

## Нові технології в діагностиці та лікуванні пухлин головного мозку

### Иновационные технологии в диагностике и хирургическом лечении супратенториальных глиом медианной и парамедианной локализации

Розуменко В.Д., Шевелёв М.Н.

*Институт нейрохирургии  
и.м. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины,  
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32  
тел. +380 44 4839219,  
e-mail: roz.vlad@neuro.kiev.ua*

**Введение.** Современные возможности нейровизуализирующих методов диагностики (КТ, МРТ, фМРТ, АГ, ОФЭКТ, ПЭТ) позволяют на дооперационном этапе получить информацию о локализации процесса, особенностях взаимоотношения опухоли с окружающими функционально важными и медианными мозговыми структурами, определить направление роста опухоли, степень поражения жизненно-важных структур мозга, получить представление о гистобиологических свойствах опухоли.

Основная цель хирургических мероприятий состоит в максимальном удалении опухолевой ткани с обеспечением фактора эффективной внутренней декомпрессии. Операции проводятся с применением микрохирургической техники, прогрессивных ультразвуковых и лазерных технологий, современных методов гемостаза (Сержисел\*, ТахоКомб). Современные возможности лучевого воздействия (линейный ускоритель, циклотрон, брахитерапия), дополненного противоопухолевой химиотерапией, позволяют достичь определённой стабилизации процесса.

**Материалы и методы.** Вопросы хирургической тактики рассмотрены на материале 570 наблюдений. Компьютерная томография во всех случаях выявила распространение процесса в медианные структуры мозга. МРТ — исследование было проведено в 64%, ОФЭКТ в 31% случаев. В 44% случаев опухолевый рост сопровождался развитием гипертензионного синдрома.

**Результаты.** Проведено максимально возможное удаление опухоли с уменьшением её объёма главным образом, за счет опорожнения опухолевых кист в 18 % наблюдений, удаление зоны некроза в 36%, дополнительное обеспечение факторов внутренней декомпрессии путём аспирации перифокальной зоны, представленной деструктивным отёком в стадии “расплавления” в 68% наблюдений. В 35%, при врастании опухоли в полость бокового желудочка, проведена порэнцефалия в области заблокированного расширенного участка. У 88 больных операции проводили с применением излучения АИГ-неодимового лазера, у 4 — излучения CO<sub>2</sub> лазера, у 17 — излучение АИГ-неодимового и CO<sub>2</sub> лазеров носило сочетанный характер, у 68 больных использовалась ультразвуковая аспирация, у 76 — криогенные технологии. В 71 наблюдении (15,8%) при распространении опухоли в область прозрачной перегородки, обширного поражения мозолистого тела, подкорковых структур, что

сопровождалось гидроцефальным синдромом, была произведена ликворощунтирующая операция.

**Выводы.** Применение современных методов диагностики и адекватного хирургического вмешательства с применением микрохирургической техники, прогрессивных ультразвуковых и лазерных технологий, современных методов гемостаза, нейрореанимационного мониторинга в послеоперационном периоде позволяет повысить эффективность лечения больных с глиомами полушарий головного мозга, распространяющихся в медианные структуры, с обеспечением качества жизни.

### Современные иммунотерапевтические технологии при лечении злокачественных опухолей

Лисяный Н.И.

*Институт нейрохирургии  
и.м. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины,  
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32  
тел. +380 44 4838193,  
e-mail: Lisyanyi@neuro.kiev.ua*

Иммунотерапия как метод лечения злокачественных опухолей имеет большую историю, хотя эффективность ее желает быть лучшей. На современном этапе развития онкоиммунологии можно выделить несколько новых технологий в применении иммунотерапевтических методов.

1) собственно иммунотерапия, когда с помощью специфических (вакцин, иммуноцитотоксинов, антител) и неспецифических (геновакцин, цитокинов, активированных клеток) экзогенных препаратов воздействие направлено на прямое уничтожение опухоли;

2) стимуляция противоопухолевого иммунного ответа опухоленосителя, достигаемая за счет гиперактивации отдельных звеньев иммунной системы больного, приводящая к гиперпродукции цитотоксических лимфоцитов и цитокинов типа интерферона, фактора некроза опухолей, специфических антител, которые осуществляют цитотоксическое воздействие на опухоль;

3) иммунокоррекция нарушенных иммунных функций организма, возникающих в результате роста в организме опухоли и применяемых хирургических, химио и лучевых методов лечения, когда нормальное или субкомпенсированное состояние иммунной системы является залогом успешного проведения других методов лечения;

4) опухольмодифицирующая иммунотерапия, когда иммуностимулирующие препараты прямо или посредством ростостимулирующих, цитотоксических или апоптозиндукцирующих сигналов, исходящих из собственной иммунной системы повышают чувствительность опухолевых клеток к химио, лучевой терапии или усиливают апоптотические процессы в опухолевых клетках.

Каждая из описанных выше технологий иммунотерапии являются самостоятельным направлением,