

Г.В. Цвігун,
О.І. Бутрім,
В.В. Цветкова,
В.В. Новопащенко

*Центр променевої діагностики
і терапії Головного клінічного
госпіталю МОЗ України,
м. Київ,*

*Головний клінічний госпіталь
МОЗ України,
м. Київ*

Результати лікування хворого з рецидивом анапластичної астроцитоми

Result of treatment of a patient with recurrence
of anaplastic astrocytoma

Пухлини головного мозку складають від 6 до 8 % усіх новоутворів, серед яких на гліальні пухлини припадає 40–67 % усіх інтракраніальних новоутворів; у 44 % випадків вік хворих становить від 26 до 45 років [1].

Астроцитоми, які, за даними [2], становлять 20,2 % — найменш агресивний вид гліом, і за гістологічною структурою є найбільш зрілими. Фібрилярні астроцитоми ростуть повільно, і частіше розташовуються в межах середнього мозку, тоді як у межах великого мозку та півкуль мозочку частіше за все розташовуються протоплазматичні (1–2-й ст. зрілості) астроцитоми. Найбільш злоякісними є анапластичні астроцитоми (2–3-й ст. зрілості), які можуть трансформуватися у гліобластоми (3–4-й ст. зрілості).

На сьогодні проблема лікування астроцитом головного мозку залишається ще далекою від повного розв'язання. Комплексний підхід до їх лікування є найбільш перспективним і включає в себе хірургічне втручання, променеву та хемотерапію.

В літературі існують повідомлення про достатню тривалість життя хворих після тотального видалення пухлини [2]. Проте публікацій про тактику лікування субтотально видалених пухлин або рецидивів астроцитом головного мозку небагато [3, 4].

Ми наводимо власне спостереження за хворим після субтотального (на підставі протоколу операції) видалення пухлини з наступною променевою терапією та рецидивом пухлини через 1 рік.

Пацієнт Г., 25 років, надійшов 10.02.1997 р. зі скаргами на помірні головні болі, слабкість у правих кінцівках протягом останніх 2–3 місяців, напади непритомності з 1990 року. У 1997 році переніс ЗЧМТ. З боку внутрішніх органів — стан без особливих змін, з боку неврологічного статусу — у свідомості; доступний продуктивному контактові; сухожилі та періостальні рефлекси рук і ніг справа більші, ніж зліва; легкий правосторонній геміпарез; позитивна проба Барре справа.

Рентгенологічні дослідження (АКТГ і КАГ) — висновки: є дані щодо внутрішньомозкової пухлини лівої задньолобної ділянки парасагітально розмірами 3,5 × 3,2 × 3 см.

Операція видалення пухлини головного мозку — 25.02.1997 р. Гістологічний висновок № 5372-74 від 02.03.1997 р. — анапластична астроцитом.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Після антибактеріальної, протизапальної, дегідратаційної терапії хворий отримував ломустин — 5 капсул протягом доби із повторним курсом через 6 тижнів; вобензим — 3 табл. тричі на день протягом 1 місяця. З 15 березня по 13 травня 1997 р. отримував розщеплений курс гамма-терапії на ложе пухлини (ліву задньолобну ділянку) на апараті «Тератрон-780С» із потужністю 242 Гр/хв, ВДШ — 80 см. Опромінювання проводили з двох зустрічних полів — за перший етап полем 8 × 8 см, РОД — 2 Гр, СОД — 30 Гр, за другий — полем 6 × 6 см, РОД — 2 Гр, СОД — 24 Гр. За два етапи

на ложе пухлини СОД становила 54 Гр при перерві між етапами 21 день. Після лікування сухожильні рефлекси поступово нормалізувалися.

Пацієнт одружився. У нього народився син.

Контрольний огляд через 13 місяців: скарги на короткочасні напади непритомності — *pti mall* в останні 1,5–2 місяці.

Результати комп'ютерної томографії з контрастним підсиленням від 20 червня 1998 р.: у задньолобній ділянці лівої півкулі головного мозку парасагітально в ложі видаленої пухлини визначається вибіркоче накопичення контрастного препарату розміром 2 × 2 см. Висновки КТ: ознаки рецидиву пухлини. Хворому було призначено променево терапію як найдоцільніший спеціальний вид лікування на даній стадії захворювання.

З 22 червня по 11 липня 1998 р. проведено перший етап другого курсу променевої терапії з двох лобно-тім'яних протилежних полів під кутом 20°; РОД — 2 Гр, СОД — 28 Гр. Після першого етапу стан хворого задовільний, напади непритомності припинилися, якість життя поліпшилась. Від другого етапу променевої терапії хворий відмовився.

Однак через 10 місяців він знову приїхав зі скаргами на частіше напади непритомності — *pti mall*. За даними КТ визначалося включення контрастного препарату в задньолобній ділянці лівої півкулі головного мозку розміром 1,8 × 2,0 см, що було оцінено як підозру на рецидив пухлини.

У травні 1999 р. проведено курс променевої терапії. Лікування виконували на тому ж самому апараті із задньолобно-тім'яних зустрічних полів 6 × 6 см, РОД — 2,0 Гр, за перший етап СОД — 30 Гр. Суб'єктивно та об'єктивно стан хворого поліпшився, напади *pti mall* припинилися. На другий етап променевої терапії хворий не приїхав.

Наступне контрольне КТ-дослідження через 1,5 року після останнього курсу променевої терапії не виявило вибіркового накопичування контрастного препарату в ложі видаленої пухлини. Стан пацієнта задовільний. Він зайнявся активною трудовою діяльністю.

Контрольний огляд хворого і КТ від 15.01.2002 р.: в задньолобній ділянці лівої

півкулі головного мозку парасагітально в ложі видаленої пухлини на фоні рубцево-атрофічних змін визначається виражене відкладення солей кальцію. Серединні структури мозку без дислокацій. Зберігається помірна деформація передніх відділів бокових шлуночків (більше лівого). Післяопераційний (заміщений) кістковий дефект лівоїтім'яної кістки (кістковий клапоть) не вибухає. Висновки — стан після кістково-пластичної трепанації склепіння черепа зліва, видалення внутрішньомозкової пухлини задньолобної ділянки лівої півкулі парасагітально та променевої терапії. Даних про рецидив пухлини немає.

Таким чином, зафіксовано випадок спостереження за хворим із анапластичною астроцитомою протягом 5 років після комплексного лікування — видалення пухлини по перифокальній зоні, хемо- та променевої терапії (розщепленим курсом, СОД — 54 Гр). Через рік мали місце клінічні і КТ-ознаки рецидиву пухлини — вибіркоче накопичування контрастного препарату в ложі пухлини спостерігалось протягом 13 місяців з наступними двома симптоматичними курсами променевої терапії (перший — СОД 28 Гр та другий — СОД 30 Гр). Лікування завершилося утворенням петрифікату в ділянці рецидиву пухлини, що розцінюється як повна регресія рецидиву анапластичної астроцитоми в результаті впливу променевої терапії. Спостереження за хворим триває.

Література

1. Марченко С.В. // *Вопр. онкол.* — 1997. — Т. 3, № 6. — С. 610–612.
2. Земская А.Г. *Клиника, диагностика и лечение астроцитом головного мозга* // *Тез. докл. науч.-практ. конф. нейрохирургов «Клиника, диагностика и лечение глиом головного мозга» (Ставрополь)*. — Л., 1973. — С. 43–46.
3. Ромоданов А.П. // *Нейрохирургия, 1981: Респ. межведом. сб.* — Вып. 14. — К.: *Здоров'я*, 1981. — С. 3–11.
4. Theo Veninga et al. // *Radiother. and oncol.* — 2001. — Vol. 59. — P. 127–137.

Дата надходження: 22.01.2003.

Адреса для листування:
Цветкова Віра Василівна,
вул. Л. Первомайського, 7а, кв. 2, Київ, 01023, Україна