

ма. Так, ВЭБ может поражать эпителий ротоглотки, протоков слюнных желез, желудочно-кишечного тракта, эндотелий сосудов, CD3⁺-, CD16⁺-лимфоциты, нейтрофилы, макрофаги, хотя основными клетками-мишенями являются В-лимфоциты.

Желудок здорового человека колонизирован относительно небольшим количеством микроорганизмов. Но при определенных условиях состав нормальной микрофлоры изменяется, что создает условия для развития гастродуоденальной патологии.

Ученые неоднократно описывали случаи острого гастрита, ассоциированного с Эпштейна-Барр вирусной инфекцией с диффузной атипичной лимфоидной гиперплазией слизистой желудка, лихорадкой, диареей, спленомегалией, лимфаденопатией. У больных иммуногистохимически выявлялись CD20⁺-лимфоциты, ВЭБ-положительные при гибридизации *in situ*.

По данным Г.В. Волынец, у детей, имеющих ДНК ВЭБ в слизистой оболочке желудка, в 85% случаев диагностируется аутоиммунный гастрит, при этом часто наблюдается синдром хронической неспецифической интоксикации.

Имеются данные о выявлении антител к антигенам ВПГ-1, ВЭБ в сыворотке больных язвенной болезнью и раком желудка, но достоверно не установлены их диагностические титры. Поэтому изучение онкогенного потенциала герпесвирусов, выявление клинико-морфологических особенностей и поиск маркеров, имеющих диагностическую и прогностическую значимость при патологии желудочно-кишечного тракта, представляет огромный интерес и является важной медико-биологической и социальной проблемой.

КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

**Махнев В.В., Берзин С.А.,
Демидов С.М.**

*Уральская государственная медицинская
академия,
Екатеринбург, Россия*

До настоящего времени вопросы лечения опухолей головного мозга остаются актуальной проблемой современной онкологии, поскольку выживаемость пациентов с опухолями головно-

го мозга несмотря на значительные успехи и достижения отечественной и мировой науки остается достаточно низкой, а само заболевание приводит к ранней инвалидизации и снижению качества жизни [Preston-Martin S., Mack W., 2008].

Цель исследования: Провести анализ клинической картины заболевания и эпидемиологических данных пациентов с первичными опухолями головного мозга. Определить принципы лечения и отдаленные результаты лечения.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 600 пациентов с первичными опухолями головного мозга, у которых диагноз опухоль головного мозга был морфологически подтвержден. Среди пациентов было 303 (50,5%) мужчины и 297 (49,5%) женщин в возрасте от 1 года до 80 лет, медиана составляет 43 года.

Для оценки результатов лечения пациенты, проходившие стационарное лечение в Свердловском областном онкологическом диспансере (СООД) г. Екатеринбурга, включались в исследование с 2002 г. по 2006 г. и наблюдались по настоящее время.

Проводился анализ историй болезни пациентов, данных единой онкосистемы СООД. Катамнестическое обследование пациентов осуществлялось на базе 1-ого, 2-ого нейрохирургических отделений, 1-ого радиологического отделения. В работе использованы данные карт статистического учета пациентов СООД. Хирургическое лечение проводилось в межрегиональном нейрохирургическом центре на базе СООД, либо в ГКБ №40.

Топометрическая подготовка осуществлялась на КТ Simens, либо на рентген-симуляторе. Физикодозиметрические расчеты на планирующих системах ХЮ или HELAX, позволяющих запланировать конформное облучение. Лучевая терапия — на линейных ускорителях SL75-5, SLI PLUS, SLI PRECISE DIGITAL.

Полученные результаты исследования подвергались статистической обработке с помощью программы SPSS 13,0 for Windows. Для анализа данных применялись методы суммарных статистик, сравнительного анализа, дескриптивного и корреляционного анализа, анализа выживаемости Каплана-Мейера. Сравнение выживаемости осуществлялось с помощью логрангового критерия. Для оценки факторов, определяющих прогноз развития и исход заболевания использовалась модель пропорционального риска Кокса.

Результаты исследования и их обсуждение. В СООД диспансере в период 2002 по 2007 год было 600 случаев госпитализации па-

циентов Свердловской области по поводу первичных опухолей головного мозга.

Первичные опухоли головного мозга в 73% случаев (95% ДИ 72,6-79,5%) локализовались в одной из областей мозга, в лобной доле — 26,7%, височной доле — 75 (12%), мозжечке — 67 (10,7%), теменной доле — 64 (10,2%). Практически у трети пациентов опухоль была распространенной и занимала две и более доли — в 27% случаев (95% ДИ 23,6-30,9%).

Среди выявляемых клинических симптомов и симптомокомплексов преобладали общемозговые симптомы (головная боль, головокружение, нарушение зрения), которые отмечались в 100% случаев у пациентов с опухолями затылочной доли, мозжечка, ствола, желудочков мозга и опухолях, занимающих две и более доли. Очаговые симптомы отмечались наиболее часто при опухолях мозжечка (90,6%), ствола мозга (91,7%), поражении двух и более долей (90,2%) и опухолях хиазмоселлярной области (91,7%). Дислокационный синдром выявлен с наибольшей частотой при поражении двух и более долей мозга (93,9%) и при локализации опухоли в области желудочков мозга (94,7%).

По морфологической характеристике глиомы составляли 84% (95% ДИ 80,8-86,8) случаев, неглиомы встречались достоверно реже — у 16% пациентов (95% ДИ 13,2-19,2%). При этом среди глиальных опухолей головного мозга большую долю составили астроцитомы — 70% (95% ДИ 66,2-73,6%), среди неглиальных опухолей преобладали менингеальные и эмбриональные опухоли — 33 (5,5%) случая и 24 (4,0% от всех первичных опухолей головного мозга) случая соответственно.

Первичные опухоли головного мозга низкой степени злокачественности (Grade I, II) выявлялись реже, чем опухоли высокой степени злокачественности (Grade III, IV) — в 46,3% и в 56,4% случаев соответственно.

При выборе тактики лечения пациентов с первичными опухолями головного мозга определяющими являются следующие принципы:

1. Комплексность лечения предполагает сочетание оперативного лечения с последующей адьювантной терапией (химиолечение или химиолучевое лечение).

2. Индивидуальный подход определяет выбор лечения с учетом возраста пациента, объема поражения, морфологической характеристики.

3. Согласованная работа единой мультидисциплинарной команды: общих онкологов, нейрохирургов, специалистов лучевой диагно-

стики, лучевых терапевтов, химиотерапевтов и патоморфологов, обеспечивающая преемственность всех этапов диагностики, лечения и последующего наблюдения.

Анализ результатов лечения 232 пациентов показал, что медиана общей выживаемости пациентов с первичными опухолями головного мозга составляет 43 мес. (95% ДИ 27-52 мес.).

Общая выживаемость пациентов с первичными опухолями головного мозга была достоверно выше у женщин по сравнению с мужчинами (логранговый критерий = 13,7; $p=0,000$); в более молодых возрастных группах по сравнению с более старшими возрастными группами (логранговый критерий = 35,7; $p=0,000$), у пациентов с низкой степенью злокачественности опухоли по сравнению с пациентами высокой степени злокачественности опухоли (логранговый критерий = 34,16, $p=0,000$), а также при локализации опухоли в одной доле по сравнению с распространенными опухолями, занимающими две и более доли.

У женщин 1-летняя выживаемость составила 98/110 (89,1%), 3-х летняя выживаемость — 74/110 (67,3%), 5-летняя выживаемость — 50/110 (45,5%). У мужчин 1-летняя выживаемость составила 80/122 (65,6%), 3-х летняя выживаемость — 48/122 (39,3%), 5-летняя выживаемость — 23/122 (18,9%). в более молодых возрастных группах по сравнению с более старшими возрастными группами.

Корреляционный анализ зависимости общей выживаемости от возраста свидетельствует о наличии обратной зависимости общей выживаемости пациентов от возраста начала заболевания (коэффициент корреляции Пирсона $r = -0,33$ ($p=0,000$)).

При первичных опухолях головного мозга Grade I-II общая выживаемость 75% пациентов составляет более 30 мес. (95% ДИ = 5,2-54,8 мес.), более половины пациентов живы на момент оценки общей выживаемости. При Grade III-IV общая выживаемость 75% пациентов — более 7 мес. (95% ДИ = 5-9 мес.), медиана — 18 мес. (95% ДИ = 13,4-22,6), и только 25% пациентов живут более 72 мес.

Определена модель пропорционального риска Кокса, которая позволяет для пациентов с первичными опухолями головного мозга подсчитать риск, а соответственно прогноз и исход заболевания на основе таких факторов как пол, возраст, степень злокачественности и распространенность опухоли и выбрать наиболее подходящий для такого пациента вариант лечения.