

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ СУПРАТЕНТОРІАЛЬНИМИ ПУХЛИНАМИ МОЗКУ З ІНСУЛЬТОПОДІБНИМ ПЕРЕБІГОМ У РАННІЙ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

О.М. ГОНЧАРУК², А.А. ОБЛИВАЧ¹, Я.Ю. ФРЕЙДМАН¹,
А.О. КАМІНСЬКИЙ¹, Т.І. МАКЕСВА²

¹ Клініка невідкладної нейрохірургії лікарні швидкої медичної допомоги м. Києва

² Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

***Conflict of Interest Statement (We declare that we have no conflict of interest).**

*Заява про конфлікт інтересів (Ми заявляємо, що у нас немає ніякого конфлікту інтересів).

*Заявление о конфликте интересов (Мы заявляем, что у нас нет никакого конфликта интересов).

***No human/animal subjects policy requirements or funding disclosures.**

*Жодний із об'єктів дослідження (людина/тварина) не підпадає під вимоги політики щодо розкриття інформації фінансування.

*Ни один из объектов исследования не подпадает под политику раскрытия информации финансирования.

***Date of submission — 07.09.17**

*Дата подачі рукопису — 07.09.17

*Дата подачі рукописи — 07.09.17

***Date of acceptance — 13.09.17**

*Дата ухвалення — 13.09.17

*Дата одобрения к печати — 13.09.17

***Мета роботи** — проаналізувати найближчі результати хірургічного лікування хворих із супратенторіальними пухлинами головного мозку (СПГМ) з інсультоподібним перебігом.*

***Матеріали та методи.** Вивчено найближчі результати хірургічного лікування 176 хворих із СПГМ з інсультоподібним перебігом, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці невідкладної нейрохірургії лікарні швидкої медичної допомоги м. Києва у період з 2008 до 2015 р. Вік пацієнтів становив від 20 до 70 років, середній вік — $(53,7 \pm 13,4)$ року. Осіб чоловічої статі було 104 (59,1 %), жіночої — 72 (40,9 %). Внутрішньомозкові пухлини діагностовано у 156 (88,6 %) випадках, метастатичне ушкодження головного мозку — у 35 (19,9 %), позамозкові пухлини — у 20 (11,4 %). Пацієнтів розподілили на дві групи залежно від порушення мозкового кровообігу (ПМК): група I — 103 хворих з ПМК за геморагічним типом, група II — 73 хворих з ПМК за ішемічним типом. У ранній післяопераційний період для виявлення післяопераційних ускладнень та оцінки радикальності хірургічного лікування всім пацієнтам проводили комп'ютерну та/або магнітно-резонансну томографію. Обов'язковим був офтальмологічний огляд до та після операції.*

***Результати.** Тотально видалено пухлини у 68 (38,6 %) хворих, субтотально — у 82 (46,6 %), парціально — у 26 (14,8 %). У всіх спостереженнях якість життя до операції за індексом Кар-*

новського була менше 70 балів, після операції кількість таких хворих зменшилася до 36 (20,5 %). Поліпшення якості життя хворих зумовлено регресом неврологічного дефіциту, усуненням функційних розладів, кращим ступенем соціальної адаптації.

Висновки. Основним критерієм успішного хірургічного лікування СПГМ з інсультподібним перебігом є виживання хворих при високій радикальності хірургічного втручання та задовільних показниках якості життя в післяопераційний період. На обсяг видалення СПГМ впливали розмір ураження, його локалізація, патогістологічна характеристика пухлин. Лікувальна тактика у хворих із СПГМ з інсультподібним перебігом має ґрунтуватися на індивідуальному підході. Адекватне хірургічне видалення пухлин і гематоми поліпшує якість життя у більшості хворих (79,5 %).

Ключові слова: супратенторіальні пухлини головного мозку, порушення мозкового кровообігу, хірургічне лікування, найближчі результати лікування.

DOI 10.26683/2304-9359-2017-3(21)-67-75

Дослідження, проведені в економічно розвинених країнах протягом останніх десятиліть, виявили тенденцію до неухильного зростання частоти новоутворень головного мозку, а також до збільшення кількості випадків ускладненого судинними порушеннями перебігу захворювання.

Захворюваність первинними пухлинами головного мозку (ПГМ) становить 10,9–16,7 випадку на 100 тис. населення на рік [10]. На частку ПГМ припадає 0,7–2,3 % від загальної кількості онкологічних захворювань, при цьому переважно страждають особи працездатного віку [6,10]. Найчастіше з первинних ПГМ у дорослих трапляються гліоми — у 35–41 % випадків [2, 5, 9].

Порушення мозкового кровообігу (ПМК) при супратенторіальних пухлинах головного мозку (СПГМ) — проблема, яка привертає увагу клініцистів (нейрохірургів, невропатологів, анестезіологів та інших фахівців) протягом багатьох років.

Актуальною проблемою є рання діагностика СПГМ з інсультподібним перебігом, що зумовлено тяжкістю стану хворого та лімітом часу на проведення діагностичних маніпуляцій, складністю нейровізуалізаційної діагностики цієї патології. На догоспітальному етапі за відсутності онкологічного анамнезу відрізнити гостре порушення мозкового кровообігу

(ГПМК) від ПМК при СПГМ практично не можливо [1–3, 12, 15–17, 19].

У пацієнтів з об'ємним внутрішньочерепним процесом за відсутності ефекту від протинабрякової терапії єдиним способом лікування може бути зовнішня і внутрішня декомпресія, спрямовані на запобігання транстенторіальному вклиненню [13, 18, 20]. Декомпресивна хірургія може поліпшити церебральний перфузійний тиск [7, 14, 18, 20]. Успіх хірургічного втручання у таких хворих значною мірою пов'язаний з адекватними заходами інтенсивної терапії. Незважаючи на те, що останніми роками вдалося поліпшити результати лікування цієї категорії хворих, летальність при оперативному лікуванні залишається високою [1, 5–7]. Незадовільні результати лікування ПМК при ПГМ зумовлені не лише тяжкістю видалення СПГМ в умовах судинної катастрофи, а і недосконалістю хірургічної тактики у таких хворих. Причиною цього є відсутність чітких критеріїв відбору хворих для терапевтичного/хірургічного лікування, термінів проведення, обсягу хірургічного втручання.

Актуальним є визначення тактики і техніки хірургічних втручань при поєднанні ГПМК із пухлинами. Екстрене втручання можна розглядати як операцію, яка рятує життя. Відбір пацієнтів може визначити функціональні результати. Загалом дані щодо ПМК при ПГМ є малоінформативними, фрагментарними і нерідко суперечливими. Це зумовлено складністю проблеми і необхідністю мультидисциплінарного підходу до її вирішення.

Мета роботи — проаналізувати найближчі результати хірургічного лікування хворих

Гончарук Оксана Миколаївна

доктор медичних наук,

професор кафедри нейрохірургії НМАПО

імені П.Л. Шупика

Адреса: 04050, м. Київ, вул. П. Майбороди, 32

Тел. роб.: (044) 483-94-07

E-mail: mrtoksana777@gmail.com

із супратенторіальними пухлинами мозку з інсультподібним перебігом.

Матеріали та методи

В основу дослідження покладено результати хірургічного лікування 176 хворих із СПГМ з інсультподібним перебігом захворювання, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці невідкладної нейрохірургії лікарні швидкої медичної допомоги м. Києва у період з 2008 до 2015 р. Вік пацієнтів становив від 20 до 70 років, середній вік — $(53,7 \pm 13,4)$ року. Осіб чоловічої статі було 104 (59,1 %), жіночої — 72 (40,9 %).

Розміри та структуру пухлин з інсультподібним перебігом, особливості їх топографії, співвідношення із навколишніми судинно-невральними утвореннями оцінювали за даними комп'ютерної (КТ) або магнітно-резонансної томографії (МРТ), виконаної як у рутинних режимах, так і з контрастним підсиленням. Для з'ясування особливості залучення в пухлинний ріст магістральних судин виконували мультиспіральну КТ-ангіографію. В ранній післяопераційний період для виявлення післяопераційних ускладнень та оцінки радикальності хірургічного лікування всім пацієнтам проводили КТ та/або МРТ. обов'язковим був офтальмологічний огляд до та після операції.

При визначенні показань до хірургічного втручання враховували ступінь пригнічення свідомості, вияви дислокаційного синдрому (вклинення), дані КТ і МРТ, динаміку розвитку клінічної картини.

Більшість хворих госпіталізовано у тяжкому стані. Завдяки успішно проведеним заходам інтенсивної терапії у 135 хворих стан вдалося стабілізувати і виконати хірургічне втручання в умовно плановому порядку. У решти хворих погіршення стану стало причиною хірургічного втручання в ургентному порядку за життєвими показаннями.

До показань до проведення екстреної нейрохірургічної операції при пухлинах з інсультподібним перебігом відносили:

- крововилив у пухлину, перифокальний набряк з дислокаційним синдромом з пригніченням свідомості за шкалою ком Глазго (ШКГ) менше ніж 10 балів;
- вторинні ішемічні порушення, перифо-

кальний набряк з дислокаційним синдромом з пригніченням свідомості за ШКГ менше ніж 10 балів;

- оклюзійну гідроцефалію на тлі пухлини головного мозку;
- поєднання зазначених чинників.

Отриманий під час операцій біопсійний матеріал піддавали гістологічному дослідженню.

Результати

Ранні післяопераційні результати хірургічного лікування хворих із пухлинами з інсультподібним перебігом оцінювали безпосередньо після оперативного втручання та при виписці пацієнтів зі стаціонару. Окрім неврологічного статусу, оцінювали результати хірургічного лікування хворих за даними КТ або МРТ, зокрема об'єм видаленої пухлини, ступінь вираженості перифокального набряку в ранній і пізній післяопераційний періоди. Загальний стан хворих оцінювали за шкалою Карновського.

У більшості хворих (156 (88,6 %)) за результатами гістологічного дослідження діагностовано внутрішньомозкові пухлини. Гліоми були представлені злоякісними формами: анапластичні атроцитоми — 23 (13,1 %) випадки, гліобластоми — 98 (67 %). Метастатичне ураження головного мозку діагностовано у 35 (19,9 %) хворих. Воно було представлено метастазами меланоми, аденокарциноми легень, простати, карциномою молочної залози, колоректальним раком. Позамозкові пухлини були представлені анапластичними формами менингіом — 20 (11,4 %) спостережень.

Пацієнтів розподілили на дві групи залежно від виду ПМК: група I — 103 хворих з ПМК за геморагічним типом, група II — 73 хворих з ПМК за ішемічним типом. У групі I чоловіків було 57, жінок — 46, у групі II — відповідно 44 і 29. Середній вік становив $(51,7 \pm 12,7)$ та $(48,6 \pm 13,5)$ року. За обох типів ПМК переважною гістологічною нозологією були гліобластоми.

Розміри новоутворення та супутнього порушення мозкового кровообігу оцінювали за даними нейровізуальних методів діагностики (КТ/МРТ як у стандартних режимах, так і з контрастним підсиленням). Умовно всі ура-

ження за розмірами нами були розподілені на три групи: до 3 см у діаметрі, від 3 до 5 см, понад 5 см (без урахування супутнього перифокального набряку).

При плануванні хірургічного втручання метою було видалити пухлину та гематому, як чужорідні тіла, які спричиняють каскад патологічних реакцій, таких як компресія, руйнування, перифокальні реакції тощо, зменшити чинник внутрішньочерепної гіпертензії, верифікувати гістологічний діагноз. Саме від радикальності видалення пухлини залежить кінцевий результат лікування хворих. Крім того, при максимально можливому видаленні пухлинних клітин знижується ризик швидкого прогресування пухлини і збільшуються можливості ад'ювантної терапії.

На основі даних контрольної КТ/МРТ та інтраопераційних знахідок розподіл хворих за об'ємом видаленого новоутворення був таким: тотальне видалення — 68 (38,6 %) випадків, субтотальне — 82 (46,6 %), парціальне — 26 (14,8 %).

Надалі представлена динаміка неврологічного статусу та якості життя у хворих, прооперованих з приводу супратенторіальних пухлин головного мозку з інсультподібним перебігом

Дані щодо рівня порушення свідомості наведено в табл. 1.

Аналіз неврологічного статусу хворих у ранній післяопераційний період показав, що головний біль, як симптом гіпертензійного синдрому, регресував у 131 хворого (табл. 2). Регрес головного болю можна було оцінити лише на 5–6-ту добу після операції після суттєвого зменшення обсягу дегідратаційної та протинабрякової терапії. Ефективність лікування шляхом оцінки регресу гіпертензійного синдрому мала статистичну значущість ($p < 0,05$; $z = 16,5$). Зменшення головного болю було характернішим для випадків внутрішньомозкових пухлин та метастазів з геморагічним типом ПМК.

У 70,5 % хворих після операції виявлено регрес судомного синдрому, у решти хворих — суттєве зменшення частоти виникнення судомних нападів ($p < 0,05$; $z = 11,9$). У ранній післяопераційний період судомний синдром частіше зберігався у хворих з гліомами задньолобної локалізації.

У 21 % пацієнтів залишилася пірамідна недостатність різної вираженості. Як ускладнення після хірургічного втручання вона виникла у 4 хворих. Позитивний вплив лікування на регрес пірамідної недостатності був статистично значущим ($p < 0,05$). Результат терапії рухових і чутливих розладів значною мірою визначався локалізацією ураження і

Таблиця 1. Рівень порушень свідомості в до- та післяопераційний період

Рівень порушення свідомості	До операції (n = 176)	Після операції (n = 176)
Ясна свідомість	0	159 (90,3 %)
Легке оглушення	17 (9,6%)	0
Виражене оглушення	49 (27,8 %)	0
Сопор	69 (23,9 %)	6 (3,4 %)
Кома 1	41 (23,3 %)	11 (6,3 %)

Таблиця 2. Регрес неврологічної симптоматики у хворих із супратенторіальними пухлинами з інсультподібним перебігом у ранній післяопераційний період

Клінічні вияви	До операції	Після операції
Гіпертензійний синдром	131 (74,4 %)	28 (15,9 %)
Вогнищевий дефіцит	123 (69,8 %)	34 (21,0 %)
Судомний синдром	78 (44,3 %)	23 (13,1 %)

не залежав від ступеня анаплазії та гістологічного варіанта. Переважне розташування ураження в межах функціонально важливих зон у 94 % хворих з післяопераційним вогнищевим дефіцитом підтверджено статистично ($p < 0,01$; $z = 10,25$).

Для інтегральної оцінки результатів лікування використано шкалу Карновського. Стан пацієнтів оцінювали на момент поступлення та при виписці зі стаціонару. В усіх спостереженнях до операції індекс Карновського був менше 70 балів. Після операції кількість таких хворих зменшилася до 36 (20,5 %). Поліпшення якості життя характеризувалося регресом гіпертензійних явищ, усуненням функційних розладів, кращим ступенем соціальної адаптації.

У 48 (27,3 %) хворих у ранній післяопераційний період виникли ускладнення. До регіонарних ускладнень відносили ускладнення, пов'язані з мозком, його оболонками, лікворопровідними шляхами, кістками і м'якими покривами черепа, до системних — гнійно-запальні ускладнення, гострі ерозії шлунково-кишкового тракту, тромбози і тромбоемболії. Найчастіше після видалення СПГМ із інсультподібним перебігом виникали регіонарні ускладнення (у 35 (19,9 %) випадках), переважно післяопераційний набряк тканини мозку і навколо залишків пухлини (15 (8,5 %)) та геморагічні ускладнення (20 (11,4 %)). Системні ускладнення розвивалися рідше (27 (15,3 %)) і зазвичай на тлі обтяженого регіонарними ускладненнями перебігу післяопераційного періоду. У 4 (2,3 %) хворих мали місце тромбози і тромбоемболії. У 21 хворого виявлено лише регіонарні ускладнення, у 14 — регіонарні в поєднанні із системними або тромбозами глибоких вен нижніх кінцівок, у 13 — лише системні.

Летальних наслідків після операції було 17 (9,6 % від усіх хворих та 35,4 % від хворих з ускладненнями). Найчастіше безпосередньою причиною смерті були регіонарні ускладнення. Набряк і дислокація мозку як причина смерті, траплялися рідше, ніж крововилив у решту пухлини (17,6 і 23,5 % відповідно). При гнійно-запальних регіонарних ускладненнях летальних випадків не було. Великою була частка системних ускладнень (пневмоній, гострих виразок шлунково-кишкового тракту) і

тромбоемболії, які були безпосередньою причиною смерті 23,5 і 11,8 % хворих відповідно. Померли всі хворі з тромбоемболією легеневої артерії, а від гострих виразок шлунково-кишкового тракту — третина (30,8 %) при розвитку масивної кровотечі.

Обговорення

Радикальність хірургічного втручання при СПГМ впливає не лише на поліпшення неврологічного статусу хворих у післяопераційний період, а і на терміни безрецидивного та загального виживання [4, 8, 9, 11]. Метою нашого дослідження було з'ясувати, які чинники впливають на радикальність хірургічного втручання при ПГМ з інсультподібним перебігом. Аналіз попарних кореляцій між клінічними чинниками, операційними знахідками, характеристиками пухлини та радикальністю втручання показав, що на обсяг видалення пухлини впливав розмір ураження ($r = +0,249$; $p = 0,001$), його локалізація ($r = +0,689$; $p = 0,001$), гістологічний діагноз ($r = -0,313$; $p = 0,011$). Кращі показники радикальності мали місце при менингіомах та метастатичному ураженні, менших розмірах вогнища, лобарній локалізації гліоми, конвексимальній і парасагітальній локалізації менингіоми. Найбільшої радикальності хірургічного втручання вдалося досягнути у хворих, прооперованих з приводу менингіом та метастазів — 80,0 та 65,7 % відповідно ($p < 0,034$). Найнижчі показники тотального видалення були у групі хворих з гліомами — 23,9 % ($p < 0,038$). Радикальність хірургічного втручання не була кінцевою метою лікування у наших хворих. Радикальність видалення має бути обґрунтованою, тобто вона не повинна призвести до погіршення стану хворого. Більшою мірою це стосувалося внутрішньомозкових пухлин, особливо гліобластом, оскільки збільшення тривалості життя у таких хворих є сумнівним, існує великий ризик погіршення їх функціонального стану чи глибокої інвалідації в післяопераційний період. Обрана стратегія адекватного балансу між радикальністю видалення СПГМ з інсультподібним перебігом та високими показниками якості життя хворих виправдала себе, оскільки аналіз двох залежних вибірок (хворі до та після операції) продемонстрував статистичну

значущість поліпшення якості життя прооперованих хворих ($T = 3,21$ при $p = 0,001$). Основною «причиною» ускладнень, які виникають у післяопераційний період у хворих із СПГМ з інсультподібним перебігом захворювання, є ургентність ситуації, за якої в розпорядженні нейрохірурга є мінімум часу для проведення диференційної діагностики, доопераційної підготовки хворого, виявлення супутньої патології та її компенсації.

Аналіз результатів лікування хворих із СПГМ з інсультподібним перебігом захворювання свідчить про необхідність використання індивідуального підходу при встановленні показань до проведення операції та при визначенні обсягу втручання. Це пов'язано з тим, що клініцист має справу з поєднанням одразу двох патологій, які загрожують життю, зумовлюють тяжкість стану хворого, специфічні вияви захворювання, особливості інструментальної діагностики.

Успіхи в лікуванні хворих із СПГМ з інсультподібним перебігом пов'язані з поліпшенням ранньої діагностики та своєчасним наданням

таким хворим спеціалізованої нейрохірургічної допомоги, а також з вдосконаленням хірургічних методик видалення ПГМ з використанням за потреби малоінвазивних технологій для уникнення додаткової травми речовини мозку в умовах судинної катастрофи.

Висновки

1. Основним критерієм успішного хірургічного лікування СПГМ з інсультподібним перебігом є виживання хворих при високій радикальності хірургічного втручання та задовільних показниках якості життя в післяопераційний період. На обсяг видалення СПГМ з інсультподібним перебігом впливали розмір ураження, його локалізація, патогістологічна характеристика пухлин.

2. Лікувальна тактика у хворих із СПГМ з інсультподібним перебігом має ґрунтуватися на індивідуальному підході.

3. Адекватне хірургічне видалення пухлин і гематоми поліпшує якість життя у більшості хворих (79,5 %).

Список літератури

1. Badve C.A. Intracranial hemorrhage in cancer patients. Handbook of neuro-oncology. Neuroimaging / C.A. Badve, L.R. Rogers. — Elsevier Science Publishing Co Inc, 2016. — P. 85–88.
2. Benveniste R.J. Multifocal glioblastoma multiforme with synchronous spontaneous hemorrhage: Case report / R.J. Benveniste, G. Manzano, C.K. Petito // J. Neurooncol. — 2008. — Vol. 89. — P. 55–58.
3. Brain hemorrhage from intracranial tumor / J.R. Little, B. Dial, G. Belanger, S. Carpenter // Stroke. — 1979. — Vol. 10. — P. 283–288.
4. Byard R.W. Parasagittal meningioma: A not so benign entity / R.W. Byard // Medicine, Science and the Law. — 2017. — Vol. 96. — 002580241773226. Online publication date: 19-Sep-2017.
5. Cancer Facts & Figures 2015. American Cancer Society. Available at <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acspc=044552.pdf>. Accessed: August 19, 2015.
6. Fink K.R. Imaging of brain metastases / K.R. Fink, J.R. Fink // Surg. Neurol. Int. — 2013. — Vol. 4 (Suppl. 4). — P. S209–S219.
7. Giglio P. Neurologic complications of cancer and its treatment / P. Giglio, M.R. Gilbert // Curr. Oncol. Rep. — 2010. — N 12(1). — P. 50–59.
8. Gitto L. Sudden unexpected deaths due to intracranial meningioma: Presentation of six fatal cases, review of the literature, and a discussion of the mechanisms of death / L. Gitto, G. Bolino, S. Cina // Journal of Forensic Sciences. — 2017.
9. Li, X. Glioblastoma mimicking a cerebral contusion: A case report / X. Li, K. Wang, A. Zhang [et al.] // Oncol Lett. — 2013. — N 6. — P. 1499–1501.
10. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. International Agency for Research on Cancer. Available at http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx. Accessed: August 10, 2015.
11. Grant R. Overview: Brain tumour diagnosis and management/Royal College of Physicians guidelines / R. Grant // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 2004. — Vol. 75, suppl. 2. — P. ii18–23.
12. Navi B.B. Intracerebral and subarachnoid hemorrhage in patients with cancer / B.B. Navi, J.S. Reichman, D. Berlin [et al.] // Neurol. — 2010. — Vol. 74. — P. 494–501.
13. Seki S. Intraparenchymal hemorrhage from dural metastasis of breast cancer mimicking meningioma / Syunsuke Seki, Tomoya Kamide, Akira Tamase [et al.] // Neuroradiol. J. — 2016. — Vol. 29. — P. 3, 179–182.
14. Kreisl T. Ischemic stroke in patients with primary brain tumors / T.N. Kreisl, T. Tothaker, S. Karimi, L.M. DeAngelis // Neurology. — 2008. — Vol. 70. — P. 2314–2320.
15. Kazim S.F. Glioblastoma multiforme masquerading as intracerebral haemorrhage: A diagnostic dilemma

- / S.F. Kazim, A.U. Bhatti // *J. Pak. Med. Assoc.* — 2011. — Vol. 61. — P. 196–197.
16. Mandybur T.I. Intracranial hemorrhage caused by metastatic tumors / T.I. Mandybur // *Neurology.* — 1977. — Vol. 27 (7). — P. 650–655.
17. Kim D. Meningiomas manifesting intracerebral haemorrhage: A possible mechanism of haemorrhage / Kim D.G., Park C.K., Paek S.H. [et al.] // *Acta Neurochir. (Wien).* — 2000. — Vol. 142. — P. 165–168.
18. Sloan A.E. Diagnosis and treatment of melanoma brain metastasis: A literature review / A.E. Sloan, C.J. Nock, D.B. Einstein // *Cancer Control.* — 2009. — Vol. 16. — P. 248–55.
19. Bosnjak R. Spontaneous intracranial meningioma bleeding: Clinicopathological features and outcome / R. Bosnjak, C. Derham, M. Popovic, J. Ravnik // *J. Neurosurg.* — 2005. — Vol. 103. — P. 473–484.
20. Yoo H. Surgical outcomes of hemorrhagic metastatic brain tumors / H. Yoo, E. Jung, H.S. Gwak [et al.] // *Cancer Res. Treat.* — 2011. — Vol. 43. — P. 102–107.

References

1. Badve C, Rogers LR. Intracranial hemorrhage in cancer patients. *Handbook of neuro-oncology neuroimaging.* Elsevier Science Publishing Co Inc, 2016:85-8.
2. Benveniste RJ, Manzano G, Petito CK. Multifocal glioblastoma multiforme with synchronous spontaneous hemorrhage: Case report. *J. Neurooncol.* 2008;89:55-8.
3. Little JR, Dial B, Belanger G, Carpenter S. Brain hemorrhage from intracranial tumor. *Stroke.* 1979;10:283-8.
4. Byard RW. Parasagittal meningioma: A not so benign entity. *Medicine, Science and the Law.* 2017;96, 002580241773226.
5. Cancer Facts & Figures 2015. American Cancer Society. Available at <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acspc-044552.pdf>. Accessed: August 19, 2015.
6. Fink KR, Fink JR. Imaging of brain metastases. *Surg. Neurol. Int.* 2013;4 (Suppl 4): S209-19.
7. Giglio P, Gilbert MR. Neurologic complications of cancer and its treatment. *Curr Oncol Rep.* 2010.12(1):50-9.
8. Gitto L., Bolino G., Cina S. Sudden unexpected deaths due to intracranial meningioma: presentation of six fatal cases, review of the literature, and a discussion of the mechanisms of death. *Journal of Forensic Sciences.* 2017.
9. Li X, Wang K, Zhang A, Song Z et al. Glioblastoma mimicking a cerebral contusion: A case report. *Oncol Lett.* 2013;6:1499-501.
10. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. International Agency for Research on Cancer. Available at http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx. Accessed: August 10, 2015.
11. Grant R. Overview: Brain tumour diagnosis and management/Royal College of Physicians guidelines. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2004;75 Suppl. 2:ii18-23.
12. Navi BB, Reichman JS, Berlin D et al. Intracerebral and subarachnoid hemorrhage in patients with cancer. *Neurol.* 2010;74:494-501.doi:10.1212/WNL.0b013e3181cef837.
13. Syunsuke Seki, Tomoya Kamide, Akira Tamase, Kentaro Mori, Kunio Yanagimoto, Motohiro Nomura. Intraparenchymal hemorrhage from dural metastasis of breast cancer mimicking meningioma. *Neuroradiol. J.* 2016;29:3:179-82.
14. Kreisl TN, Toothaker T, Karimi S, DeAngelis LM. Ischemic stroke in patients with primary brain tumors. *Neurol.* 2008;70:2314-20. doi:10.1212/01.wnl.0000314648.82924.6f.
15. Kazim SF, Bhatti AU. Glioblastoma multiforme masquerading as intracerebral haemorrhage: A diagnostic dilemma. *J. Pak. Med. Assoc.* 2011;61:196-7.
16. Mandybur TI. Intracranial hemorrhage caused by metastatic tumors. *Neurol.* 1977;27 (7): 650-5.
17. Kim DG, Park CK, Paek SH et al. Meningiomas manifesting intracerebral haemorrhage: A possible mechanism of haemorrhage. *Acta Neurochir. (Wien).* 2000; 142:165-8.
18. Sloan AE, Nock CJ, Einstein DB. Diagnosis and treatment of melanoma brain metastasis: A literature review. *Cancer Control.* 2009;16:248-55.
19. Bosnjak R, Derham C, Popovic M, Ravnik J. Spontaneous intracranial meningioma bleeding: Clinicopathological features and outcome. *J. Neurosurg.* 2005;103:473-84
20. Yoo H, Jung E, Gwak HS et al. Surgical outcomes of hemorrhagic metastatic brain tumors. *Cancer Res. Treat.* 2011;43:102-7.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ МОЗГА С ИНСУЛЬТОПОДОБНЫМ ТЕЧЕНИЕМ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

А.Н. ГОНЧАРУК², А.А. ОБЛИВАЧ¹, Я.Ю. ФРЕЙДМАН¹, А.А. КАМИНСКИЙ¹, Т.И. МАКЕЕВА²

¹ Клиника неотложной нейрохирургии больницы скорой медицинской помощи г. Киева

² Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Цель работы — проанализировать ближайшие результаты хирургического лечения больных с супратенториальными опухолями головного мозга (СОГМ) с инсультоподобным течением.

Материалы и методы. Изучены ближайшие результаты хирургического лечения 176 больных с СОГМ с инсультоподобным течением, которые находились на стационарном лечении в клинике неотложной нейрохирургии больницы скорой медицинской помощи г. Киева в период с 2008 по 2015 г. Возраст пациентов составлял от 20 до 70 лет, средний возраст — $(53,7 \pm 13,4)$ года. Лиц мужского пола было 104 (59,1 %), женского — 72 (40,9 %). Внутримозговые опухоли диагностированы в 156 (88,6 %) случаях, метастатическое повреждение головного мозга — в 35 (19,9 %), внемозговые опухоли — в 20 (11,4 %). Пациентов распределили на две группы в зависимости от нарушения мозгового кровообращения (НМК): группа I — 103 больных с НМК по геморрагическому типу, группа II — 73 больных с НМК по ишемическому типу. В ранний послеоперационный период для выявления послеоперационных осложнений и оценки радикальности хирургического лечения всем пациентам проводили компьютерную и/или магнитно-резонансную томографию. Обязательным был офтальмологический осмотр до и после операции.

Результаты. Тотально удалены опухоли у 68 (38,6 %) больных, субтотально — у 82 (46,6 %), парциально — у 26 (14,8 %). Во всех наблюдениях качество жизни до операции за индексом Карновского было менее 70 баллов, после операции количество таких больных уменьшилось до 36 (20,5 %). Улучшение качества жизни больных обусловлено регрессом неврологического дефицита, устранением функциональных расстройств, лучшей степенью социальной адаптации.

Выводы. Основным критерием успешного хирургического лечения СОГМ с инсультоподобным течением является выживание больных при высокой радикальности хирургического вмешательства и удовлетворительных показателях качества жизни в послеоперационный период. На объем удаления СОГМ влияли размер поражения, его локализация, патогистологическая характеристика опухоли. Лечебная тактика у больных с СОГМ с инсультоподобным течением должна основываться на принципе индивидуализации. Адекватное хирургическое удаление опухолей и гематомы улучшает качество жизни у большинства больных (79,5 %).

Ключевые слова: супратенториальные опухоли головного мозга, нарушение мозгового кровообращения, хирургическое лечение, ближайшие результаты лечения.

EARLY RESULTS OF STROKE-LIKE SUPRATENTORIAL TUMORS SURGICAL TREATMENT

O.M. GONCHARUK², A.A. OBLIVACH¹, Y.YU. FREIDMAN¹, A.O. KAMINSKIY¹,
T.I. MAKEEVA²

¹ Clinic of Emergency Neurosurgery of Kyiv Emergency Medical Hospital

² Department of Neurosurgery of Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

Objective — to study early results of surgical treatment in 176 patients with supratentorial tumors (ST) with a stroke-like course.

Materials and methods. The results of surgical treatment of 176 patients with stroke-like tumors were studied. They were treated at the urgent neurosurgery clinic of the Kyiv Emergency Hospital during the period from 2008 to 2015. The age of the patients was 20–70 years, the average age was (53.7 ± 13.4) years. There were 104 (59.1 %) men, 72 (40.9 %) women. Intracerebral tumors were diagnosed in 156 (88.6 %) cases, metastasis was observed in 35 (19.9%), 20 (11.4 %) patients have extracranial tumors. Patients were divided into two groups depending on cerebrovascular accident: the group I — 103 patients had hemorrhagic type of cerebrovascular accident, the group II — 73 patients had ischemic type of cerebrovascular accident. In early postoperative period, CT and/or MRI was performed in all cases to detect postoperative complications and evaluate the radicality of surgical resection. An ophthalmologic review before and after surgery was performed.

Results. Total resection was achieved in 68 (38.6 %) patients, near total — in 82 (46.6 %), subtotal — in 26 (14.8 %). All 176 patients had less than 70 points of Karnovsky scale before surgery, after treatment the number of this patients decreased to 36 (20.5 %) patients. Improvement of quality life was noted in regression of neurological deficits, restoration of functional disorders, high degree of social adaptation.

Conclusions. The main criteria of successful surgical treatment of tumors with stroke-like course. is the survival of patients with radical surgical resection and satisfactory quality of life in the postoperative period. Factors that influence the removal of the tumors with stroke-like course are size of the lesion, its localization, and the histological characteristics of the tumors. Therapeutic tactics in patients with tumors with stroke-like course should be based on an individual approach. Adequate surgical removal of the tumors and hematomas evacuation improve the quality of life in most patients (79.5 %).

Key words: supratentorial tumors, cerebrovascular accident, surgical treatment, early results of treatment.