

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ**

---

Проведен анализ эффективности хирургического лечения глиальных опухолей у 91 пациента. Состояние пациента по индексу Карновского - показала улучшение показателей между дооперационным периодом и днем выписки. В краткосрочном наблюдении хорошие исходы после операций улучшение 84 (93,3%), без изменения 3 (3,3%), ухудшение 3 (3,3%), летальность 1 (1,1%). Таким образом микрохирургия в лечении глиом является эффективным методом и применяется в качестве основного или вспомогательного способа, в комплексном лечении данной патологии.

**Ключевые слова:** глиома, астроцитома, глиобластома, олигодендроглиома, резекция глиом, микрохирургия

---

### **Актуальность**

Глиомы - самая распространенная первичная опухоль головного мозга, происходящие предположительно из клеток глиального ростка. По разным оценкам, они составляют 50-60% от опухолей головного мозга. Заболеваемость глиомами с возрастом увеличивается примерно на 1,2% в год, достигая максимума к 70 годам. Злокачественные формы глиом отмечаются у 50-65% пациентов [1,2,3,4]. В настоящее время стандартными методами лечения у больных с глиальными опухолями являются хирургическое лечение, химиотерапия, радиотерапия. Альтернативные методы лечения (иммунокорректирующая терапия, специфическая противоопухолевая иммунотерапия, фотодинамическая терапия и т.д.) не имеют достаточной доказательной базы, подкрепленной долгосрочными научными исследованиями [5,6].

### **Цель исследования**

Анализ эффективности хирургического лечения у больных с глиальными опухолями.

### **Материалы и методы**

В «Областном медицинском центре» г.Караганды в отделении нейрохирургии, начиная с января 2013г. по апрель 2015г., пролечено 336 больных с внутримозговыми объемными образованиями, 91 (27%) из них составляют глиальные опухоли. Среди глиом

чаще выявлялись глиобластомы 54 (59,3%), астроцитомы 33 (36,2 %), олигодендроглиомы 4 (4,5%) . Частота заболеваемости глиомами по гендерному признаку превалирует у мужчин (мужчин -66, женщин -25).

Среди пролеченных больных градация по возрасту выглядит следующим образом (Табл. 1).

Таблица 1

### Градация пациентов по возрасту

Годы рождения	Количество больных
1930-39	1
1940-49	10
1950-59	29
1960-69	17
1970-79	9
1980-89	10
1990-99	12
С 2000	3

Характерно, что в молодом возрасте встречаются глиомы низкой степени злокачественности.

Наиболее частыми проявлениями клинических симптома в являлись: головная боль – 82%, судорожные припадки – 62%, парезы конечностей - 34%. афатические нарушения - 17%.

Частота поражения глиальными опухолями различных отделов головного мозга (Табл. 2).

Таблица 2

### Локализация опухолей у пролеченных больных

Множественная локализация ( 2 и более областей мозга)	49 больных (54%)
лобная доля	8 больных (9%)
височная	13 больных (14%)
теменная	14 больных (16%)
затылочная	1 больной (1%)
мозолистое тело	2 больных (2%)
желудочковая система	2 больных (2%)
заднечерепная ямка	2 больных (2%)

Большинство больных поступают в стационар на поздних сроках, в стадии клинической декомпенсации (экстренно поступило 20 из 91 больных), что указывает на необходимость улучшения ранней диагностики заболеваемости на амбулаторно-поликлиническом этапе. На данный момент нами активно применяется микрохирургическое лечение. Во всех случаях

используются современные медицинское оборудование: микроскоп «Karl Zeiss OPMI Pentero», навигационная система «Stealth Station S7» производства фирмы «Medtronic», ультразвуковой деструктор фирмы “Soring”, интраоперационный УЗИ. В послеоперационном периоде клиническая симптоматика варьирует, в зависимости от «запущенности» опухолевого процесса (разрушение или сдавление проекционных путей, пирамидных трактов и т.д.) и степени резекции опухоли. Мы применяем раннюю активизацию больных, что позволяет уменьшить послеоперационные осложнения, связанные с гиподинамией, и, соответственно уменьшить сроки нахождения в стационаре.

### **Результаты и обсуждение**

Наше лечение нацелено на улучшение прогноза заболевания, повышение выживаемости больных, на сохранение и улучшение качества жизни. В результате применения современных принципов микрохирургии глиом, нам удалось повысить качество жизни больных, снизить послеоперационные осложнения и летальность, уменьшить сроки стационарного лечения. В хирургии глиом основная задача заключается в максимально возможной резекции опухоли, при этом необходимо исключить или минимизировать возможность появления нового или усугубления имеющегося неврологического дефицита. Провести радикальную хирургию не удастся по многим причинам: функциональность пораженной зоны, инфильтративность роста и отсутствие четкой границы, обширность и множественность распространения процесса с взаимосвязанностью с сосудами мозга и т.д. Объем резекции головного мозга определяется на основании интраоперационных и МРТ данных. В таблице ниже приведена степень резекции глиом (Табл.3).

Таблица 3

#### **Объем проведенных резекций опухоли**

тотальное	субтотальное	частичное	биопсия
51 (56%)	29 (31,9%)	5 (5,5%)	6 (6,6%)

Результаты у пролеченных больных (Табл.4).

Таблица 4

#### **Результаты лечения**

улучшение	без изменения	ухудшение	летальность
84 (93,3%)	3 (3,3%)	3 (3,3%)	1 (1,1%)

Результаты лечения оценивались комплексно, важную роль играет функциональный статус больного. Мы использовали индекс шкалы Карновского через неделю после операции. Индекс шкалы Карновского до и после операции (Табл.5).

Таблица 5

#### **Индекс шкалы Карновского до и после операции**

Карновский	До операции	После операции
100	0	28
90	12	22
80	11	15
70	19	8
60	19	9
50	10	1
40	11	1
30	9	3
20	0	3
10	0	0
0	0	1

Также мы анализировали влияние объема резекции опухоли на частоту рецидивного роста и выживаемость в течении года в зависимости от гистологического диагноза (Табл.6).

Таблица 6

**Результаты рецидивирования и выживаемости в зависимости от степени резекции**

Опухоли	Степень резекции		Рецидивы	Выживаемость в течении 1 года
Глиобластома (WHO Grade 4 )	тотальная	19	9	14
	субтотальная	27	21	5
	частичная	3	3	1
	Биопсия	5		0
Астроцитомы (WHO Grade 1-2)	тотальная	20	0	20
Астроцитомы (WHO Grade 3)	тотальная	8	4	6
	субтотальная	2	2	1
	частичная	2	2	1
	Биопсия	1		0
Олигодендроглиомы (WHO Grade 2 )	тотальная	2	0	2
Олигодендроглиомы (WHO Grade 3-4 )	тотальная	2	2	2

После хирургического лечения больные проходят химиотерапию, лучевую или комбинированную химиолучевую терапию при индексе шкалы Карновского не менее 70. Всего 54 больных (Табл.7).

Таблица 7

#### Химиотерапия и лучевая терапия

глиобластома	Химиолучевая терапия	35
астроцитомы (WHO Grade 1-2)	Лучевая терапия	2
астроцитомы (WHO Grade 3-4)	Химиолучевая терапия	13
олигодендроглиомы 2 (WHO Grade 2 )	Химиотерапия	2
олигодендроглиомы 2 (WHO Grade 3-4 )	Химиолучевая терапия	2

Статистические данные по выживанию пациентов со злокачественными глиомами приведены в табл. 8. Лечение злокачественных глиом включало операцию, облучение целого мозга дозой 60 Гр и различные варианты химиотерапии.

Таблица 8

#### Статистика выживания пациентов со злокачественными глиомами

Вид опухоли	Выживание в течение 1 года	Выживание в течение 2 лет
Анапластические астроцитомы	61,5 %	38,2%
Мультиформная глиобластома	37,0%	11,1%

#### Заключение и выводы

1) Микрохирургия лечения в глиом является эффективным методом лечения и применяется в качестве основного или вспомогательного способа в комплексном лечении данной патологии.

2) Использование микрохирургического лечения в совокупности с навигационной системой, картированием функциональных центров мозга, интраоперационной флуоресценцией, интраоперационной УЗИ позволяет максимально обезопасить данный способ лечения.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дюсембеков Е.К. Эпидемиологические аспекты злокачественных опухолей головного мозга в Казахстане// Поленовские чтения: Всерос. науч.-практ. конф. СПб.-2008. - С. 257.
2. Carozza S. E., Wrensch M., Miike R., et al. Occupation and adult gliomas // American Journal of Epidemiology. -2000. -V. 152.- P. 838 – 846.
3. Ohgaki H., Dessen P., Jourde B., et al. Genetic pathways to glioblastoma: a population-based study // Cancer Research. -2004. -V. 64 (19). -P. 6892-9.
4. Okamoto Y., Di Patre P. L., Burkhard C., et al. Population-based study on incidence, survival rates, and genetic alterations of low-grade astrocytomas and oligodendrogliomas //Acta Neuropathologica. -2004. -V. 108.- P. 49 – 56.
5. Muller P.J., Wilson B.C. Photodynamic therapy// Neurooncology. The Essentials. — New York, 2000. -Ch. 25. - P. 249 - 256.
6. Олюшин В.Е., Тиглиев Г.С., Острейко О.В., Филатов М.В. Комбинированная специфическая противоопухолевая иммунотерапия в лечении больных с продолженным ростом глиобластом: результаты пилотного исследования //III Съезд нейрохирургов России: Материалы съезда. СПб.- 2002.- С. 135-136.

## *ТҰЖЫРЫМ*

*Г.Д. Махамбаев (м.ғ.к.), А.А. Саулебеков, Н.И. Турсынов (м.ғ.д.), Н.Э.Жумадилов, О.М.Ли, Ш.М.Кауынбекова, Н.Б. Ерниязов, У.А. Исмаилов, А.Б. Альшаров.*

*Облыстық медицина орталығы, Қарағанды қ., Қазақстан*

## **ГЛИАЛЬДЫ ІСІКТЕРІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ**

91 науқаста глиалды ісіктің хирургиялық нәтижелеріне сараптама жасалды. Науқастардың жағдайын Карновский индексі арқылы бағаладық – нәтижесінде науқастардың аурухандан шыққандағы жағдайы операцияға дейінгі жағдайымен салыстырғанда жақсы көрсеткіштер көрсетті. Аз уақыт ішінде операциядан кейін жағдайы жақсы көрсеткіштер 84 (93,3%) байқалды, өзгеріссіз 3 (3,3%), нашарлады 3 (3,3%), 1 (1,1%) науқас қайтыс болды. Осы нәтижелерді ескере отырып бас миының глиалды ісіктерін микрохирургиялық жолмен емдеу тиімді әдіс екеніне және бұл үрдістің негізгі немесе қосымша ем ретінде қолдану оң нәтижелер беретініне көз жеткіздік.

**Негізгі сөздер:** глиома, астроцитома, глиобластома, олигодендроглиома, глиома резекциясы, микрохирургия.

## *SUMMARY*

*G.D. Makhambayev (Ph.D), A.A. Saulebekov, N.I. Tursynov (D.Med.Sci.), N.E. Zhumadilov, O.M.Lee,  
Sh.M.Kauynbekova, N.B. Yerniyazov, U.A. Ismailov, A.B. Alsharov.  
Regional Medical Centre, Karagandy, Kazakhstan*

### **SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH GLIAL TUMORS**

The analysis of efficiency of surgical treatment of glial tumors at 91 patients is carried out. Condition of patients on the Karnofsky scale showed improvement of indicators between the preoperative period and the day of discharge. In the short-term observation the following results are received: good outcomes after operation – improvement 84(93,3%), no change 3 (3.3%), worsening 3 (3.3%), mortality 1 (1.1%). Thus the microsurgery treatment of gliomas is an effective treatment and used as primary or secondary method in treatment of of this pathology.

**Key Words:** glioma, astrocytoma, glioblastoma, oligodendroglioma, resection of gliomas, microsurgery.

Г.Д. Махамбаев (д.м.н.), тел.87015255010, e-mail: gabitmd@mail.ru