

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ

А.В. Ким

ФГБУ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова», Санкт-Петербург, Россия

Диагностика и лечение опухолей мозга является стойко актуальной проблемой в детской нейрохирургии из-за распространенности патологического состояния в популяции, тяжести клинических проявлений, плохими результатами лечения. В детской нейронкологии глиальные опухоли занимают особое место. Они наиболее часто встречаемые, в более половины случаев злокачественные, из-за диффузного роста трудно удалимы, обладают высоким потенциалом роста, часто локализованы вблизи подкорково-стволовых отделов мозга. Тотальной резекции опухоли удается достигнуть лишь в половине случаев. Безрецидивная выживаемость более 5 лет достигается у 40-80% больных. Послеоперационные осложнения по-прежнему часты. Многие вопросы тактики лечения нейроэктодермальных новообразований у детей по-прежнему открыты, попытки представить универсальный алгоритм лечения рецидива глиом головного мозга у детей принимаются многими. По-прежнему оспаривают прогностическое значение радикальности операций, обсуждают алгоритмы проведения онкостатической терапии.

Материал и методы. Для разработки рациональной тактики лечения глиом супратенториальной локализации проведен ретроспективный анализ результатов лечения 296 детей в возрасте до 18 лет. Срок катамнеза от 2 до 22 лет. Детей с рецидивом в указанные сроки выявлено 63 (21,3%). Всем пациентам проведена комплексная диагностика до и после операции, включавшая помимо клинических обследований, на поздних этапах исследования, современные нейровизуализационные методы (СКТ, МРТ, трактография, спектроскопия, ПЭТ). 30 больным с рецидивами проведен молекулярно-генетический анализ образцов опухоли при первой и повторной операциях. При гистологической оцен-

ке рецидива глиомы проводили помимо микроскопии, иммуногистохимический анализ.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационная смертность составляет 2,8% (от 0,5 до 5,4%) в разные периоды. Тотальная или субтотальная резекция НЭО осуществлена в 63,7%. II-IV тип анаплазии установлен в 3/5 случаев. Безрецидивный (безпроцидивный) период составляет в среднем 72 мес. Результат лечения глиальных опухолей супратенториальной локализации у детей в основном определяет дальнейший рост опухоли, что на наш взгляд должно считаться основным критерием определяющим исход заболевания вообще. В этом отношении результат лечения зависел от полноты удаления опухоли при первой операции ($p < 0,03$), гистоструктуры ($p < 0,01$), проведения онкостатической терапии ($p < 0,05$), своевременного и тотального удаления рецидива ($p < 0,05$).

Течение повторной операции оказалось не осложненным, если при первой операции осуществлена тотальная или субтотальная резекция, восстановлена целостность ТМО и черепа, послеоперационный период протекал без осложнений, отсутствовало метастазирование. После повторных операций безрецидивный период укорачивался независимо от объема удаления опухоли и онкостатической терапии.

Негерметичность дуральной системы и черепа, диффузный рост злокачественного новообразования и метастазирование, частичное удаление опухоли, осложненное послеоперационное течение ухудшают результаты повторной операции. Таким образом, вопросы стратегии и тактики лечения рецидива глиальных опухолей супратенториальной локализации должны быть уточнены, сформулированы и решены уже при планировании и проведении первой операции.