

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ МЕНИНГИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Д.Р. Алимов, Р.Т. Кадирбеков, Г.Н. Саидов

Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан

Менингиомы среди всех новообразований головного мозга занимают второе место после глиальных опухолей и составляют – от 13% до 20%. Чаще всего менингиомы диагностируются у лиц в возрасте 30-60 лет и почти не наблюдаются у лиц до 20 лет. Частота злокачественных менингиом колеблется в пределах от 1 до 9% от всех менингиом. Сроки выживаемости больных с атипичными менингиомами находятся в пределах от 1 года до 6 лет.

Оценка степени радикальности удаления менингиом головного мозга с момента операции оценивалась по частоте и срокам рецидивирования, продолженного роста в зависимости от степени радикальности удаления опухолей, их локализации, наличия измененной подлежащей кости (гиперостоза). Частота рецидивов опухоли через 5 лет после радикального хирургического лечения составляет 56-78%. Однако основное клинико-хирургическое значение имеют такие свойства менингиом, как инвазивность роста, степень малигнизации и способность к метастазированию.

Целью работы: является поиск возможности продления и улучшения качества жизни пациентам, прооперированным по поводу рецидива, а также продолженного роста менингиом головного мозга, с последующей химиолучевой терапией в онкологическом стационаре.

Материал и методы: За период с 2000 по 2008 годы в клинике Республиканского научного центра нейрохирургии произведены повторные операции 22 пациентам по поводу рецидива и продолженного роста менингиомы головного мозга в возрасте от 23 до 65 лет. В подавляющем количестве наблюдений (17 больных) менингиомы имели супратенториальную локализацию, и только у 4 больных опухоли локализовались субтенториально. Больные мужского пола составляли 8 (36,3%), женского -14(63,6%). Послеоперационная летальность у наших больных с атипичными менингиомами головного мозга составила 4 пациента.

При анализе полученных данных выявлен более быстрый темп развития клинической картины заболевания у больных с атипичными

и злокачественными менингиомами головного мозга (средняя длительность заболевания около 10 месяцев), чем у больных с типичными менингиомами. В случаях, когда невозможно было полностью удалить образование по причине вовлечения в него магистральных артерий и черепно- мозговых нервов, оставшиеся участки опухоли коагулировались. Комплексный подход к лечению атипичных менингиом с обязательным применением лучевой и химиотерапии позволяет добиться увеличения продолжительности жизни больных и улучшить прогноз заболевания.

Результаты и обсуждение: Всем 22 больным было проведено комплексное обследование. Комплекс исследований, в том числе КТ и МРТ, позволил установить локализацию и характер патологического процесса, а также определить адекватное патогенетическое лечение. Неудовлетворительные результаты лечения заставляют нейрохирургов использовать новые методы в лечении этого вида новообразований: химиотерапия, иммунотерапия, гормонотерапия антагонистами прогестерона. Химиотерапия после операции такими препаратами, как адриамицин, винкристин, циклофосфамид позволяет увеличить выживаемость больных, снизить количество рецидивов, а также может являться адекватным методом лечения злокачественных менингиом.

Выводы:

Рецидивы типичных менингиом, на наш взгляд, можно считать переходным звеном в плане морфологии между типичными и атипичными менингиомами. Неоднозначным является вопрос о дальнейшей тактике ведения больных. Она зависит от радикальности операции и инвазивности процесса. Учитывая тот факт, что большинство менингиом-доброкачественные, необходимо изучение гистобиологических особенностей инфильтративных менингиом, что повлияет на тактику лечения. Возможно, у определенной группы больных будет обоснована послеоперационная лучевая терапия. Комплексный подход к лечению агрессивных менингиом с обязательным применением химиотерапевтических препаратов позволяет добиться увеличения продолжительности жизни больных и улучшить прогноз заболевания.