

Секция «Актуальные вопросы неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации»

**Ближайшие результаты хирургического лечения и выживаемость детей с  
опухолями головного мозга.**

**Мидленко Никита Максимович**

*Студент (специалист)*

Ульяновский государственный университет, Институт медицины, экологии и физической культуры, Ульяновск, Россия

*E-mail: nikitamidlenko@rambler.ru*

Цель исследования: оценить ближайшие результаты хирургического вмешательства, общую и бессобытийную выживаемость при опухолях головного мозга (ОГМ) у детей после различных вариантов проведенного лечения.

Материал и методы. Проведен анализ медицинской документации 130 детей с ОГМ в Ульяновской области в возрасте 2 месяцев до 15 лет, находившихся на лечении в период 2005-2020 г.г. Удаление опухоли произведено у 107 (82,3%) детей. Супратенториальные ОГМ выявлены у 75 (57,7%), опухоли задней черепной ямки (ЗЧЯ) – у 55 (42,3%). В 49 (46,2%) случаях диагностировано низкокодифференцированное образование, в 57 (53,8%) – доброкачественное. В 27,7% случаев диагностированы опухоли до 30мм в диаметре, у 52,3% больных новообразование имело большие размеры (от 30 до 50мм) а у 20% пациентов – гигантские (>50мм).

Анализ показателей выживаемости выполнен у 97 (95,7%) детей с ОГМ после различной по объему хирургической резекции новообразования. Исследование выживаемости проводилось на основании метода Каплан-Мейера. Больные включались в исследование выживаемости на всем его протяжении в 1994-2005 г.г. Наблюдение проводилось в сроки от 2 месяцев до 14 лет. Медиана наблюдения составила 69,7 месяцев.

Результаты и их обсуждение. В наблюдаемой нами группе детей с оперированными ОГМ послеоперационная летальность составила 8,4%. При супратенториальных ОГМ летальность составила 12,3%. Самые высокие показатели отмечались при супратенториальных ОГМ средней линии – 37,5%. После резекции полушарных супратенториальных ОГМ в послеоперационном периоде умерло 2,4% детей. Значения летальности при всех опухолях ЗЧЯ оказались ниже, составляя 4% ( $p < 0,05$ ).

При проведении анализа показателей летальности следует обратить внимание на ряд фактов. Из умерших больных 33,3% госпитализировались в стадии выраженных клинических проявлений, а 44,4% пациентов – в состоянии грубой декомпенсации. Среди детей с ОГМ оперированных в стадии начальных или умеренных клинических проявлений летальность составила 3,2%, а в группе детей с выраженными клиническими проявлениями заболевания или в декомпенсированном состоянии – 15,6% ( $p < 0,05$ ). У всех умерших пациентов к моменту поступления в стационар для оперативного лечения опухоль имела большие и гигантские размеры, в 44,4% и 55,6% случаев соответственно.

По нашим данным, в целом при ОГМ высокой степени анаплазии общая выживаемость в течение одного года составила  $81,6 \pm 5,1\%$ , трехлетняя отмечена на уровне  $42,6 \pm 6,8\%$ . В 7,1  $\pm$  3,6% случаев ОГМ этой группы наблюдалась десятилетняя общая выживаемость. В случаях высококодифференцированных ОГМ у детей общая выживаемость в течение 22 месяцев составила  $94,2 \pm 3,2\%$ , а у 89,2  $\pm$  5,7% больных этой группы отмечалась выживаемость более десяти лет.

Общая выживаемость в течение более чем одиннадцати лет, при типических астроцитомах составила  $89,3 \pm 7,8$ , а шестилетняя выживаемость без прогрессирования наблюдалась у  $84,9 \pm 7,3\%$  пациентов. У детей с анапластическими астроцитомами общая выживаемость в течение 11 месяцев регистрировалась на уровне  $80 \pm 12,6\%$ , трехлетняя составила

40±13,2%, а трехлетняя выживаемость без прогрессирования – только у 10±4,8% больных. При глиобластомах продолжительность жизни в течение года отмечалась в 60±21% случаев, 26-ти месяцев – у 20±9,6% больных, и только 20±9,6% составил показатель 9-месячной бессобытийной выживаемости.

Результаты лечения анапластических эпендимом сравнимы с выживаемостью детей с high grade-астроцитарными опухолями. Так, 14-месячная общая выживаемость составила 60±21,9%, а в 30±12,2% случаев этот показатель отмечен на уровне 27 месяцев, а 10-месячный показатель безрецидивной выживаемости составил только 33,3±17,2%.

У больных с медуллобластомами после хирургической резекции опухоли на фоне проведения в большинстве случаев адьювантного лечения общая выживаемость в течение одного года отмечалась на уровне 78,9±8,1%, трехлетняя составила 42,4±11,7%, а в 14,5±7,4% случаев зарегистрирована десятилетняя продолжительность жизни.

При низкодифференцированных ОГМ у детей после тотальной резекции общая выживаемость, по нашим данным, в течение первого года составила 84,6±10%, в течение 22 месяцев – 53,8±13,8%, а девятилетнее выживание отмечено на уровне 17,9±11,3%. При нерадикальном удалении 13-месячная выживаемость определялась на уровне 76,9±6,5%, двухлетняя составила 57,8±8%, трехлетняя – 41,5±8,2%, а девятилетняя – 8,3±4,2%.

При доброкачественных ОГМ прогностическое значение для отдаленных результатов лечения радикальности хирургической операции в значительной мере отличалось от больных с новообразованиями высокой степени анаплазии. Это связано с тем, что большинству больных со злокачественными ОГМ проводилось адьювантное лечение, которое влияет на течение бластоматозного процесса, в том числе выживаемость.

При высокодифференцированных ОГМ анализ нашего материала свидетельствует о 90,7±7,1% общей выживаемости более чем десяти лет при тотальном удалении опухоли. В случае же неполного удаления объемного образования показатель 16-месячной общей выживаемости составил 88,9±10,5%, 22-месячной – 77,8±13,7%.

После удаления низкодифференцированных новообразований до 30мм в диаметре показатели общей и бессобытийной выживаемости были заметно выше, чем при опухолях гигантских размеров (свыше 40мм) ( $p < 0,05$ ). Так, общая выживаемость при небольших ОГМ анапластической природы в течение 28 месяцев составила 75±10,6%, а выживание в течение восьми лет отмечалось в 37,5±12,4% случаев. После резекции новообразований больших размеров (от 30 до 40мм) данный показатель в течение года регистрировался на уровне 73,4±6,2%, трехлетняя общая выживаемость составила 40,1±7,9%, а в случае гигантских ОГМ – 77,8±13,9% и 34,5±12,3% соответственно. В отличие от злокачественных при ОГМ низкой степени анаплазии наши наблюдения не выявили какой-либо зависимости продолжительности жизни от размеров опухоли к моменту начала лечения.

Отказ по различным причинам в послеоперационном периоде от проведения химиолучевого лечения ведет к быстрому прогрессированию процесса и гибели больного ( $p < 0,05$ ). Так, без проведения адьювантного лечения 13-месячная выживаемость при низкодифференцированных ОГМ составила 25±5,1%, а выживаемость без прогрессирования заболевания в течение 11 месяцев – только 16,7±4,8%. При применении лучевой терапии после удаления ОГМ высокой степени злокачественности общая выживаемость в течение одного года составляла 81±6,8%, трехлетняя – 44±9,1%, а в случаях комплексного лечения у 66,6±19,2% пациентов отмечалась выживаемость в течение 26 месяцев, а у 44,4±14,1% – в течение 47 месяцев.

Выводы. Послеоперационная летальность при ОГМ у детей остается высокой, составляя 8,4%. Самые высокие показатели отмечаются при супратенториальных ОГМ средней линии. После резекции гемисферных супратенториальных опухолей летальность заметно ниже – 2,4%. Значения послеоперационной летальности при новообразованиях ЗЧЯ, как

составляет 4%.

Степень клинической компенсации больного и размеры опухоли является важным фактором, определяющим ближайшие результаты (послеоперационную летальность) хирургического лечения ОГМ в детском возрасте.

Наиболее неблагоприятные течение заболевания, отдаленные результаты лечения и низкие показатели выживаемости среди различных морфологических групп ОГМ, по результатам наших исследований, наблюдались у детей с глиобластомами и анапластическими эпендимомами.

Важным фактором, позволяющим повысить показатели выживаемости детей с анапластическими ОГМ, является применение химиолучевого лечения после операции, а также своевременная диагностика и удаление опухолей небольших размеров.

У детей с высокодифференцированными ОГМ прослеживается отчетливое повышение показателей общей и, особенно, безрецидивной выживаемости при возрастании степени радикальности хирургического вмешательства.