



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АСТРОЦИТОМ МОЗЖЕЧКА РАННЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ПЕРИОДЫ У ДЕТЕЙ

Ашрапов Ж.Р¹, Асадуллаев У.М², Сидикхуджаев С.А³

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии
Ташкентская медицинская академия

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии
Ташкентская медицинская академия

³Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии
Ташкентская медицинская академия
<https://doi.org/10.5281/zenodo.6417058>

ИСТОРИЯ СТАТЬИ

Принято: 15 марта 2022 г.
Утверждено: 20 марта 2022 г.
Опубликовано: 25 марта 2022 г.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

качество жизни,
опухоли головного
мозга, ЦНС, детский
возраст.

АННОТАЦИЯ

Данная исследования посвящена проблеме детской нейроонкологии. Выявлена зависимость результатов лечения астроцитарных опухолей мозжечка у детей от объема удаленных опухолей и степени анаплазии различной гистоструктуры. Проведенное комплексное лечение позволяет улучшить качество жизни больных детей с полушарными астроцитарными опухолями головного мозга.

Актуальность. Опухоли центральной нервной системы (ЦНС) занимают 2-е место в структуре злокачественных новообразований у детей после лейкозов [2, 5]. При супратенториальной локализации ОГМ у детей сохраняется тенденция к преимущественно срединному их расположению [5,7]. Гемисферные супратенториальные опухоли представлены в основном новообразованиями астроцитарного ряда.

Астроцитомы у детей составляют 28,9%, что в 2 раза выше по сравнению с взрослым населением. Астроцитомы могут локализоваться в любом участке мозга. По данным исследования Ю.А.

Орлова (2002), астроцитомы супратенториальной локализации составили 19,2 % всех опухолей головного мозга у детей и 49,2% всех супратенториальных опухолей. Из них 42,3 % отнесены к доброкачественным опухолям и 57,7 % к злокачественным. Гемисферное расположение астроцитом констатировано в 89; 1 % случаев. Причем у 62,3% с больных была обнаружена анаплазия опухоли [3,5]. Наиболее четким фактором в отношении прогноза для выживания больных является степень хирургической резекции. Тотальным вариантом считали удаление 95-100%) объема опухоли, субтотальным - 75-95% объема опухоли, частичным -



менее 75% новообразования [9]. Улучшение выживаемости даже при продолженном росте опухоли было прямо пропорционально объёму первой хирургической операции [3].

Результаты хирургического лечения гемисферных астроцитом непосредственно связаны с их распространением на подкорковые структуры, то есть возможностью их радикального удаления, а также со степенью анаплазии опухоли. При тотальной резекции астроцитом I—II степени анаплазии 10-летняя выживаемость отмечается у 80% пациентов; при частичном удалении опухоли широко используют ЛТ и ХТ, что позволяет продлить жизнь больных. Распространение опухоли в жизненно важные структуры ограничивает возможность ее радикального удаления (частота не превышает 3—10% наблюдений) [1,2,8, 7]. Несмотря на это, показатели послеоперационной летальности достаточно высоки.

Применение комбинированного лечения с включением ЛТ и ХТ в послеоперационный период обеспечивает 5-летнюю выживаемость не более чем 30% пациентов [6,10].

В последнее десятилетие в медицинской литературе появились новые термины-«качества жизни» как интегральная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования человека, определяющего результаты лечения. Особенно этот термин широко распространена в онкологии при определении эффективности лечения и как важный прогностический критерий исходов. До настоящего

времени существует более 30 шкал оценки качества жизни пациентов. Таким образом, качество жизни – это комплексное восприятие человеком его положения в жизни[4].

Неутешительные и разноречивые данные о результатах лечения больных детей с опухолями головного мозга мозжечка обуславливают актуальность этой проблемы до настоящего времени.

Цель исследования. Анализ и прогноз результатов лечения лечения астроцитом мозжечка у пациентов детского возраста.

Материал и методы.

В РСНПМЦН проведен анализ 98 больных, находившихся на лечении за период 2018-2020 гг. Возраст детей составлял от 2 до 15 лет, из них мальчиков - 25, девочек – 23. Диагноз выставлялся на основании клинико-неврологического, инструментального и патоморфологического исследования, оценка степени радикальности проводилась по программе «Расчет объема новообразования».

Результаты и обсуждения.

По степени анаплазии астроцитарные опухоли у 43,8% пациентов были отнесены к доброкачественным и у 56,2% — к злокачественным новообразованиям. Расположение опухоли в функционально важных зонах мозга и распространение на подкорковые структуры ограничивали возможность ее радикального удаления, которое удалось осуществить у 70,8% пациентов. Послеоперационная летальность составила в целом 4,6% (3,1 и 5,0% при тотальном и субтотальном удалении соответственно). При



тотальном удалении глиом I—II степени анаплазии 5-летняя выживаемость больных составила 98,7%, а при III степени анаплазии с применением ЛТ и ХТ - 64,5%. В случае субтотального удаления опухоли 5-летняя выживаемость больных составила 94,7 и 39,0% при доброкачественных и злокачественных опухолях соответственно. Качество жизни у 41,0% детей с астроцитомами мозжечка было оценено как хорошее, у 54,2% - как удовлетворительное и только у 4,8% - как плохое, из-за значительной выраженности гемипареза. Выявлено, что степень анаплазии опухоли и вид комбинированного лечения существенно не влияют на качество жизни больных. При этом ухудшение качества жизни пациентов коррелирует со степенью распространения опухоли в подкорковые структуры и, следовательно с объемом операции.

Для выявления зависимости качества жизни пациентов в послеоперационный период от степени тотальности удаления новообразования нами проведено следующее исследование. Больные разделены на 3 группы по уровню тотальности удаления новообразования и изучено качество жизни в ближайшие периоды. Тотальность удаления просчитывалось программой «Расчет объема новообразования». Послеоперационное состояние оценивалось по шкале оценки «качества жизни» пациентов с супратенториальными новообразованиями с разделением ее на 3 группы представляющих отличное, удовлетворительное и неудовлетворительное качество жизни. Сравнение проводилось и бралось за исходное качество жизни в ближайший послеоперационный период.



Таблица 1.

Динамическая зависимость тотальности удаления
и качества жизни в ближайший и отдаленный периоды

Качество жизни в послеоперационный период		Тотальность удаления						Всего	
		Менее 75 % частичное		75-95% субтотальное		95-100% тотальное			
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
хорошее	Ближайший	5	26,3	18	47,3	17	41,4	40	40,8
	Отдаленный	4	21,0	15	39,4	22	53,6	41	41,8
Удовлетворительное	Ближайший	7	36,8	15	39,4	21	51,2	43	43,9
	Отдаленный	6	31,5	17	44,7	18	43,9	41	41,8
плохое	Ближайший	7	36,8	5	13,1	3	7,3	15	15,3
	Отдаленный	9	47,3	6	15,7	1	2,4	16	16,3



Из таблицы 1 следует, что наиболее лучшее неврологическое состояние имело место у больных с субтотальным удалением в ближайшем послеоперационном периоде. Данная тенденция сохранялась и в отдаленном периоде у (39,4%) больных. Худшие результаты у больных с частичными были связаны с исходно плохим их состоянием. Операции им проводившиеся были, как правило, экстренными и жизнеспасаящими. По нашим данным тотальное удаление имело неблагоприятный исход в (9,7%) случаев, однако отдаленный период характеризовался улучшением качества жизни и стойким благоприятным исходом у (53,6%) пациентов.

Выводы.

1. Эффективность лечения детей с астроцитомами мозжечка во многом зависит от степени радикальности удаления опухоли и последующего комбинированного лечения.
2. Разработанная нами программа «Расчет объема новообразования» использована нами для точного определения степени радикальности хирургического вмешательства.
3. Хорошие отдаленные результаты в группе с тотальным удалением лучше относительно группы субтотальных удалении что обусловлена полным устранением поражающего фактора.

Литературы:

1. Никифоров, Б.И. Особенности опухолей головного мозга у детей / Б.И. Никифоров, Д.Е. Мацко // Нейрохир. и неврол. детского возраста. - 2002. - №1. - С.21-27.
2. Орлов ЮА, Верхоглядова ТП, Плавский НВ и др. Опухоли центральной нервной системы у детей (показатели заболеваемости в Украине за 25 лет). Междунар журн радиац мед 2001; 3(1-2): 258-65
3. Орлов, Ю.А. Эффективность лечения опухолей головного мозга у детей / Ю.А. Орлов // Нейрохир. и неврол. детского возраста. - 2002. - № 1. - С. 53-63.
4. Орлов Ю.А. Оценка качества жизни пациентов с поражением ЦНС. Украинский нейрохирургический журнал.-2001.-№1.-С.89-92.
5. Розуменко, В. Д. Опухоли головного мозга: современное состояние проблемы. Материалы III съезда Нейрохирургов Украины.-2003 С. 91-93.
6. Po11ack I.F. Brain tumors in children New Eng J Med 1994; 331 (22): 1500-7.
7. Coppolly B, Blaser SI, Нитphreys RP, Becker L. Longterm survival of an infant with anaplastic astrocytoma. Pediatr Neurosurg 1999; 26: 97-102.
8. Chan M, Foong AP, Heisey DM, et al. Potential prognostic factors of relapse-free survival in childhood optic pathway gliomas: a multivariate analysis. Pediatr Neurosurg 1998; 29: 23-



28.

9. Schneider J.H. Benign cerebellar astrocytomas of childhood / J.H. Schneider, Rassel, J.G. McComb // Neurosurgery. - 1992. - Vol.30. - P.58-63.

10. Minn A.Y. Surveillance Neuroimaging to Detect Relapse in childhood Brain Tumors: A Pediatric Oncology Group Study / A.Y. Minn, B.H. Pollock, L. Garzarella et al. // J. Clin. Oncol. - 2001. - Vol.19, №21. - P.4135-4140.