

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНО МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Гормольсова Е.В., Рзаев Д.А., Дмитриев А.Б., Чернов С.В., Калиновский А.В., Зотов А.В., Ужакова Е.К.

ФГБУ “Федеральный Центр Нейрохирургии” (г. Новосибирск).

Цель исследования. Определить роль нейрохирургического вмешательства в диагностике, а также влияние его на дальнейшую тактику у пациентов с первично множественными опухолями.

Материалы и методы. В ФГБУ ФЦН за 2013-2014 гг. проведено лечение 26 пациентам с опухолевыми образованиями головного мозга, которые сочетались с пролеченными ранее злокачественными заболеваниями в других органах и имели четкие критерии первично множественных опухолей. Возраст пациентов колебался от 41 до 76 лет (средний возраст составил 60,2). В представленной группе преобладали женщины, они составили 73,1% (19 пациентов); мужчин было в 3 раза меньше – 26,9% (7).

Пациенты направлялись преимущественно онкологами, имея в анамнезе одну (24 случая) или две злокачественные опухоли (2). С учетом этих данных заболевания расценены как прогрессирование первично выявленного злокачественного новообразования. Всем больным было выполнено комплексное предоперационное обследование. После этого проводилось хирургическое лечение опухоли головного мозга с верификацией гистологического диагноза. Морфологическая структура выявленных церебральных опухолей была разнообразной, отмечалось различное сочетание видов доброкачественных и злокачественных опухолей.

Результаты и обсуждение. Злокачественные опухоли мозга были выявлены у 13 больных (50% случаев), доброкачественные – у 13 (50%). У 21 пациента (76,2%) отмечалось единичное поражение головного мозга, у 5 (23,8%) – множественное (от 2 до 4 очагов). Доброкачественные опухоли головного мозга были представлены преимущественно менингиомами, которые

встретились у 11 больных (74%). Из них супратенториальное расположение имели менингиомы в 10 наблюдениях, субтенториальное – в 1. Множественные менингиомы выявлены у 1 пациентки. Так же среди доброкачественных церебральных новообразований в 1 случае была выявлена невринома (13%) и еще в 1 – макроаденома гипофиза (13%). Злокачественные опухоли имели различную гистологическую структуру: глиобластомы встретились в 8 случаях (58,5%), метастаз железистого рака – в 2 (16,6%), В-клеточная лимфома – в 1 (8,3%), низкодифференцированная опухоль лобной кости – в 1 (8,3%), меланома – в 1 (8,3%). Интервал между диагностированием первично множественных опухолей составил от 1 месяца до 12 лет 11 месяцев (средний интервал – 4 года 6 месяцев).

Анализ схем лечения ПМО после морфологической верификации опухоли головного мозга и сравнение их с предполагаемыми и возможными курсами терапии в случае отказа от хирургического лечения новообразований головного мозга показал, что во всех случаях выявлено расхождение в программе дополнительного лечения. Причем во всех случаях при доброкачественных опухолях головного мозга (13 пациентов) адьювантная терапия после операции не требовалась, таким образом, пациенты избежали не показанного им специального лечения. У 2 больных распространенность и локализация опухолевого поражения внутренних органов предполагало отказ от проведения адьювантной терапии. Однако после хирургического лечения и верификации морфологической структуры церебральных опухолей пациентам проведен полноценный курс химио- и/или лучевой терапии.

Таким образом, несмотря на имеющийся онкологический анамнез, для определения правильной тактики дальнейшего лечения и исключения неоправданного отказа от радикальной помощи, необходима верификация морфологической структуры объемных образований головного мозга во всех случаях.