

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ДУ «ІНСТИТУТ НЕЙРОХІРУРГІЇ ІМ. АКАД. А.П. РОМОДАНОВА НАМН УКРАЇНИ»  
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ НЕЙРОХІРУРГІВ

**МАТЕРІАЛИ**  
**НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**  
**З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**  
**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ**  
**ГЛІОМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ»**

ЛЬВІВ-2015  
УКРАЇНА

Всім пацієнтам було виконано хірургічне видалення ГЛБ головного мозку. За об'ємом видаленої пухлини розрізняли 4 типи видалення пухлини: gross-total resection (GTR), near-total resection (NTR), sub-total resection (STR), partial resection (PR). Променеву терапію розпочинали через 1 місяць з моменту операції після контрольного МРТ дослідження з внутрішньовенним підсиленням та розрахунку координат мішеней.

Результати дослідження:

До дослідження включено 77 хворих з ГЛБ, з них 47 жінок та 30 чоловіків віком від 21 до 72 років, у середньому -  $51,9 \pm 12,6$  років. За об'ємом видалення спостереження розподілились наступним чином: GTR - 20, NTR - 32, STR - 13, PR – 12 спостережень. Таким чином операції підвищеної радикальності (GTR+NTR) виконані у 52 (67,5%) спостережень.

Ізольоване хірургічне втручання (без наступної адьювантної терапії) виконано 7 (9,1%) хворих. Комбіноване лікування (операція+променева терапія) проведено 52 (67,5%) хворим. Комплексна терапія ГЛБ (операція+ПТ+МХТ темозоламідом) виконана 18 (23,4%) хворим. Повторно з приводу продовженого росту пухлину оперовані 7 хворих. За переважним розташуванням основної маси пухлини в одній з часток мозку хворі розподілились наступним чином: лобна частка - 35, скронева - 24, тім'яна - 12, потилична – 6 спостережень. У 38 хворих пухлини були розташовані переважно в правій півкулі, а у 39 – в лівій півкулі.

Медіана виживання в загальній групі хворих (n=77) склала 353,5 дні (11,6 міс). Встановлено, що на загальну тривалість життя оперованих хворих з ГЛБ впливали вік хворих (p=0,004), об'єм видалення пухлини (p=0,00001), наявність та характер адьювантної терапії (p=0,00002). Не було встановлено статистично значимої різниці в виживанні хворих в залежності від статі (p=0,68), дольової (p=0,39), ліво- чи правопівкульної локалізації (0,46), наявності реоперації (p=0,085).

Медіана виживання хворих у віці 21-40 років склала 648 дні (21,3 міс), у віці 41-60 років – 317 днів (10,4 міс), у віці понад 60 років – 343 дні (11,3 міс).

Медіана виживання при ізольованому хірургічному лікуванні склала лише 145,3 дні (4,8 міс), при комбінованому лікуванні – 425,9 дні (16,1 міс), при комплексній терапії – 554,7 дні (18,2 міс).

Медіана виживання при проведенні GTR склала 679 дні (22,3 міс), NTR – 366 днів (12 міс), STR – 207 днів (6,8 міс), PR – 176 днів (5,8 міс).

Медіана виживання серед хворих яким проведена лише одна операція склала 334 дні (11 міс), а у хворих, яким проведена реоперація – 522 дні (17,2 міс). Не зважаючи на достатню розбіжність в показниках виживання, ця різниця не виявилася статистично значимою можливо через малу кількість спостережень (n=7) в групі реоперацій, та різне співвідношення в кількості цензурованих та не цензурованих спостережень.

Висновки:

1. Найкращі результати лікування хворих виявилися серед хворих молодого віку. Медіана виживання хворих з ГЛБ у віці 21-40 років склала 21,3 місяці.

2. Застосування адьювантної терапії призводить до вірогідного збільшення тривалості життя хворих. Медіана виживання при комбінованому лікуванні склала 16,1 міс, а при проведенні комплексній терапії 18,2 міс, що вірогідно більше тривалості життя при ізольованому хірургічному втручанні - 4,8 міс (p=0,00002).

3. Максимально можлива циторедукція (GTR) без викликання неврологічних дефіцитів має надзвичайно важливе прогностичне значення для результату лікування та виживання пацієнтів.

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГЛІАЛЬНИХ ПУХЛИН СТОВБУРА ГОЛОВНОГО МОЗКУ**

Смоланка В. І., Смоланка А. В., Гаврилів Т. С.

Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології, м. Ужгород, Україна

Мета роботи: оцінити короткострокові та віддалені результати мікрохірургічного видалення гліальних пухлин стовбура головного мозку.

Матеріали та методи.

Ретроспективно проаналізовано медичну документацію 32 пацієнтів з гліальними пухлинами стовбура головного мозку, прооперованих в Обласному клінічному центрі нейрохірургії та неврології (м. Ужгород) за останні 7 років (з квітня 2008 року по липень

2015 року). З них 16 (50%) – жіночої статі, 16 (50%) – чоловічої. Середній вік хворих склав 19,5 років (від 2 до 55), переважали пацієнти дитячого віку - 18 (56,2%). Всі хворі оцінювались неврологічно на момент поступлення, під час виписки зі стаціонару та на момент останнього контрольного обстеження.

Результати та їх обговорення.

У 14 випадках (43,8%) об'ємний утвір знаходився виключно інтрамедулярно: середній мозок – 5 спостережень, понто-мезенцефальний перехід – 2 пацієнта, міст – 3 хворих, понто-медулярний перехід – 3 пацієнта, довгастий мозок – 3 випадки. У 18 випадках (56,3%) пухлина мала екзофітний тип росту: у 16 хворих поширювалась в порожнину IV шлуночка, а в 2 пацієнтів в мосто-мозочковий кут. Переважали низькодиференційовані пухлини (III та IV ступінь злоякісності за ВООЗ) - 19 пацієнтів (59,4%).

У всіх випадках виконувалось мікрохірургічне видалення об'ємного утворення, через безпечні зони входу в стовбур головного мозку. Застосовувались наступні хірургічні доступи: серединний субокципітальний доступ – у 22 випадках (68,8%), ретросигмоїдний доступ – 5 випадків (15,6%), окципітальний транстенторіальний доступ - 3 випадки (9,4%) субтемпоральний та супрацеребеллярний доступи – по 1 випадку (по 2,5%). 22 хворим (68,9%) було виконано тотальну резекцію пухлини (в межах видимих здорових тканин, GTR), 10 (31,1%) – субтотальну. 8 пацієнтів (25%) потребували вентрикуло-перитонеальне шунтування в періопераційному періоді.

25 хворих (78,1%) покращились або не погіршилися на момент виписки. У 6 пацієнтів (18,8%) на момент виписки було зафіксовано новий неврологічний дефіцит, один хворий помер (3,1%). При оцінці віддалених результатів нами не виявлено летальних випадків у групі хворих з високодиференційованими пухлинами (13 спостережень). Середня загальна виживаність в групі хворих з пухлинами III ступеню анаплазії (15 випадків) склала 32 місяці після хірургічного втручання, а у пацієнтів з пухлинами IV ступеню анаплазії (4 спостереження) - 10 місяців.

Висновки. Гліальні пухлини стовбура головного мозку можуть бути видалені безпечно (78,1% хворих без погіршення, 18,8% з новим неврологічним дефіцитом; летальність - 3,1%), при використанні оптимального хірургічного доступу та мікрохірургічної техніки. Віддалені результати найгірші в групі пацієнтів з пухлинами IV ступеню злоякісності (загальна виживаність 10 місяців).

## **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СУЧАСНИХ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УМОВАХ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ**

Тяглий С.В.<sup>2</sup>, Полковніков О.Ю.<sup>1</sup>, Савченко Е.І.<sup>1</sup>, Ксензов А.Ю.<sup>2</sup>, Зайцев Ю.В.<sup>2</sup>

Запорізький державний медичний університет<sup>1</sup>

КУ «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР<sup>2</sup>

Запоріжжя, Україна

Мета роботи: поліпшити результати хірургічного лікування застосуванням комплексного підходу в діагностиці та подальшому веденні пацієнтів з пухлинами головного мозку.

Матеріали і методи дослідження: На протязі останніх п'яти років в умовах нейрохірургічного відділення Запорізької обласної клінічної лікарні прооперовано 849 пацієнтів з пухлинами головного мозку різної локалізації та гістоструктури. Серед останніх було 613 випадків супратенторіальної локалізації (72,2%). Серед пухлин великих півкуль переважали гліоми - 428 спостережень (69,8%). Проведено аналіз результатів хірургічного лікування внутрішньомозкових пухлин півкуль мозку у пацієнтів у віці від 20 до 78 років. За даними гістологічного дослідження гліобластоми діагностовані у 236 пацієнтів (55,1%), анапластичні астроцитомы у 85 пацієнтів (19,9%), анапластичні олигодендрогліоми у 39 пацієнтів (9,1%). Таким чином серед прооперованих хворих гліоми WHO Grade III - IV зустрічалися в абсолютній більшості спостережень - 84,1%. У всіх спостереженнях для діагностики використано МРТ головного мозку на МР томографах Hitachi Echelon 1,5т і WDM i-Open 0,36Т. Проводилось як стандартне МРТ, так і з в/в підсиленням. Для уточнення взаємовідносин пухлини з інтракраніальними