**Сірко Андрій Григорович. Диференційована лікувальна тактика при метастатичних пухлинах головного мозку: дис... канд. мед. наук: 14.01.05 / АМН України; Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова. - К., 2005**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Сірко А.Г. «Диференційована лікувальна тактика при метастатичних пухлинах головного мозку». – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.05 – нейрохірургія. – Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова АМН України, Київ, 2005.Дисертація присвячена питанням диференційованого підходу до хірургічного і комплексного лікування метастатичних пухлин головного мозку залежно від локалізації і кількості метастатичних пухлин, вихідного стану хворих, наявності екстракраніальної пухлини перед операцією.На підставі проведеного комп’ютерно-статистичного аналізу результатів лікування 164 хворих встановлені основні прогностично сприятливі і несприятливі фактори, що визначають як ризик оперативного втручання, так і віддалені його результати за показниками якості і тривалості життя хворого після операції. На відміну від існуючих праць, вперше проаналізовано вплив поєднання прогностично значущих факторів на віддалений прогноз на підставі визначення основних прогностичних груп хворих.Розроблений алгоритм диференційованого лікування метастатичних пухлин головного мозку дав можливість знизити частоту летальних випадків протягом останніх 7 років з 9,7 до 2,9% і покращити віддалені результати лікування. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У дисертації наведено нове вирішення наукової задачі поліпшення результатів лікування хворих з метастатичними пухлинами головного мозку шляхом встановлення прогностичних факторів, що визначають найближчі та віддалені результати лікування, і створення на їх основі алгоритму диференційованої терапії цих хворих.
2. Залежно від клінічної характеристики метастатичні пухлини головного мозку розподілялися на синхронні (27,4%), метахронні (36%), без верифікованого первинного джерела (36,6%). У хворих з відомою первинною пухлиною метастази раку легень зустрічалися в 33,7% спостережень, раку грудної залози – в 19,2%, меланоми – в 18,3%. Значно рідше спостерігалися метастази раку товстої кишки (9,6%), нирки (5,8%), щитовидної залози (3,8%), шлунка (2,9%).
3. У прижиттєвому визначенні характеру пухлинного ураження головного мозку, кількості і локалізації метастатичних вузлів у мозку найбільш інформативними є дані МРТ з використанням магнітопосилюючих агентів.
4. Прогностично значимими факторами ризику хірургічного лікування метастатичних пухлин головного мозку є субтенторіальна локалізація метастатичних вузлів, субтотальне чи часткове видалення пухлини, видалення одного метастатичного вузла при наявності численних. Основні причини летальних випадків у ранній післяопераційний період: набряк мозку з дислокацією його стовбурових відділів (44,4%), крововилив у залишки пухлини (33,3%).
5. Застосування сучасних технологій в хірургічному лікуванні метастатичних пухлин головного мозку дозволило підвищити радикальність втручань та знизити протягом останніх 7 років кількість летальних випадків з 9,7 до 2,9%.
6. Продовження росту первинної пухлини та подальше метастазування у внутрішні органи найчастіше (83%) є причиною смерті оперованих хворих. Тривалість життя оперованих хворих за результатами багатофакторного аналізу вірогідно залежить від його якості до операції (р=0,005) та наявності екстракраніальної пухлини (р<0,001). З урахуванням цих факторів виділено три прогностичні групи хворих. Річне виживання хворих I групи становить 76%, II – 38%, III – 0%. Прогнозування можливого результату дозволяє обгрунтувати доцільність хірургічного втручання та вибір основного методу лікування.
7. Антибластична терапія в комплексному лікуванні метастатичних пухлин головного мозку дозволяє збільшити тривалість життя оперованих хворих. Прогноз лікування кращий при поєднанні променевої і хіміотерапії.
8. Динамічний контроль клінічного стану хворих та даних інструментальних методів діагностики після операції дозволяє визначити появу рецидиву церебральних метастазів і своєчасно провести повторне оперативне втручання. Реоперації дозволяють подовжити тривалість життя більше ніж на 7 міс у 50% хворих.
 |

 |