

ОПТИМАЛЬНОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ МЕНИНГИОМ.

Ачилова Гулрух Туркмановна

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр нейрохирургии.

Ключевые слова: рецидив и продолженный рост менингиом, усовершенствование микрохирургической техники, лучевая терапия.

Использование интраоперационных навигационных путей удаления менингиом головного мозга различной локализации позволяет оптимизировать хирургический доступ, избежать дополнительный механической или термической травмы магистральных сосудов головного мозга. А также повысить степень радикального удаления опухоли и улучшить клинические результаты при этом группа пациентов. Применение лучевой терапии характеризуется значительно меньшим риском осложнений и позволяет добиться контроля опухоли после радикальной операции. Лучевое лечение злокачественных менингиом может значительно увеличить безрецидивную и общую выживаемость. Продолжительность жизни повторно оперированных больных со злокачественными менингиомами.

Хавфли ўсмаларни оптимал комплекс даволаш.

Ачилова Гулрух Туркмановна

Калит сўзлар: менингиома ўсмаси рецидив ва менингиоманинг давомли ўсиши, микрожарроҳлик йул ини такоммиллаштириш, нур терапияси. Турли хил локолизциядаги бош мия менингиомаларни интраоперацион йўл билан олиб ташлаш босқичида қўллаш, операцияни кириш йўлини оптималлаштиради, бош мия магистрал қон томирларни

механик ёки травматик шкастланишдан сақлайди, ўсманинг радикаллигини оширади, шу гурпуадаги касалларни клиник натижасини яхшилади. Нур терапиясини қўллаш жиддий равишда асорат хавфини камайтиради ва радикал операциядан кейин ўсмани ўсишини назоратга олишга эришиш мумкин. Хавфли менингиомаларда нур билан даволаш методи рецидивни олдини олади ва беморларни умумий хаёт куриш даражасини оширади.

OPTIMAL COMPLEX TREATMENT OF MALIGNANT MENINGIOMAS.

Achilova Gulrux Turkmanovna.

Key words: tumor recurrences and continued growth of meningiomas, improvement of microsurgical techniques, radiation therapy

The use of intraoperative navigation by removing cerebral meningiomas of various locations allows optimizing surgical access and avoiding additional or thermal injury to the great vessels of the brain. And also increase the degree of radical tumor removal and improve clinical results in this group of patients. The use of radiation therapy is characterized by a significantly lower risk of complications and allows for tumor control after radical surgery. Radiation treatment of malignant meningiomas can significantly increase disease-free and overall survival. Life expectancy of reoperated patients with malignant meningiomas

Введение: Клинические наблюдения внутричерепных менингиом имеют многовековую историю, при этом их гистологическая классификация

постоянно пересматривается до настоящего времени. Частота возникновения рецидивов растет пропорционально времени, прошедшему после оперативного лечения. Через 5 лет после операции рецидивирует 20% менингиом, через 10 лет-30%, через-20 лет примерно 50% [3]. Одна из наиболее вероятных объяснений проявления рецидива опухоли после радикальных операций является частичное удаление опухоли. Выделение атипических и злокачественных менингиом связано с тем, что, несмотря на тенденцию к относительно медленному росту, лечение таких больных требует особого отношения из-за высокой распространенности этих опухолей и смертности пациентов [4].

В последней классификации ВОЗ (2007) продолжается обсуждение взаимоотношений гистологической структуры менингиом и агрессивности их роста, прогноза качества жизни, а также частоты рецидивирования [1]. Анализируя имеющиеся данные, необходимо отметить, что основополагающим в комплексном лечении злокачественных менингиом является использование хирургического лечения в сочетании с лучевой терапией и радиохирургией.. Варианты лечения указанной категории больных нуждаются в дальнейшей разработке, а используемые до настоящего времени лечебные подходы не достаточно эффективны. В этом случае необходимо совершенствование методов диагностики и оценки их степени атипии и анаплазии, дальнейшая разработка принципов до- и послеоперационного консервативного лечения, уточнение особенностей хирургического вмешательства, степени удаления объема опухоли и применения последующей лучевой терапии [2]. В то же время, комплексные исследования особенностей лечения больных, а также оценка отдаленных результатов лечения за последние 10 лет отечественными учеными не проводились, что в совокупности с вышеизложенным определило актуальность проблемы и выбор темы настоящего исследования.

Цель работы — усовершенствовать эффективность лечения больных с атипическими и злокачественными менингиомами на основе изучения их

клинико-морфологических характеристик, особенностей диагностики, хирургического и комбинированного лечения.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2022 гг. обследованы и оперированы 487 больных с менингиомами головного мозга, находившихся на стационарном лечении в отделении нейроонкологии РСНПМЦН. У 80 (16,4%) больных обнаружены рецидив и продолженный рост опухоли. В срок от 1 мес. до 7 лет, выявлен рецидив и продолженный рост у 76 (95%) больных. От 8 до 16 лет, обнаружен рецидив и продолженный рост менингиомы у 4 (5%) больных. Чаще всего рецидив и продолженный рост наблюдался при анапластической и атипичной менингиоме, которые из доброкачественной формы впоследствии переродились в злокачественную структуру. При анализе рецидива и продолженного роста менингиомы, у 80 (16,4%) больных, обнаружены различные гистологические структуры: фибробластическая- 5 (7,9%) больных, ангиоматозная- 8 (12,7%) больных, псаммоматозная- 7 (11,2%) больных, анапластическая менингиома- 14 (17,5%) больных, саркоматозная-12 (19,1%) больных, дедифференцированная- 8 (10%) больных, менинготелиальная- 4 (6,3%) больных. Собственная менингиома отмечалась у 22 (27,5%) больных. Подвергшиеся повторному хирургическому лечению 80 (16,4%) больных, с рецидивами супратенториальной локализации составляли -45 (56,2%) больных и продолженным ростом -25 (31,2%) больных. При субтенториальной локализации рецидив отмечался у 10 (12,5%) больных, продолженный рост-у 4 (5%) больных. Рецидив и продолженный рост чаще всего наблюдался супратенториально- 66 (82,5%) больных. Субтенториально- 14 (17,5%) больных. В нашем случае рецидивы и продолженный рост менингиом составляет 16,4%, что указывает на положительные результаты хирургического лечения и сравнительно низкие показатели рецидива. В зависимости от стадии клинического течения 80 (16,4%) больных с рецидивами и продолженным ростом менингиом, подвергшимся повторному оперативному вмешательству, чаще всего поступали во II стадии субкомпенсации- 44 (17,5%) больных. В состоянии

средней тяжести и с грубой неврологической симптоматикой. В IV стадии грубой декомпенсации повторно поступили- 6 (7,5%) больных, так как пациенты поступали в стационар в тяжелом состоянии, проживающие в дальних регионах, недостаточно эффективная медицинская помощь и современной медицинской техники для установления точного клинического диагноза. Из 80 (16,4%) больных с рецидивами и продолженным ростом менингиом радикальность операции мы пользовались шкалой Simpson. Полное удаление опухоли с иссечением ТМО в месте исходного роста и резекцией пораженной кости- 20 (25%) больных. В этом случае после первичного хирургического удаления, рецидив опухоли чаще всего переходит в атипичную форму с дальнейшим ростом, поражает костные структуры. Полное удаление опухоли с коагуляцией ТМО в месте исходного роста- 32 (40%) больных. Учитывая, что опухоль чаще всего встречается огромных размеров, радикальность операции осуществляли в более полном объеме с целью избежания рецидива. Полное удаление без иссечения или коагуляции ТМО в месте исходного роста и без резекции пораженной кости- 13 (16,2%) больных. Частичное удаление или биопсия- 15 (18,7%) больных. Так как опухоль впоследствии малигнизируется и перерождается в злокачественную структуру инфильтрируя окружающие ткани, труднодоступность, удаление осуществляли субтотально с дальнейшей декомпрессией головного мозга.

При анализе 487 больных оперированных по поводу удаления менингиом головного мозга, а также их рецидивов, обнаружено, что хирургическое лечение и лучевую терапию получили 264 (54,2%) больных. Независимо от характера опухоли, пациенты отправлены на дальнейшее наблюдение у онколога по месту жительства с дальнейшей тактикой лечения. Хирургическое лечение без лучевой терапии-213 (43,7%) больных. Данные пациенты повторно обращались в нашу клинику без лучевой терапии, так как не во всех районах и областях Республики имеется онкологическая клиника и соответственно лучевая терапия. Обследованы 10 больных с менингиомами головного мозга, а также их рецидивами находившихся на стационарном

лечении в Республиканском специализированном научно-практическом центре нейрохирургии. Из них 5 (50%) – первично поступившие и оперированные больные. 3 (30%) – повторно оперированные больные с рецидивами менингиом головного мозга. 2 (20%) с рецидивами менингиом без повторного хирургического вмешательства. Всем больным проведен курс протонной терапии в Научно- Практическом Центре Протонной Лучевой Терапии и Радиохимики (Москва-Дубна). В результате проведения лучевой терапии больным с менингиомами и рецидивами обеспечивалось существенное улучшение качества жизни, регрессировали такие симптомы заболевания, как головная боль, тошнота, рвота, диплопия, а при контрольных К.Т.- и МРТ-исследованиях получена положительная динамика.

Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных проведено изучение особенностей распространения и роста атипичических и злокачественных внутричерепных менингиом, определены и уточнены их морфологические и иммуногистохимические характеристики. Изучены клиничко-диагностические особенности данного вида опухолей и установлена их наиболее распространенная локализация. Оценена степень эффективности объема хирургического вмешательства, а также выбор лучевой терапии значительно влияет на результаты лечения, позволяя увеличить время безрецидивного периода, выживаемость и улучшить качество жизни этих больных. Проведена корреляция клинического симптомокомплекса впервые выявленных и повторно растущих новообразований. Установлено значение инструментальных методов для диагностики продолженного роста и определения показаний к реопераций. Использована усовершенствованная хирургическая тактика и техника при операциях по поводу рецидивирующих опухолей. Выделены факторы риска продолженного роста и рецидива опухолей, ведущие к неблагоприятному функциональному исходу реопераций. На основании изучения исходов реопераций разработаны показания и противопоказания к повторным оперативным вмешательствам в зависимости от локализации и гистологических свойств опухоли.

Выводы. При продолженном росте и рецидивах менингиом повторные операции - реальная возможность не только продления жизни, но и достижения хорошей и удовлетворительной социальной адаптации и трудовой реабилитации больных. При отсутствии признаков внутричерепной гипертензии и грубых очаговых симптомов целесообразно динамическое наблюдение и отсроченное оперативное вмешательство.

Внедрение в нейрохирургическую практику микрохирургического инструментария, увеличительной оптики, позволило значительно улучшить результаты хирургического лечения данных опухолей: увеличить процент радикального удаления, уменьшить количество послеоперационных осложнений и значительно снизить послеоперационную летальность. При изучении мировой литературы, рецидивы менингиом отмечаются от 20 до 50% (Волинкин Н.М., 1959). В нашем случае рецидивы и продолженный рост менингиом составляет 16,4%, что указывает на положительные результаты хирургического лечения и сравнительно низкие показатели рецидива.

Литература.

1. Батороев, Ю. К. Дифференцированные подходы к послеоперационному лечению больных менингиомами / Ю. К. Батороев, Ю. Ф. Ермолаев, В. А. Сороковиков // Неврол. вестн. — 2009. — Т. XLI, вып. 1. С. 74 - 78.

2. Бояркина, С. И. Качество жизни и социальная реабилитация онкологических больных Дис.. канд. социол. наук / С. И. Бояркина. — СПб., 2004. 178 с.
3. Abramovich, C. M. MIB-1 labeling indices in benign, aggressive, and malignant meningiomas a study of 90 tumors / C. M. Abramovich, R. A. Prayson. // Hum. Pathol. 1998. -Vol. 29 (12). - P. 1420 - 1427.
4. Buetow, M. P. Typical, atypical, and misleading features in meningioma / M. P. Buetow, P. C. Buetow, J. G. Smirniotopoulos. // Radiographics. 2001. -Vol. 21.- P. 1087- 1106.
5. Goldsmith, B. J. Postoperative irradiation for subtotally resected meningiomas. A retrospective analysis of 140 patients treated from 1967 to 1990 / B. J. Goldsmith, W. M. Wara, C. B. Wilson et al. // J. Neurosurg. 1994. -Vol. 81. -№ 2. - P. 195-201.