

А.Ю. Савченко, Ю.В.Лалов, Н.С. Захарова, И.Н.Степанов, С.А. Матвеев

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГЛИОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Омская государственная медицинская академия

Проблема глиом головного мозга в ряду онкологических церебральных процессов исходит из исключительной тяжести заболевания, вызывает у специалистов оправданное суждение о малой перспективности лечения и практически не содержит ставших традиционными восстановительных и реабилитационных новаций, направленных на смягчение вызванных опухолью мозга последствий — дезадаптацию медико-биологического и социального статуса.

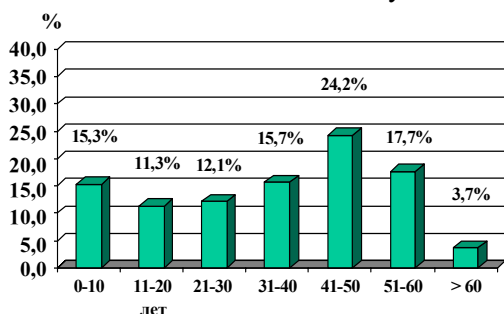


Рис. 1. Распределение больных с глиомами головного мозга по возрасту.

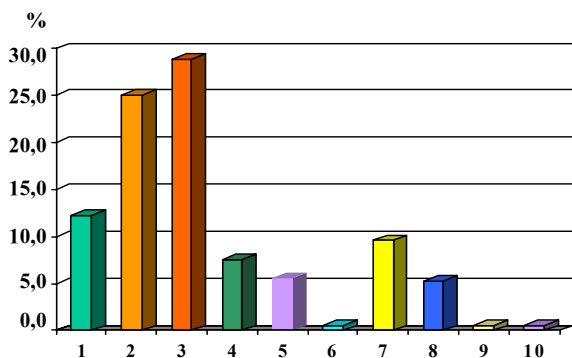


Рис. 2. Гистологические варианты глиом головного мозга у пациентов.

1 — астроцитомы; 2 — астробластомы; 3 — глиобластомы; 4 — олигодендроглиомы; 5 — олигодендроглиобластомы; 6 — эпиндимомы; 7 — эпидеомбластомы; 8 — медуллобластомы; 9 — бидермальные опухоли; 10 — без гистологии.

За 45-летний период проведено обследование и лечение 1076 больных в возрасте от 7 месяцев до 79 лет с нейроэктодермальными опухолями головного мозга (рис. 1) при доминировании лиц

мужского пола (57%). В 61% случаев заболевание диагностировалось в возрасте 31—55 лет. Дедифференцированные процессы встречались в 74% случаев, причем среди последних доминировали новообразования астроцитарного (53%) ряда (рис. 2). Преимущественно поражались лобная (19,7%), височная (21%) и теменная (9%) доли, мозжечок (15,1%). В 2% случаев опухоли располагались в стволе. Остальные случаи приходились на затылочную долю, желудочковую систему и смешанные локализации. Диагностика опухолей основывалась на изучении анамнеза, клинических проявлений, данных нейрорентгенологических (КТ, МРТ, АГ), электрофизиологических (ЭЭГ, ЭхоЭГ, УЗДГ), лабораторных методов.

Таблица

Частота основных клинических симптомов до лечения

Клинические симптомы	% (n=1076)
Головная боль	86,8
Тошнота, рвота	55,5
Застойные диски зрительных нервов	79,9
Недостаточность	
III нерва	53,6
VI нерва	13,4
VII нерва	76,7
VIII нерва	21,9
Бульбарные симптомы	45,0
Парезы	46,5
Анизорефлексия	53,6
Патологические рефлексы	27,4
Чувствительные расстройства	20,4
Координационные нарушения	30,6
Расстройство высших мозговых функций	19,3
Нарушения психики	12,1

Клинические проявления у пациентов заключались в наличие общемозговых и очаговых симптомов. Среди общемозговых симптомов доминировали головная боль и застойные диски зрительных нервов, среди очаговых — недостаточность III, VII нервов и анизорефлексия (табл. 1).

Предоперационная подготовка была направлена на стабилизацию гомеостаза, коррекцию

сопутствующих соматических проявлений, отека и циркуляторных расстройств головного мозга. Назначались стероидные гормоны (преднизолон, дексаметазон), оказывающие противовоспалительный, противоаллергический, антиэкссудативный эффекты, гипотензивные препараты (амиодарон, атенолол, эналаприл, блокаторы калиевых — кордипин, коринфар и кальциевых — нимотоп каналов), вазоактивные средства (кавинтон, инстенон), антиоксиданты (альфа-токоферол), антигипоксанты (оксибутират натрия), антиконвульсанты.

Одна из схем анестезиологических пособий, применяемых в Омской клинике неврологии и нейрохирургии при лечении нейроонкологических больных, представлена ниже: накануне операции — диазепам, дексаметазон, димедрол, за 30 минут до операции — димедрол, промедол, дексаметазон, в операционной — атропин, диазепам, комбинированная атаралгезия с ИВЛ закисно-кислородной смесью и нейровегетативной стабилизацией — клофелин, фентанил, ардуан, местная анестезия голосовых связок лидокаином.

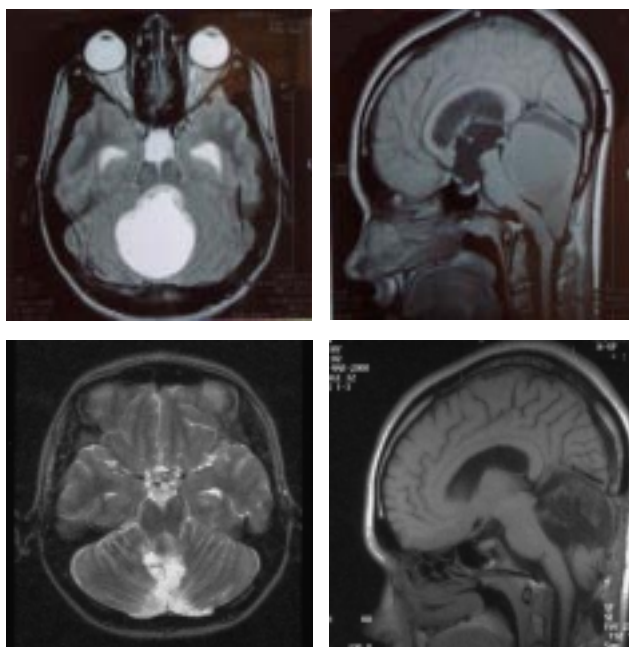


Рис. 3. МРТ головного мозга больной Н. (диагноз — астробластома мозжечка) до и через 3 месяца после комбинированного лечения.

Принципы хирургического лечения были дифференцированными. Ограниченные трепанации черепа и разрезы коры приемлемы при узловых формах глиом. Чаще необходимы

широкие трепанации черепа, обеспечивающие нормальный обзор, вариабельность подхода к опухоли с защитой от повреждения функционально значимых зон мозга и крупных сосудов, создающие лучшие условия для внутренней декомпрессии за счет перифокальной зоны. В этих случаях возможны операции и при значительных объемах новообразований (рис. 3). При инфильтративном росте глиом радикальность нужна лишь в случаях резекции полюса лобной и височной долей при расположении в последних новообразований.

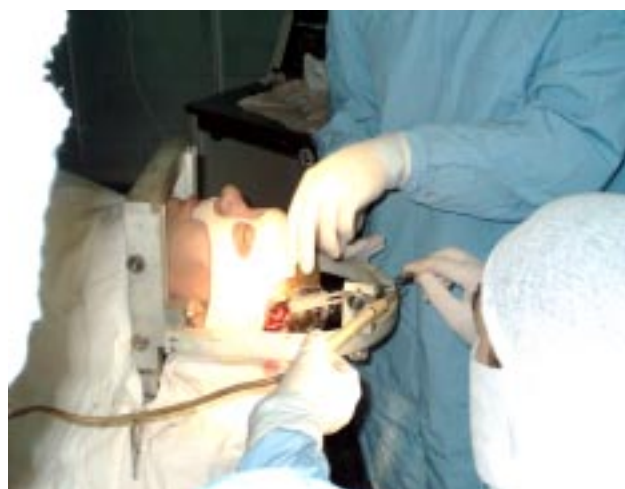


Рис.4. Стереотаксическая биопсия (момент операции).

При невозможности полного удаления опухоли осуществляется энуклеация центральной ее части с последующей криодеструкцией источника роста и оставшейся части. Нередко компенсации выраженной внутричерепной гипертензии способствуют ликворшунтирующие операции. В случаях труднодоступных локализаций нейроэктодермальных новообразований для установления точного гистологического диагноза использовался стереотаксический метод (аппараты «Поаник» и «Низан»), с помощью которого возможно определение показаний, этапности и хронологии комбинированного лечения (рис. 4). Кроме биопсии, осуществляется трассировка и намечается наиболее безопасный путь хирургического воздействия. Если хирургическое лечение признавалось нецелесообразным, в опухоль имплантировали рентгенконтрастные маркеры для уточнения характера лучевого воздействия (рис. 5). Лучевое лечение начиналось со 2-3-й недели послеоперационного периода в

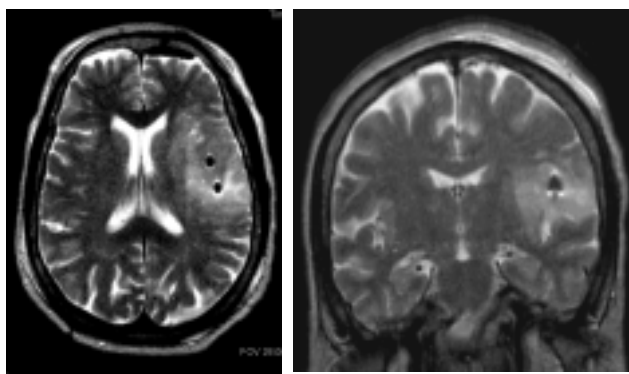


Рис. 5. Рентгеноконтрастные метки (МРТ контроль).

режиме статики методом традиционного фракционирования. Суммарная очаговая доза обычно составляла 60—64 Гй. В ранние сроки после операции проводятся и химиотерапевтические мероприятия. В клинике наиболее часто используется монотерапия ломустином (белустин) внутрь из расчета 100—130 мг/м<sup>2</sup> площади тела один раз в 6 недель. Количество введений препарата — от 6 до 12. Реже используется темодал

5 курсов подряд (75—150 мг/м<sup>2</sup>) 5 дней с последующим перерывом в 23 дня. Полихимиотерапия включала метатрексат с внутримозговым или эндолюмбальным введением, винкристин или винбластин в/в, циклофосфан в/м и преднизолон внутрь. Кроме того, больным в раннем послеоперационном периоде назначаются антибиотики широкого спектра действия, антиоксиданты, стероидные гормоны, ингибиторы протеаз, антиконвульсанты, иммунокорректоры. Методами детоксикации являются плазмаферез, ликворосорбция. Показаны ингаляции настоев трав, солевые ингаляции, массаж конечностей, ЛФК, электростимуляция паретичных мышц.

Поступила 20.03.07.

