

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

АССОЦИАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГОВ РОССИИ

РОССИЙСКИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМ. ПРОФ. А.Л. ПОЛЕНОВА - ФИЛИАЛ СЗФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА

ВМедА ИМ. С.М. КИРОВА

СЗГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА

ОО «ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ»

При участии

ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОБЩЕСТВ (EANS)

ХV ЮБИЛЕЙНАЯ ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ПОЛЕНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

13 - 15 апреля 2016
Санкт-Петербург

Научное издание

«**Поленовские чтения**»: материалы XV научно-практической конференции; 2016. – 320 с.

Сборник содержит тезисы докладов XV научно-практической конференции “Поленовские чтения”.
Материалы публикуются в том виде, в котором были присланы авторами.

Издательство «Человек и его здоровье»
191025, Санкт-Петербург, а/я 2
Тел./факс: +7 (812) 380-31-55
E-mail: welcome@congress-ph.ru
www.congress-ph.ru

Технический редактор: Трофимова А.И.
Дизайн, верстка: Куделина Т.П.

Электронное издание
Тираж 1000 экз.

© РНХИ им. проф. А.Л. Поленова (филиал СЗФМИЦ), составление, 2016
© Издательство “Человек и его здоровье”, оформление, 2016
© Коллектив авторов, 2016

С 2012 по 2015 год лучевой терапией всего было пролечено 505 пациентов с опухолями нервной системы: 2012г - 120, 2013г - 151, 2014г - 107 и 2015г - 127.

Из них у 184 больных была проведена стереотаксическая радиохирurgia (СРХ): в 2012 г – 27 (22,5% из всех больных за этот год), в 2013г – 52 (34,4%), в 2014 г – 45 (42%) и в 2015 г – 60 (47,2%).

Из всех больных 221 пациента были с глиомами различной степени злокачественности (в том числе 52 рецидива).

У 45 пациента с ранними рецидивами злокачественных глиом (диаметром до 3,0 см) была выполнена стереотаксическая радиохирurgia (СРХ).

По гистоструктуре – 15 астроцитом (GrIII), 20 - глиобластом (GrIV) и 10 с другими видами глиом (Gr II - III). В 2012г СРХ у 4 пациентов (9,6% от всех СРХ за этот год), в 2013г - 11 (19,6%), в 2014г - 17 (27,4%) и в 2015г – 13 (21,7%).

Результаты оценивались у 27 больных с ранними рецидивами злокачественных глиом, получивших сеанс СРХ.

Новый продолжений рост опухоли малых размеров (до 3,0 см в диаметре), обычно это были новые зоны роста, обнаружен у 13 больных: из них 10 с Gr IV (от 5 до 15 мес) и в 3-х случаях с GrIII (2 случая через 12 мес и 2г7 мес), что потребовало повторной СРХ.

У одного пациента проводилось 3 сеанса СРХ на новые очаги роста спустя 15, 5 и 9 мес (после комплексного лечения: операция + ДЛТ ложа опухоли + МХТ темодалом, затем авастинном). Новый очаг роста (четвертый по счету) в стволе мозга, который и привел к летальности, возник спустя 3 мес. Общая продолжительность жизни составила 2 года 1 мес.

В другом случае отмечается стойкая ремиссия заболевания после СРХ рецидива глиобластомы лобно-теменной области в течение 2 года и 10 мес. Продолжительность жизни после постановки диагноза составил 3 года и 10 мес, наблюдение за больным продолжается.

Еще один пример наблюдения после СРХ рецидива глиобластомы медиальных ядер составляет 1 год и 2 мес. В данном случае продолжительность жизни после постановки диагноза составил 3 года и 4 мес, наблюдение за больным так же продолжается.

В десяти случаях потребовалось проведение повторной лучевой терапии (в 7 –х радиохирurgia и в трех в режиме гиподифракционирования) и 3-х случаях реоперация.

При первичном облучении применялась РД 2,5 Гр до СД 60,0Гр. При СРХ рецидивов использовалась РД в основном 14,0Гр.

Заключение. Динамическое наблюдение пациентов со злокачественными глиомами головного мозга с применением ПЭТ-КТ диагностики с метионином C^{11} позволяет выявлять ранние рецидивы новообразований.

СРХ имеет заметный потенциал для лечения пациентов с рецидивами глиом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ГЛИОМ ПОЛУШАРИЙ БОЛЬШОГО МОЗГА НА ОСНОВАНИИ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Сирко А.Г.^{1,2}, Романуха Д.Н.¹

¹Днепропетровская медицинская академия,

²Днепропетровская областная клиническая больница

им. И.И. Мечникова,

г. Днепропетровск, Украина

Цель исследования. Изучить зависимость результатов лечения астроцитом II степени анаплазии полушарий большого мозга; определить основные факторы прогноза.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное исследование результатов лечения больных с фибриллярно-протоплазматическими астроцитомами II ст. ан., которые находились на лечении на протяжении 5-ти летнего периода (с 2009 по 2014 год включительно). В исследование последовательно включены 28 прооперированных первым автором больных. По объему удаленной опухоли различали 4 типа ее удаления: Gross-total resection (GTR), Near-total resection (NTR), Sub-total resection (STR), Partial resection (PR). Анализ общей выживаемости рассчитывали с помощью метода Каплана-Мейера.

Результаты исследования. Обследовано 15 женщин и 13 мужчин в возрасте от 19 до 76 лет (в среднем – 43,8±13,5 лет). GTR выполнена 3 больным, NTR - 18 STR - 3, PR - 4 больным. Таким образом, операции повышенной радикальности (GTR + NTR) выполнены в 21 (75%) наблюдении.

Изолированное хирургическое вмешательство (без последующей адьювантной терапии) выполнено 11 (39%) больным. Комбинированное лечение (операция + лучевая терапия) проведено 16 (57%) больным. Комплексная терапия (операция + лучевая терапия + химиотерапия) выполнена 1 (4%) больному. Повторно по поводу продолженного роста опухоли оперированы 7 (25%) больных. Преимущественная локализация опухоли: лобная доля – 22, височная – 6 наблюдений. У 17 больных опухоли были расположены преимущественно в правом полушарии, а в 11 - в левом полушарии. На момент окончания исследования умерло 8 (29%) пациентов. За 20 (71%) пациентами продолжается динамическое наблюдение.

Медиана выживаемости в общей группе больных (n = 28) составила 732,5 дня (24 мес). Установлено, что на общую продолжительность жизни оперированных больных влияли: объем удаления опухоли (p = 0,00002) и долевая локализация (p = 0,04). При локализации опухоли в лобных долях медиана выживаемости составляла – 752,5 дней (24,7 мес), в височных – 481 день (15,8 мес).

Не было установлено статистически значимой разницы в выживании больных в зависимости от возраста больных (p = 0,486), пола (p = 0,892), лево- или правополушарной локализации (0,767), наличия реоперация (p = 0,204), наличия и характера адьювантной терапии (p = 0,917).

Медиана выживаемости при изолированном хирургическом лечении составила 1227 дней (40,3 мес), при комбинированном лечении – 699 дней (23 мес.), при комплексной терапии – 624,5 дней (20,5 мес). Это связано с тем, что участки опухоли, которые распространялись в функционально важные зоны и глубинные отделы мозга в ходе операции не удалялись, а подлежали послеоперационному облучению или химиотерапии.

Медиана выживаемости при проведении GTR составила 1386 дней (45,6 мес), NTR – 770 дней (25,3 мес), STR – 1045 дней (34,3 мес), PR – 183 дней (6 мес). Медиана выживаемости среди пациентов которым проведена только одна операция составила 608 дней (20 мес), а у больных, которым проведена реоперация – 1386 дней (45,6 мес).

Выводы. 1. Наилучшие результаты лечения больных оказались среди больных молодого возраста. Медиана выживаемости пациентов с астроцитомами II ст. в возрасте 21–40 лет составила 32,1 месяца.

2. При удалении астроцитом II ст., которые не распространяются в функционально важные зоны и глубинные участки головного мозга, следует пытаться выполнить GTR, что обеспечивает длительное выживание. Медиана выживаемости больных после GTR составила 45,6 мес.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ И ТРАНСФЕНОИДАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ БАЗАЛЬНЫХ ЛИКВОРЕЙ

Станкевич С.К., Шанько Ю.Г., Журавлёв В.А., Рубахов А.М.

РНПЦ неврологии и нейрохирургии,

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Беларусь

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения базальных ликворей трансназальным и транскраниальным эндоскопическими методами с использованием свободного аутоотранспланта.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты 56 операций, проведенных за период с 2009 по 2015 гг. Посттравматическая ликворея была у 10 (17,9%), ятрогенная – у 9 (16,1%), спонтанная – у 37 (66,0%) пациентов. Продолжительность заболевания от 3 нед. до 5 лет. Трансназальным эндоскопическим методом выполнено 35 (62,5%) операций, транскраниальным эндоскопическим методом выполнена 21 (37,5%) операция. При этом использовался супраорбитальный (через надбровную дугу) хирургический доступ 2,0x2,0 см. Жировой либо мышечно-фасциальный лоскут брали с верхней трети бедра непосредственно перед выполнением пластики.