної м'якотканної частини пухлини офтальмологом та інтракраніальної нейрохірургом. Раніше тактика такого поетапного лікування пухлин була загальноприйнятною, що негативно відбивалося та результатах такого лікування. Висока щільність анатомічних структур орбіти та параорбітальної зони обумовлює складність хірургічних маніпуляцій та значно підвищує ризик виникнення неврологічного та косметичного дефекту.

Дослідження хірургічного лікування хворих з новоутвореннями очниці та краніоорбітальної зони останніх років доводять ефективність максимально радикального видалення пухлини перед тактикою спостереження. Водночас необхідно відмітити, що підвищенню радикальності значною мірою хірурги можуть завдячити використанню новітніх методів діагностики та, безумовно, застосуванню сучасного мікрохірургічного обладнання.

Мета. Покращення хірургічного лікування хворих з пухлинами краніоорбітальної ділянки та очниці на основі оптимізації хірургічної техніки з урахуванням сучасних даних нейровізуалізації.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ

Проаналізовано 87 операцій 81 хворому, які було проведено на базі відділення нейрохірургії №2 лікарні швидкої медичної допомоги з 2000 по 2014 роки пацієнтам з пухлинами краніоорбітальної локалізації та очниці. Вік хворих становив від 15 до 75 років. Серед хворих переважали жінки - 76% (62), чоловіки - 19 (38%). Клінічні прояви захворювання: екзофтальм, біль, окорухові порушення, зниження гостроти зору, слъозотеча. Тривалість захворювання від 1 місяця до 7 років. Звертає на себе увагу той факт, що досить часто діагностика захворювання проводилась із значним запізненням, коли патологічний процес розповсюджувався та уражав нерви та судини очниці, що викликало значний неврологічний та косметичний дефект. Хоча екзофтальм один з найперших симптомів, і його виникнення вже повинно було дати лікарю всі підстави направити хворого на нейровізуалізуюче обстеження (КТ, МРТ). За локалізацією мали місце пухлини інтраорбітальні- 22 (27%), зорового каналу - 2 (2,5%), крила основної кістки - 57 (70,5%).

Діагностика пухлин проводилась за допомогою клінічного, неврологічного та нейроофтальмологічного обстеження, КТ, МТР, краніографії. Важливо відмітити, що при зверненні пацієнтів до інформованих офтальмологів діагностика, планування та саме хірургічне видалення пухлини було проведено на ранніх стадіях розвитку онкологічного процесу та максимально радикально, що позитивно вплинуло на результати лікування.

Для видалення пухлин використовувався латеральний екстракраніальний, супраорбітальний, розширений субфронтальний, орбітозігоматичний доступ.

При хірургічних втручаннях застосовувався мікроскоп, електротрєпан, УЗ- аспіратор, набір мікроінструментів та мозкових ретракторів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Тотальне видалення пухлини досягнуто в 60 випадках (74%), радикальне субтотальне в 16 (20%), субтотально 5 (6%). Радикальність хірургічних втручань було перевірено СКТ- контролем на наступну добу після операції.

Покращення відмічено у 72 пацієнтів (89%), стабілізація у 8(10%), погіршення у 1 пацієнта (1%), спостерігався післяопераційний амовроз (до операції гострота зору складала - 0,04). Також виникали набряк повік, парез лобної гілки лицьового нерву, набряк м'яких тканин в ділянці операції, слъозотеча та всі вони мали тимчасовий характер і минали впродовж Здіб — 8 тижнів. Летальних випадків не було. Післяопераційна променева терапія проводилась в 5 випадках при злоякісному типі новоутворення. Для оцінювання віддалених наслідків лікування проводили СКТ, МРТ через півроку, рік. Пролонгацію росту пухлини відмічено у 4 пацієнтів (зі злоякісним типом пухлини).

ВИСНОВКИ

До теперішнього часу залишається актуальним питання хірургічного лікування пухлин краніоорбітальної локалізації та очниці. Зокрема зважаючи на міждисциплінарне розповсюдження проблеми. Сучасні методи досліджень (КТ, МРТ) внесли суттєвий вклад в передопераційне планування, та дозволили об'єктивно дослідити радикальність хірургічного лікування.

Міждисциплінарна співпраця офтальмологів та нейрохірургів, оптимізація лікувальної тактики, використання чітких алгоритмів обстеження, удосконалення мікрохірургічної техніки дозволило уникнути летальних випадків, видалити патологічний процес максимально радикально з мінімальним косметичним дефектом та звести до мінімуму післяопераційні ускладнення у хворих з пухлинами очниці і локалізації в краніоорбітальній ділянці.

Література

1. Пуцилло М.В. Нейрохирургическая анатомия / Пуцилло М.В., Винокуров А.Г., Белов А.И. - Москва, 2002. - С.48- 59.
2. Черкаев В.А. Хирургия гиперстатических краниоорбитальных менингиом / Черкаев В.А., Белов А.И., Винокуров А.Г. – Москва, 2005. - С.88-98.
3. Бровкина А. Ф. Офтальмоонкология. - С.53- 94.
4. The Mirroring Technique: A Navigation-Based Method for Reconstructing a Symmetrical Orbit and Cranial Vault / Bruneau Michael [et al.] Neurosurgery. - 2013.
5. From the Brigham to the Bush: Carrying the Inspiration of Dr. Joseph E. Murray for Humanitarian Surgical Care to the World's "Bottom Billion" / Geelhoed, Glenn W. // Journal of Craniofacial Surgery. – 2013. – Vol. 24 (1). – P. 44-48.

М. С.Гудым, А. А.Облывач
Хирургическое лечение опухолей краниоорбитальной локализации и глазницы
Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Цель. Улучшение хирургического лечения больных с опухолями краниоорбитальной локализации и глазницы на основе оптимизации хирургической техники и с учетом современных данных нейровизуализации.

Объект и методы. Пролечен 81 больной с опухолями краниоорбитальной локализации и глазницы, средний возраст которых составлял 44 года. Всем больным был проведен клинический, неврологический и нейроофтальмологический обзор, КТ, МТР, краниография.

Результаты. Поведено 87 операций 81 больному с опухолями краниоорбитальной локализации и глазницы. Тотальное удаление опухоли достигнуто в 60 случаях (74%), радикальное субтотальное в 16 (20%), субтотальный 5 (6%). Радикальность хирургических вмешательств была проверена СКТ-контролем на следующие сутки после операции. Улучшение отмечено у 72 пациентов (89%), стабилизация в 8(10%), ухудшение в 1 пациента (1%). Летальных случаев не было.

Выводы. Междисциплинарное сотрудничество офтальмологов и нейрохирургов, оптимизация лечебной тактики, использования четких алгоритмов обследования, усовершенствования микрохирургической техники, позволило избежать летальных случаев, удалять патологические процессы максимально радикально с минимальным косметическим дефектом и свести к минимуму послеоперационные осложнения у больных с опухолями глазницы и краниоорбитальной локализации.

Ключевые слова: краниоорбитальна опухоль, глазница, междисциплинарное сотрудничество.

M. S. Gudym, A. A. Oblyvach
**Surgical treatment of tumours of crano-orbital localization
 and eye socket**

Aim. To improve surgical treatment of patients with the tumours of crano-orbital localization and eye socket on the basis of optimization of surgical techniques and taking into account current information of neurovisualization.

Objective and methods. There were treated 81 patients with the tumours of crano-orbital localization and eye socket, middle age was 44 years. All the patients underwent clinical, neurological and neuro-ophthalmological evaluation, CT, MRI, craniography.

Results. 81 patients with the tumours of crano-orbital localization and eye socket underwent 87 operations. A total oncotomy was attained in 60 cases (74%), radical subtotal in 16 cases (20%) and subtotal in 5 cases (6%). Radicalism of surgical interventions was tested by spiral computed tomography control on the next day after an operation. The improvement was observed in 72 patients (89%), stabilization in 8 patients (10%), deterioration in 1 patient (1%). Lethal cases were not registered.

Conclusions. The multidisciplinary cooperation between ophthalmologists and neurosurgeons, optimization of medical tactic, use of clear algorithms of examination, improvement of microsurgical technique made it possible to avoid lethal cases, eliminate pathological processes maximally radically with a minimum cosmetic defect and it lead to the minimum postoperative complications in patients with the tumours of eye socket and crano-orbital localization.

Key words: crano-orbital tumour, eye socket, multidisciplinary cooperation.

Відомості про автора:

Гудим Максим Степанович - лікар-нейрохірург, Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги. Адреса: Київ, вул. Братиславська, 3.

Обливач Андрій Анатолійович - лікар-нейрохірург, Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги. Адреса: Київ, вул. Братиславська, 3.

УДК 616.8-089

© **О.В. ЖЕЛЕЗКО, В.М. ЖДАНОВА, 2014**
О.В. Железко, В.М. Жданова

**ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ
 ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАЦІЮ
 НЕВРОТИЗАЦІЇ ЛИЦЬОВОГО НЕРВА
 ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад.
 А.П.Ромоданова», м. Київ**

Вступ. Під час видалення невриноом вестибуло-кохлеарного нерва не завжди вдається зберегти анатомічну цілісність лицьового нерва, в такому випадку виконують операції невротизації лицьового нерва. Найкращі результати отримують при одночасному використанні декількох нервів-донорів.