

### Специфическая противоопухолевая иммунотерапия в лечении больных злокачественными глиомами

Олюшин В.Е., Филатов М.В.,  
Улитин А.Ю., Маслова Л.Н., Сафаров Б.И.,  
Петров А.А., Фадеева Т.Н.

Российский нейрохирургический институт  
им. проф. А.Л. Поленова,  
Россия, г. Санкт-Петербург, 191104,  
ул. Маяковского, 12  
тел. +7 812 2739802, 2729819,  
e-mail: Ulitinaleks@mail.ru,  
Петербургский институт ядерной физики  
им. Б.П. Константинова

**Введение.** Неудовлетворенность результатами лечения злокачественных глиом заставляет искать новые методы терапии.

**Материалы и методы.** Использован оригинальный метод специфической противоопухолевой иммунотерапии (СПТ), включающий три составные части: 1) дендритные клетки, полученные in vitro из аутологичных моноцитов больного с введенными в них антигенами собственной опухоли пациента; 2) активированные аутологичные лимфоциты; 3) лизат клеток опухоли. Приводятся результаты лечения 31 больного глиальными опухолями за период 2003–2005гг.

**Результаты.** Большинство пациентов (19) получили 1 курс лечения, 2 курса лечения проведено 10 больным, 3 курса — одному пациенту и 5 курсов одному больному глиобластомой. Полный ответ на лечение отмечен у 6 больных (у 2 больных с первичной глиобластомой, у 2 — с анапластическими астроцитомами, у 1 больной с диффузной астроцитомой и у 1 больной эпендимомой), частичный ответ — у 8 больных. Терапия оказалась неэффективной у 17 больных с продолженным ростом опухоли, но продолжительность жизни их была несколько больше, чем у больных, не получавших СПТ. Данный анализ отдаленных результатов в применении СПТ в комплексном лечении больных глиомами показал ее достаточно высокую эффективность у 46% пациентов, причем у 20% больных был достигнут полный ответ на проведенное лечение. Заключение. СПТ имеет определенный потенциал в комплексном лечении злокачественных глиом.

### Критерии диагностики продолженного роста супратенториальных глиом головного мозга при повторных оперативных вмешательствах

Розуменко В.Д., Мосийчук С.С.

Институт нейрохирургии  
им. акад. А.П. Ромоданова,  
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32  
тел./факс +380 44 4839219,  
e-mail: roz@neuro.kiev.ua

**Цель.** Оперативные вмешательства при продолженном росте глиальных опухолей головного мозга представляют определённую сложность для нейрохирурга в плане прогнозирования результатов лечения. Целью работы является анализ диагностических

критериев, оказывающих оптимальное влияние на результат хирургического лечения.

**Материалы и методы.** В группу наблюдения вошли 194 пациента. У 37 из них (19 %) диагностированы глиомы II степени анаплазии, у 98 (51%) — анапластические глиомы (III, III–IV степени), у 59 (30%) глиобластомы (IV степени). Преимущественное поражение одной доли мозга наблюдалось в 42% случаев, двух долей — в 31%, трёх долей — в 27%. Поражение медианных образований отмечено у 62 больных (32%), функционально важных областей — у 49 (25%). В качестве интраскопической диагностики наиболее целесообразным представлялась КТ с внутривенным введением контрастного вещества (в отдельных случаях — МРТ). Для повторной операции отбирались больные с преимущественно конвексигальным расположением опухоли, вызывающей неврологический дефицит в основном за счет компрессии кортикальных и срединных структур, перифокального отёка. Учитывалась также хирургическая доступность, особенности распространения в соседние доли мозга, степень поражения медианных образований. Преобладание клинических признаков продолженного роста с гипертензионным синдромом являлось решающим при выборе хирургического лечения.

**Результаты.** Регресс неврологической симптоматики отмечен у 159 больных (82%), у 28 (14%) неврологический статус остался на дооперационном уровне, у 7 (4%) отмечался стойкий неврологический дефицит в виде нарушения зрительных, сенсомоторных, речевых функций и т.д. Показатели KPS при этом улучшились у 151, остались без изменений у 34, снизились у 9 больных.

**Выводы.** Показаниями к проведению повторной операции по поводу продолженного роста интрацеребральной глиомы являются:

- клиническая манифестация гипертензионного синдрома с тенденцией к прогрессированию;
- появление и нарастание очагового неврологического дефицита;
- картина опухолевой прогрессии по данным КТ и МРТ в виде масс-эффекта, смещения структур средней линии, нарушения ликворооттока, признаков распада или кровоизлияния в ткань опухоли; нарушение гематоэнцефалического барьера, наблюдаемое в результате роста новообразованных сосудов и перитуморального отёка, визуализируется с помощью внутривенного введения контрастного вещества.
- отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии с учётом возраста, соматического статуса, длительности периода ремиссии, функционального показателя по KPS.

Дифференцированный подход при подборе пациентов с рецидивами интрацеребральной глиомы является обязательным условием успешной проведенной операции и позволяет достичь благоприятных результатов лечения и улучшения качества жизни больных.