

Т. В. Гнетулло, Г. П. Мартышкин, Е. Н. Ананьева

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*Кировская государственная медицинская академия,
Кировский областной клинический
онкологический диспансер*

За последние два десятилетия в практике диагностики и лечения опухолей головного мозга произошли существенные изменения. Благодаря компьютерной и магнитно-резонансной томографии стало возможным визуализировать опухоли в небольших размерах до 0,5 см. (О.И. Щербенко, 2000)

В настоящее время в лечении больных злокачественными опухолями головного мозга основным компонентом остается хирургический (В.Г. Савченко, 2000). Исключение составляют, по мнению многих авторов, опухоли третьего желудочка и ствола головного мозга из-за анатомической недоступности и физиологической недопустимости хирургического вмешательства в этих областях. Кроме того, многие злокачественные опухоли из-за биологических особенностей роста радикально удалить не представляется возможным. В свете этого значение приобретает лучевая терапия как в плане самостоятельного, так и комбинированного лечения опухолей головного мозга.

Проведение комбинированного лечения: удаление опухоли в I-м этапе и использование лучевого компонента в послеоперационном периоде – по данным ЦНИРРИ (С.-Петербург) увеличивают пятилетнюю выживаемость на 20-50% в сравнении с проведением только хирургического лечения.

В настоящем сообщении проведен анализ результатов комбинированного лечения больных с опухолями головного мозга, находившихся на лечении в радиологическом отделении Кировского онкологического диспансера с 1997 по 2001 гг.

Всего пролечено 82 больных. Хирургическое лечение в I-м этапе проводилось в нейрохирургическом отделении Кировской областной клинической больницы. Послеоперационная лучевая терапия была проведена в Кировском облонкодиспансере.

Из числа пролеченных больных (82): мужчины – 32 (39%), женщины – 30 (36,6%), детей до 18 лет – 20 (24,4%). Среди детей: мальчиков – 11 (55%), девочек – 9 (45%).

Мужчины были в возрасте от 19 до 62 лет (средний возраст – 39,5 лет), женщины – в возрасте от 21 до 61 года (средний возраст – 40 лет).

В мужской возрастной группе преобладающее большинство заболеваний от 25 лет до 50 – 77,1% (25 человек), в женской возрастной группе преобладающее большинство заболеваний в возрасте от 40 до 45 лет – 63% (19 человек). По нашим данным мужчины по сравнению с женщинами заболевают с более молодого возраста.

Дети со злокачественными опухолями головного

мозга наблюдались с 6-летнего возраста. Среди заболевших детей следующее возрастное распределение:

6-10 лет – 55% (11 детей),
10-18 лет – 45% (9 детей).

Из 82 пациентов с опухолями головного мозга проживали в Кирове – 33 (40,2%), из районов Кировской области – 49 (59,8%).

По локализациям опухолевый процесс диагностирован:

1. Лобная и лобно-теменная область – 27 больных (33%)

Поражения справа – 15, слева – 12 больных

2. Теменная и теменновисочная область – 19 больных (23,2%)

3. Желудочки мозга – 14 больных (17%)

4. Мозжечок – 15 больных (18,3%)

5. Ствол мозга – 6 больных (7,3%)

6. Кранио-спинальные – 1 больной (1,2%).

По данному распределению наибольший процент опухолевого поражения локализуется в лобно-теменно-височной области, то есть в 56,2% случаев, наименьший – ствол мозга – 7,3%, краниоспинальное – единичный случай.

В отличие от метастатического поражения первичные опухоли мозга обычно единичны и очень редко сразу вызывают выраженные симптомы, как правило, клиническая картина нарастает постепенно. Проявлениями опухолей головного мозга являются прогрессирующие неврологические нарушения, зависящие от локализации поражения, скорости роста и отека окружающих тканей. По литературным данным увеличение внутричерепного давления наблюдается при большинстве опухолей и проявляется головной болью, тошнотой, рвотой, заторможенностью. У 25% больных наблюдаются судороги. В 10-15% случаев – нарушение памяти, речи, потеря чувствительности и дефициты черепно-мозговых нервов.

Из анамнеза пролеченных нами больных выяснено, что 80% заболевших стали предъявлять жалобы в течение 2-6 месяцев до операции. В клинической картине преобладали жалобы: на головную боль и головокружение – 44 человека (53,6%), тошнота и рвота – 21 человек (25,5%), ухудшение зрения – 13 человек (16%), судорожный синдром – 8 человек (9,7%), гемипарез до операции – 4 человека (4,8%), периодическая потеря сознания – 4 человека (4,8%), амнезия – 1 случай.

Диагностика проводилась в нейрохирургическом отделении областной клинической больницы с использованием компьютерной томографии или МРТ. В 95,12% случаев диагноз подтвержден гистологическим исследованием. Выполненный объем операции: полное удаление опухоли – 59 (72%), частичное удаление опухоли – 18 (22%), у 5 больных опухоль была технически не удалима ввиду ее локализации или распространенности.

По морфологической структуре опухоли головного мозга классифицировались:

1. Астроцитомы – 46 случаев (56%)

2. Глиобластома – 12 случаев (14,6%)
3. Эпендимома – 6 случаев (7,3%)
4. Менингиома – 6 случаев (7,3%)
5. Медуллобластома – 4 случая (4,8%)
6. Олигодендроглиома – 1 случай
7. Невринома – 1 случай
8. Краниофарингиома – 1 случай
9. Гемангиобластома – 1 случай

Лучевое лечение начато после операции в течение 1 месяца – 65 больным (83,3%), в течение 2-х месяцев – 10 больным (12,8%), более 2-х месяцев – 2 больным (2,6%).

Всем больным дистанционная лучевая терапия проводилась на отечественных гамма-терапевтических установках АГАТ-РМ и АГАТ-Р-1. Предлучевая топометрическая подготовка осуществлялась с помощью разметочных рентгенограмм на аппарате РУМ-20.

58 больным (70%) было проведено облучение всего головного мозга до СОД – 30 Гр, с последующим локальным подведением дозы до 50 Гр на ложе опухоли. У 22 больных (26,7%) проведена лучевая терапия только на ложе опухоли в СОД – до 60 Гр.

2 больным (3,3%) было проведено облучение всего головного мозга в СОД от 26 до 30 Гр. Использовался статический режим лучевого лечения с 2 противолежащих полей или под углами, разовая очаговая доза (РОД) составляла 1,8 – 2 Гр. Для предупреждения развития отека мозга лучевая терапия начиналась с облучения в небольших дозах (0,5-1 Гр.)

В процессе лучевого лечения у 30 больных (36%) возникли симптомы повышения внутричерепного давления (головная боль, головокружение, тошнота, рвота). На фоне дегидратационной терапии лучевое лечение было закончено 26 больным, 4 человека – сняты с лучевого лечения.

По данным статистического управления на 31 декабря 2002 года из 82 больных с опухолями головного мозга, получивших комбинированное лечение за период 1997–2001 гг.:

живы 53 человека – 64,7%;

умерло 29 человек – 35,3%;

Из умерших 29 человек длительность жизни составляла:

до 1 года – 17 человек – 58,5%;

от 1 года до 2 лет – 10 человек – 34,4%;

от 2 до 3 лет – 1 человек – 7,1%.

Выводы

1. Прогностическими факторами при комбинированном лечении опухолей головного мозга являются степень морфологической дифференцировки опухоли, локализация, своевременная диагностика ранних форм, возраст (прогноз лучше у молодых).

По морфологии астроцитомы и глиобластома составили наибольшую группу пролеченных больных – 70,6%, по данным ЦНИРРИ (С.-Петербург) – 81%. В 58% случаев опухоли головного мозга локализовались в лобно-теменно-височных областях.

2. Пятилетняя выживаемость пролеченных боль-

ных (по 1997/98 году) составила 32,6%, что ниже показателей ведущих онкологических центров (50 – 100%).

Использование с 2002 года в Кировском областном онкодиспансере современных технологий в лучевой терапии (облучение на линейном ускорителе электронов SLi фирмы Philips, рентгенопометрическая подготовка на компьютерном томографе и симуляторе SLS-23 фирмы Philips, компьютерное дозиметрическое планирование), несомненно, улучшит 5-летнюю выживаемость этой категории больных.

3. При проведении послеоперационной лучевой терапии с целью профилактики возникновения отека мозга дегидратационную терапию следует начинать с первых дней облучения.

Список литературы

1. Эдвард К. Гальперин, Луис С. Констайн, Нэнси Дж. Тарбел, Ларри Е. Кан. Лучевая терапия в детской онкологии. – М.: Медицина, 1999. – С. 50-163.
2. Практическое руководство «Лучевая терапия в лечении рака». / Пер. с англ. О.И. Щербенко. – Всемирная организация здравоохранения, 2000. – С. 256-279.
3. Клиническая рентгенодиагностика. Т.5: Лучевая терапия опухолей и неопухолевых заболеваний / Под ред. Г. А. Зедгенидзе. – М.: Медицина, 1985. С. 248-255.
4. «Высокие медицинские технологии в лучевой терапии злокачественных опухолей». Материалы пленума правления Всероссийского научного медицинского общества онкологов. Ростов-на-Дону, 1999.