

Методи. Попередньо в експерименті *in vitro* напрацьовані параметри пошкоджуючої дії ЕХЛ впливу с формуванням вогнища руйнації не зміненої (контроль) мозкової речовини. Проведена оцінка ступеню постлітчного патоморфозу (загально оглядові та спеціальні гістологічні методики) при ЕХЛ монополярними електродами в різних режимах (відстань між електродами — від 10 до 15 мм; сила току — від 70 до 90 мА; експозиція — від 5 до 20 хв.; глибина занурення електродів в тканини — від 4 до 10 мм

Результати. Характер та обсяг ділянки ЕХЛ впливу гетерогенні у залежності від заданих умов експерименту. При дослідженні нервової тканини виявлено: зона руйнації має вигляд порожнини лінійної або конусоподібної форми, яка заповнена безструктурною глибокою еозинофільною масою (тканинний детрит), її розміри залежать від параметрів ЕХЛ впливу, особливостей цитоархітектоники тканини, генезу та ступеню злоякісності пухлини. Довкола цієї зони — зона некрозу та некробіозу, де визначаються “клітини-тіні” з вакуолізованими ядрами та спадною деструкцією відростків нейронів (гострий цитоліз), волокна утворюють стільникову структуру. За зоною некрозу і некробіозу знаходиться неоднорідна зона перифокального набряку з дистрофічними змінами (клітини вакуолізовані, анізоцитоз та анізоморфізм (гіперхромні та з дрібнодисперсною преципітацією хроматину), ядришки — не візуалізуються, розширені міжклітинні простори). Межі між визначеними зонами нечіткі. Механізми загибелі клітин — різні в залежності: від стадії ділення клітин, віддалення від зони впливу, біохімізму тканин.

Заключення. Подальші експериментальні дослідження (*in vitro* та *in vivo*) дозволять визначити оптимальні режими руйнуючого ЕХЛ-впливу на тканини мозку та пухлини.

Значення цитологічної діагностики в комплексі морфологічного дослідження при нейроонкології

Черненко О., Малишева Т.

*Інститут нейрохірургії
ім. А.П. Ромоданова АМН України,
м.Київ, 04050, вул. Мануїльського,32
тел. +380 44 4839208*

Застосування нових технологій в нейроонкології розширює діагностичні можливості. Пріоритет морфологічних досліджень — швидке та якісне встановлення нозологічного діагнозу (деталізація генезу, ступеню злоякісності, характеру поширення) та ознак патоморфозу пухлин нервової системи. Обсяг і характер пухлинної тканини, отриманий шляхом стереотаксичної пункційної біопсії (СПБ) може викликати певні труднощі при патоморфологічному дослідженні (ПГД). Терміни ПГД складають в середньому 10 діб.

Мета. Визначити можливості цитологічного методу в прискоренні і вдосконаленні ПГД.

Матеріал: біоптати пухлин головного мозку отримані при нейрохірургічних втручаннях (СПБ- 6): астроцитом диференційованих — 14, анапластичних астроцитом — 14, гліобластом — 16, олігодендроцитом — 2, анапластичних олігодендроастроцитом — 8, епендіомом — 3, анапластичних епендіомом — 4, медуллобластом — 12, лімфом — 3, метастатичних епітеліальних пухлин — 7.

Методи. Загально оглядові гістологічні та паралельні цитологічні дослідження (відбитки і мазки) забарвлені по Папенгейму і гематоксиліном.

Встановлено. В цитологічних препаратах клітини диференційованих астроцитом мають видовжену форму (9–14мкм), вузьку цитоплазму, тонкі паростки (2–10), довжиною 6–20 мкм. Ядра містять 1–4 дрібних ядерця. В анапластичних астроцитомах — ознаки клітинного, ядерного поліморфізму, збільшення кількості ядерця (3–5). Відмінністю гліобластом є анізоцитоз (розміри клітин 14–109мкм), анізоморфізм (багатоядерні клітини), активовані судини. Значна кількість мітозів (в т.ч. атипичних). Збільшені в розмірах ядерця — 2 до 7. В медуллобластомах можна виділити декілька варіантів будови клітин. Епендіомоми та олігодендроцити мають свої особливості будови ядра і цитоплазми, клітинних взаємодій. Епітеліальні пухлини вірогідно відмінні від гліальних новоутворень.

Заключення. При цитологічному дослідженні особливості будови окремих клітин пухлин можна проаналізувати в день операції. Колегіальне обговорення та співставлення результатів діагностичних, клінічних і морфологічних особливостей сприятиме взаєморозумінню і вірогідній оцінці морфологічного діагнозу. Вдосконалення методик ПГД (цитологічних та імунофенотипування) підвищить якість діагностики і можливості деталізації схем лікування в нейроонкології.

Менінгіоми петроклиивальної локалізації. Особливості хірургічного лікування

**Трош Р.М., Оніщенко П.М., Гудков В.В.,
Лисяний О.М., Федірков В.О.**

*Інститут нейрохірургії
ім.акад.А.П.Ромоданова АМН України,
м.Київ, 04050, вул.Мануїльського, 32
тел. +380 44 4862433,
e-mail: fedirkovol@ukr.net*

Вступ. Менінгіоми петроклиивальної локалізації, особливо з медіальним та суб-супратенторіальним розповсюдженням є одною з найбільш складних проблем в нейроонкології в плані їх хірургічного видалення.

Матеріали і методи. Досліджено анатомічні і мікротопографічні особливості менінгеом петроклиивальної локалізації на блок-препаратах мозку (7). Проаналізовано інтраопераційні спостереження подібних новоутворень (240).

Результати і обговорення За місцем походного росту пухлини розподілялись: верхніх відділів скату, верхівки та краю піраміди скроневої кістки (53%), нижніх відділів скату, краю великого потиличного отвору (26%), середніх відділів скату-грані піраміди (21%).

Визначено два переважаючих типи великого потиличного отвору(ВПО) за формою: 1)брахицефалічний, 2)доліхоцефалічний. При видаленні пухлин вентральної частини ВПО у випадку 1)типу достатньо було використання субокципітального вкрай латерального доступу без резекції конділярного виростку. При 2)типі ВПО для створення достатнього хірургічного вікна до його вентральних відділків необхідна була резекція S чи 1/3 конділярного виростку і зняття задньої половини югулярного пагорбку.

Виділено два основних типи росту менінгіом: 1)переважно дислокуючий, що зміщує судини і