

М. Д. Воробель
**НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ: ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ
ВАРИАНТЫ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. С. Н. Рябцева

Кафедра патологической анатомии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме: В результате проведенной работы установлено, что 79,8% опухолей были высокой степени злокачественности. Наиболее часто диагностировалась глиобластома, редкой нейроэктодермальной опухолью была олигодендроглиома.

Ключевые слова: опухоль, эпендимома, олигодендроглиома, астроцитомы, глиобластома.

M. D. Vorobel
NEUROECTODERMAL TUMORS: HISTOLOGICAL TYPES

Tutor: assistant S. N. Rjabceva

Department of Pathology

Belarusian State Medical University, Minsk

Resume: The result of this work revealed that 79,8% of tumors had grade 3-4. Glioblastoma was diagnosed the most frequently. Oligodendroglioma was a rare neuroepithelial tumor of brain.

Keywords: tumor, ependymoma, oligodendroglioma, glioblastoma, astrocytoma.

Актуальность: Нейроэктодермальные (нейроэпителиальные) опухоли (НЭО) – органоспецифические новообразования из клеток нейроглии [1-5]. Согласно Международной классификации опухолей ЦНС (2007 г.) выделяют три основные группы: первую группу составляют нейроэпителиальные опухоли, вторую – опухоли черепно-мозговых и параспинальных нервов и третью – опухоли оболочек нервов [5]. Наиболее часто (около 60%) встречаются нейроэпителиальные (нейроэктодермальные) опухоли [1-5]. Классификация НЭО основана на выявлении преимущественного типа клеток в опухоли. Примесь других неопластических клеточных элементов в опухоли встречается достаточно часто, но не должна служить основанием для диагноза «смешанная глиома». Степень злокачественности и прогноз НЭО зависит от гистологического подтипа новообразования [5]. По данным Международной классификации опухолей ЦНС (2007 г.) первая степень злокачественности (G1) характерна для эпендимом и астроцитом, вторая степень (G2) – также для эпендимом, астроцитом и олигодендроглиом, но в зависимости от гистологического строения опухоли, третья (G3) отмечается для анапластических вариантов астроцитом и олигодендроглиом, а четвертая (G4) – только для глиобластомы [3-5]. Средняя продолжительность жизни больных с диагнозом «глиобластома головного мозга» составляет 12-18 месяцев [3-5].

Цель: оценить частоту встречаемости нейроэпителиальных опухолей среди населения г. Минска.

Задачи:

1. Проанализировать по биопсийным картам пол и возраст заболевших.
2. Выделить частоту встречаемости различных нейроэктодермальных опухолей головного мозга.
3. Оценить частоту встречаемости гистологических подтипов среди НЭО.

Материал и методы. Материалом послужили биопсийные карты из базы данных УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» за период с января 2014 года по декабрь 2015 года. Оценивались следующие показатели: пол и возраст пациента, гистологический вариант и локализация опухоли. Метод исследования – статистический.

Результаты исследования. В базе данных УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» за период с января 2014 года по декабрь 2015 были обнаружены биопсийные карты со следующими патоморфологическими диагнозами: эпендимома, олигодендроглиома, глиобластома и астроцитомы головного мозга. Группу исследования составили 168 пациентов, число мужчин (86/51,2%) и женщин (82/48,8%) оказалось тождественно между собой, соотношение мужчин и женщин было равно 1,05:1. Возраст пациентов варьировал от 18 до 81 года, средний составил $47,2 \pm 2,7$ лет.

Глиобластома (G4) была диагностирована у 104 (62%) пациентов, возрастом 26-88 лет, средний составил $59,3 \pm 3,1$ года. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,12 (женщин – 53%, мужчин 47%). Рост опухоли почти с одинаковой частотой наблюдался в правом (41/39,4%) и левом (39/37,5%) полушарии, и в отдельных случаях (2/1,9%) опухоль распространялась на оба полушария головного мозга. Макроскопически глиобластома имела вид узла пёстрого цвета за счёт вторичных изменений: кровоизлияний и некрозов. Некрозы могли составлять до 80% площади опухолевой ткани. Поражение височной области отмечалось у 41 (39%), теменной – у 40 (38%) пациентов. Рост опухоли также наблюдался в лобной области у 24 (23%) пациентов и у 22 (21%) – в затылочной. В 22 (21%) случаях локализация была не указана. Иногда одна опухоль затрагивала 2 и более областей головного мозга.

Другие астроцитарные опухоли головного мозга (исключая глиобластому) были диагностированы у 54 (32,1%) пациентов, возраст которых варьировал от 18 до 81, средний составил $42,3 \pm 3,8$ года. Среди пациентов преобладали мужчины (женщин – 44%, мужчин – 56%) в соотношении М:Ж=1,25:1,0. Астроцитомы преимущественно развивались в левом (32/59,3%), чем в правом (22/41%) полушарии головного мозга. До 10% от всех случаев проросла оба полушария. Поражение теменной доли отмечалось у 21 (39%) пациентов, лобной – также у 21 (39%), височной – у 15 (27%), мозолистого тела – у 3 (5,56%), затылочной доли – у 2 (3,7%), мозжечка – также у 2 (3,7%) и боковых желу-

дочков – у 1 (1,8%) больного. В числе всех названных случаев встречались случаи (5/9,3%) с поражением нескольких отделов головного мозга. В 5 (9%) случаев локализация не была указана. Среди гистологических вариантов астроцитом выделяли диффузные (G2), пилоцитарные (G1) и анапластические (G3). В группу диффузных были включены фибриллярные, протоплазматические и гемистоцитарные. Пилоцитарная астроцитома была верифицирована у 1 (1,9%) пациента и субэпендимарная гигантоклеточная астроцитома (G1) – также у 1 (1,9%) больного. В 18 (33,3%) наблюдениях верифицирована анапластическая астроцитома. Диффузные астроцитомы – группа диффузно-инфильтративных опухолей представленных хорошо дифференцированными астроцитами. Среди диффузных (25/46,3%) были выделены: гемистоцитарные (10/40%), фибриллярные (7/28%), фибриллярно-протоплазматические (6/24%), протоплазматическая (1/4%) и фибриллярно-гемистоцитарная (1/4%). В 5 (20%) из диффузных астроцитом выявлены фокусы анаплазии. В 9 (16,7%) случаях гистологический вариант астроцитом не был указан, но отмечены анапластические изменения в 2 (22,2%).

Эпендимома была диагностирована у 7 (4,2%) пациентов, возраст которых варьировал от 29 до 52, средний составил $36,5 \pm 1,8$ лет. Среди пациентов незначительно преобладали мужчины (мужчин – 5, женщин – 2) в соотношении 2,5:1,0. В 3 (42,9%) случаях опухоль локализовалась в области задней черепной ямки, в 2 (28,6%) наблюдениях – в спинном мозге, в 1 (14,3%) случае – в височно-лобно-теменной области и в 1 (14,3%) – в лобной доле большого полушария. Светлоклеточный вариант выявлен – в 1 (14,3%) миксопапиллярно-анапластический вариант – в 3 (42,9%) случаях.

Олигодендроглиома была верифицирована у 3 (1,7%) пациентов, возраст которых варьировал от 47 до 55, средний составил $52,6 \pm 2,8$ лет. Среди пациентов преобладали мужчины, в соотношении 2:1. Во всех случаях опухоль локализовалась в левом полушарии с поражением височной (1/33,3%), лобной (1/33,3%) доли и височно-затылочно-теменной (1/33,3%) области головного мозга. У 2 (66,7%) пациентов верифицирован анапластический вариант.

Заключение. Нейроэпителиальные опухоли с равной частотой развивались у мужчин и женщин, средний возраст заболевших составил $47,2 \pm 2,7$ лет. Глиобластома – наиболее часто диагностируемая нейроэктодермальная опухоль головного мозга (61,9%). До 79,8% (134) НЭО головного мозга представлены высоко злокачественными вариантами (G 3-4) на момент морфологической верификации.

Информация о внедрении результатов исследования. По результатам исследования опубликована 1 статья в сборнике материалов 70-й научно-практической конференции студентов и молодых ученых, 1 тезис доклада, получен 1 акт внедрения материалов в учебный процесс кафедры патологической анатомии учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Литература

1. Недзведзь, М.К. и др. Патологическая анатомия: учебное пособие / М.К. Недзведзь, Е.Д. Черствый. – Минск: Выш.школа, 2011. – 640с., [16] цв. вкл.:ил. – с. 175-181
2. Черствый, Е. Д. и др. Лекции по патологической анатомии. – Минск: АСАР, 2006. – 463 с.: ил. – с 142-151
3. Haberland, C. Clinical neuropathology: text and color atlas, 1st edition/ C. Haberland // Demos Medical. – 2006. – 325p.
4. Prayson, R.A. Brain tumors (Consultant pathology) / R.A. Prayson, M.L. Cohen, B. K. Kleinschmidt-DeMasters // Springer Publishing Company. – 2009. – 224p.
5. World Health Organization Classification of of tumours of the central nervous system / Edited by D.N. Louis, H. Ohgaki, O.O.Wiestler, W.K. Cavenee. – IARCPress, Lyon, 2007. – p. 8–151.

Репозиторий БГМУ