



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 43539

(13) U

(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПУХЛИНАМИ КРАНІОФАЦІАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

1

2

(21) u200901663

(22) 25.02.2009

(24) 25.08.2009

(46) 25.08.2009, Бюл. № 16, 2009 р.

(72) ЗОЗУЛЯ ЮРІЙ ПАНАСОВИЧ, ПАЛАМАР
ОРЕСТ ІГОРЕВИЧ, ГУК АНДРІЙ ПЕТРОВИЧ,
ЗАБОЛІТНИЙ ДМИТРО ІЛЛІЧ, ЛУКАЧ ЄРВІН ВЕ-
НЦЕЛОВИЧ(73) ІНСТИТУТ НЕЙРОХІРУРГІЇ ІМ. А.П. РОМО-
ДАНОВА АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб комбінованого лікування хворих з пухлинами краніофаціальної локалізації, що є методом лікування пухлин краніофаціальної локалізації, який **відрізняється** тим, що лікування (хірургічне та хіміо-променево) формують в залежності від таких критеріїв, як гістологічна структура пухлини, тривалість анамнезу захворювання, отриманого доопераційного лікування, а також чітко враховується почерговість хірургічного та хіміо-променевого методів лікування з урахуванням прогностичності вищевказаних критеріїв.

Спосіб лікування відноситься до медицини, зокрема нейрохірургії, оториноларингології, щелепно-лицьової та пластичної хірургії.

Відомі способи лікування хворих з пухлинами краніофаціальної локалізації в залежності від гістологічної природи і пропонується комбінація хірургічного, променевого та хіміотерапевтичного методів лікування.

Використання променевого та хіміотерапевтичного методів лікування в передопераційній підготовці хворих із злоякісними новоутвореннями краніофаціальної ділянки із наступним хірургічним втручанням використовується і дає можливість збільшити тривалість життя хворих. Цей спосіб лікування є найбільш близьким до заявленого і взятий нами за прототип.

Спосіб-прототип здійснюється таким чином: після обстеження хворого (МРТ та СКТГ головного мозку) та проведення біопсії пухлини і визначення таким чином гістології пухлини проводиться променева доопераційна підготовка в дозі 40-70- грей із наступним хірургічним втручанням. Цей спосіб забезпечує непоганий терапевтичний ефект, розширює хірургічні можливості, але при деяких гістологічних новоутвореннях передопераційна променева підготовка не покращує віддалені результати, а навпаки зменшується тривалість життя. В результаті сформувалась група хворих, яким необхідний диференційований підхід та інша черговість в призначенні променевого, хіміотерапевтичного лікування і лікування хірургічного. Тому пошук но-

вих, більш ефективних схем лікування є патогенетично обґрунтованим і актуальним.

Задачею нашої корисної моделі є створення способу лікування, що дозволить покращити результати лікування та підвищити тривалість життя хворих із пухлинами краніофаціальної локалізації.

Поставлена задача вирішується тим, що лікування (хірургічне та хіміо-променево) формують в залежності від таких критеріїв як гістологічна структура пухлини, тривалість анамнезу захворювання, отриманого доопераційного лікування а також чітко враховується почерговість хірургічного та хіміо-променевого методів лікування з урахуванням прогностичності вищевказаних критеріїв.

А саме після обстеження хворих і визначення гістологічної структури пухлини (методом біопсії), якщо має місце злоякісна епітеліальна пухлина сіно-параназальної ділянки то спочатку проводять променеву терапію з/без хіміотерапією і потім хірургічне лікування, якщо мають місце злоякісні кісткові, судинні чи інші м'якотканинні пухлини краніофаціальної локалізації, то як перший етап проводиться хірургічне втручання із наступною променевою терапією та/або хіміотерапією.

Спосіб лікування, запропонований нами, здійснюється таким чином: після проведеного обстеження (біопсія пухлини, МРТ та СКТГ головного мозку) у хворого виявляють гістологічну природу пухлини. У випадку коли мають місце злоякісні епітеліальні пухлини сіно-параназальної локалізації, то спочатку проводять променеву терапію (в дозі 40 грей) при необхідності разом із хіміотерапією.

(13) U

(11) 43539

(19) UA

єю із наступним хірургічним втручанням (краніо-фаціальна операція має переваги над традиційним фаціальним втручанням чи транскраніальним втручанням), якщо мають місце злоякісні кісткові, судинні чи інші м'якотканинні пухлини краніофаціальної локалізації, то спочатку проводиться хірургічне лікування (краніофаціальна резекція має переваги над фаціальним втручанням чи транскраніальним втручанням).

Приклад 1.

Хвора Ц.К.С., 1987 року народження, поступила у відділення лор-онкопатології Інституту отоларингології ім. О.С. Коломійченка АМН України 30.10.2001 року з діагнозом: Остеобластома решітчастого лабіринту з інтракраніальним ростом, поширенням на кавернозний синус, основну пазуху, носову порожнину та верхньо-щелепну пазуху з 2-х сторін.

Хворіє протягом 6-ти місяців, коли вперше появились головні болі, затрудненість носового дихання, а згодом порушення гостроти зору, диплопія, екзофтальм, втомлюваність. Хворій проведена операція - передня краніофаціальна резекція пухлини (в межах здорових тканин) із субтотальним видаленням пухлини. Поширення пухлини на кавернозний синус не видалялось. В післяопераційному періоді назначена променева терапія (65 грей). Хвора спостерігається (МРТ та АКТ контроль) по теперішній час. Резидуальна пухлина в ділянці кавернозного синуса значно скоротилась.

Приклад 2.

Хворий С.В.Я, 54 роки, поступив у відділення лор-онкопатології Інституту отоларингології ім. О.С. Коломійченка АМН України 15.06.2005 року з діагнозом: плоско-клітинний ороговіваючий рак решітчастого лабіринту із поширенням пухлини на носову порожнину, верхньо-щелепну та лобну пазуху, деструкцією медіальної стінки орбіти, інтракраніальним поширенням. Хворіє протягом 4-х місяців, коли вперше звернув увагу на затрудненість носового дихання. Проведено обстеження (МРТ та СКТГ головного мозку, біопсія пухлини в носовій порожнині), що і дало змогу верифікувати гістологічний діагноз, назначити курс доопераційної променевої терапії (40 грей) із наступним хірургічним втручанням (передня краніофаціальна резекція із субкраніального доступу). Хворий спостерігався протягом 1.5 року без рецидиву. Рецидив росту пухлини через 1.5 року (локально, в носовій порожнині) де назначено хіміо-променеву терапію із наступним спостереженням протягом 2-х років.

З використанням даного способу спостерігалось 115 хворих (31 хворий із доброякісними новоутвореннями даної локалізації), пролікованих, як в Інституті нейрохірургії АМН України так і в Інституті отоларингології АМН України. Хворі розділялись по групам, зокрема первинних хворих було 25 чоловік (ці хворі не отримали передопераційної променевої підготовки і як перший етап лікування було проведено хірургічне втручання), друга група - 27 хворих була проведена цілеспрямована передопераційна підготовка (із них променева терапія у 12 хворих, і в поєднанні з хіміотерапією у 15 хворих) в межах першого року захворювання і третя група - двадцять дев'ять (29) хворих були направ-

лені для проведення краніофаціальної резекції після неможливості контролювати подальший ріст пухлини ЛОР хірургічними втручаннями та комбінованою терапією (попередні ЛОР хірургічні втручання були виконані у 27 із цих 29 пацієнтів з яких у 8 пацієнтів в поєднанні з променевою терапією і у 7 в поєднанні з променевою та хіміотерапією), у 2 хворих проведена хіміотерапія самостійно. Порівнювались хворі різних гістологічних груп, із різною тривалістю захворювання та різною комбінацією, черговістю використання променевої\хіміотерапевтичного лікування по відношенню до лікування хірургічного.

Оцінювались результати лікування хворих, 3-х та 5-ти річна виживаємість хворих відповідно до диференційованого підходу. Передопераційна променева\хіміотерапевтична підготовка хворих була ефективною для злоякісних епітеліальних пухлин і не мала впливу на 3-х річну виживаємість хворих інших гістологічних груп. Краніофаціальні втручання в цій групі мали перевагу над транскраніальними. В таких гістологічних групах, як кісткові, судинні та м'якотканинні, краніофаціальні резекції мали перевагу над фаціальними доступами, проведення променевої терапії та хіміотерапії в післяопераційному періоді мало кращу 3-х річну виживаємість порівняно із хворими яким проводилась передопераційна променева підготовка в цих самих групах. Трьох річна виживаємість хворих в залежності від гістоструктури пухлини, тактики лікування та тривалості захворювання склала 63%. П'ятирічна виживаємість склала 30%. Зниження 5-ти річної виживаємості хворих вдвічі відбувається за рахунок хворих (із кістковими, судинними, іншими м'якотканинними пухлинами) із більш довшим анамнезом та отриманими численними методами лікування.

Результати показують, що заявлений спосіб дає можливість підібрати найбільш адекватну тактику консервативного лікування та лікування хірургічного і таким чином покращити виживаємість хворих на 3-х та 5-ти річному інтервалі і може бути рекомендований для використання у нейрохірургічних та ЛОР відділеннях.

В порівнянні із прототипом запропонований спосіб має наступні переваги:

- чітко визначена тактика ведення хворих із новоутвореннями краніофаціальної ділянки відповідно до найбільш важливих критеріїв із урахуванням прогнозу;

- запропонована тактика дає можливість більш чітко визначити покази та відбір хворих до хірургічного лікування.

Література.

1. А.И.Белов, В.А. Черкаев, И.В. Решетов, Д.Н. Капитанов, А.Г. Винокуров, А.М. Зайцев, А.Х. Бекашев Пластика дефектов основания черепа после удаления краниофациальных опухолей Вопросы нейрохирургии, №4, 2001, с.5-10.

2. Черкаев В.А. Хирургия опухолей основания черепа, распространяющихся в глазницу и околоносовые пазухи: Автореферат диссертации., д-ра мед.наук. - М.,1995

3. Suárez C, Llorente JL, Anterior craniofacial resection: oncologic outcome and complications in a

series of 111 cases //Acta Otorrinolaringol Esp. - 2004. - Jan. Vol. 55 No. 1 - pp.27-33.

4. Зайцев А.М. Краниофациальные блок-резекции при злокачественных опухолях основания черепа. Техника, ближайшие и отдаленные результаты: Автореф. дис. ... канд.мед.наук: 14.00.28, 14.00.14, НИИ нейрохирургии им.акад. Н.Н. Бурденко РАМН. - М., 2004. - 28с.

5. Cantu G., Riccio S., Bimbi G., Squadrelli M., Colombo S., Compan A., Rosi M., Pompilio M., Solero C Craniofacial resection for malignant tumors involving the anterior skull base //European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck. - Springer-Verlag 2006.

6. Ganly I, Patel SG, Singh B, Kraus DH, Dringer PG, Cantu G, Cheesman A, De Sa G, Donald P, Fliss D, Gullane P, Janecka I, Kamata SE, Kowalski LP, Levine P, Medina LR, Pradhan S, Schramm V, Snyderman C, Wei WI, Shah JP. Complications of craniofacial resection for malignant tumors of the skull base: report of an International Collaborative Study //Head Neck, 2005 Jun; 27 (6): 445-51.

7. O'Gratano TC, Petruzzelli GJ, Leonetti JP, Vandevender D. Combined anterior and anterolateral approaches to the cranial base: complication analysis, avoidance, and management //Neurosurgery, 2006 Apr; 58 (4 Suppl 2): ONS-327-36.