



EURASIAN JOURNAL OF

---

**MEDICAL AND  
NATURAL SCIENCES**



# EURASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES

Innovative Academy Research Support Center

[www.in-academy.uz](http://www.in-academy.uz)



**Innovative Academy  
Research Support Center**

## **EURASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES**

**Journal has been listed in different indexings**



**The official website of the journal**

[www.in-academy.uz](http://www.in-academy.uz)

**Tashkent**



## TAHRIRIYAT

Tahririyat 1415-sonli  
guvohnoma asosida  
faoliyat yuritadi.



(Tekshirish uchun  
skanerlang. Maxsus  
kod: 4750)

**Bosh muharrir**

**Mamatqulov Zuhrudin Urmonovich**

Toshkent farmatsevtika instituti Sanoat farmatsiyasi fakulteti dekani, PhD

**Mas'ul kotib**

**Umarova Firuza Alisherovna**

Toshkent farmatsevtika instituti Magistratura bo'limi boshlig'i, farmatsevtika  
fanlari nomzodi, dotsent

**Nashrga tayyorlovchi**

**Akbarov Nurislom Axtamjon o'g'li**

Toshkent farmatsevtika instituti

**Akbarova Dilafuz Axtamjon qizi**

O'zbekiston Davlat Jahon tillari Universiteti

## TAHRIR KENGASHI A'ZOLARI

**Kariyeva Yoqut Saidkarimovna**

Toshkent farmatsevtika instituti dori turlari texnologiyasi  
kafedrasini mudiri, farmatsevtika fanlari doktori, professor.

**Mullajonova Manzura Toxirovna**

Toshkent farmatsevtika instituti Ilmiy tadqiqot, innovatsiyalar va ilmiy  
pedagog kadrlar tayyorlash bo'limi boshlig'i, farmatsevtika fanlari  
nomzodi, dotsent.

**Maksudova Firuza Xurshidovna**

Toshkent farmatsevtika institutining «Dori turlari  
texnologiyasi» kafedrasini dotsenti, farmatsevtika fanlari doktori.

**Nuridullayeva Kamola Negmatillovna**

Toshkent farmatsevtika instituti farmakognosiya va dori vositalarini  
standartlash kafedrasini dotsenti. PhD

**Qodirov Raximjon Boltaboyevich**

Z.M. Bobur nomidagi Andijon davlat universiteti geografiya kafedrasini  
mudiri, geografiya fanlari nomzodi, dotsent

**Ko'charova Inobat Sharofovna**

Toshkent Farmatsevtika instituti Organik va biologik kimyo  
kafedrasini katta o'qituvchisi, biolgiya fanlari nomzodi.

**Turdiyeva Zilola Vaxabjanovna**

Toshkent farmatsevtika instuti «Dori vositalarining sanoat  
texnologiyasi» kafedrasini v.v.n dotsenti, PhD

**Rajapov Alisher Jumaboyevich**

Toshkent farmatsevtika instituti, PhD

**Shermatova Iroda Baxtiyorovna**

Toshkent farmatsevtika instituti, PhD

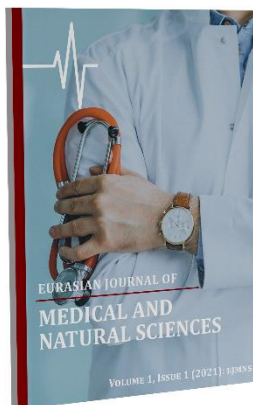


## MUNDARIJA | TABLE OF CONTENTS | СОДЕРЖАНИЕ

1.	<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ</b> Саламова Лола Абдурахимовна	1
2.	<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КРЕМА RUX ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА</b> Баратова Мавжуда Раимовна	5
3.	<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ</b> Нарзыкулов Рустам Марданович	12
4.	<b>ОПРЕДЕЛИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ МИКОЗОМ КРЕМОМ ТЕРБИЗИЛ</b> Нарзыкулов Рустам Марданович	18
5.	<b>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ</b> Орипов Рустам Анварович	24
6.	<b>APPLICATION OF VIFIRON FOR LOCAL TREATMENT OF HERPIS VIRUS</b> Oripov Rustam Anvarovich	30
7.	<b>ЛЕЧЕНИЕ ПАПУЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ МАЗЬЮ КУРАЛИМУС</b> Исламов Нурали Хикматович	33
8.	<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАКРОЛИМУСА ПРИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЗОВ</b> Исламов Нурали Хикматович	37
9.	<b>AKNE VULGARNIKSNI DAVOLASH SAMARALIGINI VAHOLASH</b> Tillokabilov Ismoil Baxadirovich	41
10.	<b>XLAMIDIA BILAN BO'LGAN URETROGEN PROSTATITNI DAVOLASH</b> Ashirov Zaxid Fayazjonovich	45
11.	<b>SOG'LIQNI SAQLASHGA MOLIYAVIY RESURSLARNING SARFLANISHINI O'RGANISH</b> Isroilova Sohiba Buriboevna	49
12.	<b>EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF GENITAL HERPES IN ADULTS</b> Mamedov A.N.	55
13.	<b>METHODS OF TREATMENT AND DIAGNOSIS OF LICHEN PLANUS</b> Mamedov A.N.	59
14.	<b>МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЕРДЦА И ИХ ИЗМНЕНИЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЭТИЛОВОГО СПИРТА</b> Зиёдуллаев Максуд Махмудович, Ильясов Азиз Саидмуратович	62
15.	<b>FEATURES OF PHYSICAL EDUCATION FOR PRESCHOOL CHILDREN IN THE UNITED STATES</b> A.N.KHolova	68
16.	<b>INTRAZONALITY OF GINGIVITIS IN CHILDREN LIVING IN ANDIJAN REGION</b> Atakhonov A.A.	73
17.	<b>BOLALARDA OG'IZ BO'ZISH SHILLIQ QATLAMI KASALLIKLARI TUZILISHINI YOSH BO'YICHA XUSUSIYATLARI</b> Ataxanov Azizbek Abdusalomovich	77
18.	<b>SAMARBONU IJODIGA OID DASTLABKI IZLANISHLAR</b> Toshquvatova Mashhura Aktam qizi	81



19.	<b>CONGENITAL HEART DISEASE - CAUSES, CLASSIFICATION, DIAGNOSIS, TREATMENT, COMPLICATIONS, CONSEQUENCES</b> Tohirova Jayrona Izzatillo qizi, Ibragimov Biloliddin Isomiddin og'li, Shernazarov Farrukh Farkhod og'li	84
20.	<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АСТРОЦИТОМ МОЗЖЕЧКА РАННЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ПЕРИОДЫ У ДЕТЕЙ</b> Ашрапов Ж.Р., Асадуллаев У.М., Сидикхуджаев С.А	90
21.	<b>ХОМ – ASHYOLARDAN TAYYORLANGAN ADSORBENTLAR KOMPOZITSIYASIDA PARAFINNI TOZALASH TEXNOLOGIYASINI ISHLAB CHIQISH</b> Oripov Husniddin Raxmidin o'g'li	96
22.	<b>ВАЖНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ОТПРАВЛЕННЫХ COVID 19, ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ</b> Мухаммадиев Фазлиддин Нурисломович, Шохимардонов Шахбоз Исомитдинович, Курмашова Джамиля Камеловна, Мустанов Жавоҳир Абдусамат Ўғли, Норқобилов Шахобиддин Юльчиевич	100
23.	<b>COMPARATIVE APPROACHES IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF PERITONEAL ADHESIONS IN CHILDREN</b> Berdiyev Ergash Abdullayevich, Sag'dullayev Narzullo Norkeldi o'g'li, Kaxxorov Shavkat Ibroxim ugli, Ashurov Sirojiddin Eshonqul o'g'li, Xolbekov Baxtiyor Baymanovich	104
24.	<b>RESULTS OF USING ADENO RITZ IN BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA IN YOUNG MEN</b> Masharipov F.S., Sadullaev A.F., Atakhonov M. M.	108
25.	<b>МЕХАНИЗМ ОСНОВНЫХ ХИМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В АЗОТСОДЕРЖАЩИХ СОЕДИНЕНИЯХ ПРИ СИНТЕЗЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ</b> Джумаева Махфуза Каюмовна	114
26.	<b>KIMYO FANINI O`QITISHDA DIDAKTIK O`YINLI DARSLARNING TURLARI VA ANAMIYATI</b> Shonazarova Nargiza Ulug'bek qizi, F.S.To`xtayev	119
27.	<b>БИОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ СИНТЕТИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ</b> Маликова Гулчехра Юлдашевна	123
28.	<b>МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО СБОРА НА ОБМЕН ЛИПИДОВ В НОРМЕ И ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ДИАБЕТЕ</b> Маликова Гулчехра Юлдашевна	134
29.	<b>ACTUALITY AND DIRECTIONS FOR THE FORMATION OF A HEALTHY LIFESTYLE AMONG STUDENTS</b> Rustamova Rano Parpievna	139
30.	<b>ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ</b> Кадырбеков Р.Т., Кадырбеков Н.Р., Ахмедиев Т.М., Сиздикходжаев С.А.	147



## ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Кадырбеков Р.Т.<sup>1</sup>, Кадырбеков Н.Р.<sup>2</sup>,  
Ахмедиев Т.М.<sup>3</sup> Сиздикходжаев С.А.<sup>4</sup>

<sup>1-2</sup>Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр нейрохирургии

<sup>3-4</sup>Ташкентская медицинская академия  
г. Ташкент, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6417082>

### ИСТОРИЯ СТАТЬИ

Принято: 15 марта 2022 г.

Утверждено: 20 марта 2022 г.

Опубликовано: 25 марта 2022 г.

### КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

злокачественные  
глиомы, радикальность,  
нейтрон захватная  
терапия.

### АННОТАЦИЯ

В статье анализируются результаты комплексного лечения злокачественных глиом головного мозга у 209 больных оперированных в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нейрохирургии МЗ РУз за период с 2017 по 2020гг. Выявлена корреляция между гистологической принадлежностью опухоли и степенью её резекции. Наиболее чаще встречались злокачественные глиомы (Grade III, IV), в т.ч. больные с анапластической астроцитомой (32,0±4,2% случаев). В основном произведены субтотальные резекции. Благоприятное течение послеоперационного периода отмечено у 74,1% больных. Облучение биоптатов нейтронзахватной терапией гадолинием проведенные в институте ядерной физики АН РУз показали приемлемые показатели некроза ткани.

**Введение.** Известно, что онкологические заболевания занимают третье место в числе причин смертности [1,5]. Злокачественные глиомы (ЗГ) головного мозга имеют ограниченную распространенность среди всех онкологических заболеваний, однако локализация и особенности течения заболевания обуславливают высокую смертность, инвалидизацию больных, психические нарушения и формирование неврологического дефицита, что определяет их медико-социальную значимость. Эпидемиологическими исследованиями доказана относительная распространенность и выраженная в мире тенденция роста

заболеваемости опухолями головного мозга [6,7,9].

Подход к лечению ЗГ представляет одну из наиболее сложных, социально важных, и в тоже время окончательно неразрешённых проблем нейроонкологии. Лечение вышеуказанных новообразований ограничивается их способностью к инфильтративному росту с прорастанием в зоны мозга с высокой функциональной значимостью и значительной резистентностью к большинству методов лечения. Всё это делает их радикальное удаление затруднительным. Однако, именно это биологическое свойство определяет лечебную тактику, выбор метода и



способа хирургического вмешательства, послеоперационные функциональные результаты. Нерешенной остается проблема целесообразности максимального радикализма при удалении глиальных опухолей, что в свою очередь влияет на сроки рецидивирования, динамику и глубину неврологического дефицита, качество жизни больных [4,11]. В связи с этим, одна из важнейших целей всей системы медицинской помощи в нейроонкологии - это восстановление или, как минимум, сохранение качества жизни пациентов.

Среди всех новообразований центральной нервной системы глиомы занимают ведущее место, составляя, по различным оценкам, 40-45% всех интракраниальных опухолей [5,7]. Около 70% первичных опухолей головного мозга представлены различными глиомами, из них более половины на момент постановки диагноза уже имеют высокую степень злокачественности (high grade gliomas; WHO grade III-IV степени по классификации Всемирной организации здравоохранения). Условно доброкачественные глиомы (low grade gliomas; WHO grade I-II степени по классификации ВОЗ) наблюдаются сравнительно редко: в США ежегодно регистрируется не более 1500 пациентов [9].

В последние 5 лет применение стандартной схемы лечения у больных с мультиформной глиобластомой, включающей максимальную резекцию опухоли, лучевое лечение СОД 60 Гр и химиотерапию темозоломидом позволило увеличить среднюю выживаемость до 14,2 месяцев [10,14]. Впервые нейтронзахватная терапия (НЗТ) для лечения злокачественных новообразований была предложена Лочером в 1936 г. [10,13]. Нейтронзахватная терапия к настоящему времени показала

обнадеживающие результаты при лечении злокачественных опухолей головного мозга человека. Разработка и применение нейтронной терапии может оказаться ценным добавлением в спектр инструментов практической лучевой терапии для нашей Республики. Разрабатывается технология гадолиний нейтронзахватной терапии (GdНЗТ) злокачественных опухолей головного мозга человека для клинической практики.

Все вышеуказанные положения послужили аргументами для выполнения данной работы.

**Цель исследования.** Изучить результаты хирургического лечения нейроэпителиальных опухолей головного мозга супратенториальной локализации, преследующих не только удаление новообразований, но и сохранение удовлетворительного качества жизни пациентов с последующим морфо-радиологическим анализом опухолевой ткани под воздействием НЗТ.

**Материалы и методы.** В качестве объекта исследований приняты данные по 209 больным со ЗГ (Grade II-IV по классификации ВОЗ 2000 года), оперированными в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нейрохирургии МЗ РУз за период с 2017 по 2020гг. Больным проведено комплексное обследование, включающее клиничко-неврологический осмотр, осмотр смежных специалистов (осмотр глазного дна, нейроофтальмологическое обследование, вестибулограммы), инструментальные методы исследования (МСКТ, МРТ головного мозга, трактография проводящих путей, по показаниям контрастное исследование и ангиография интракраниальных сосудов), микрохирургическое удаление опухоли, гистологическая верификация биоптата



и последующее облучение нейтрон захватной установкой на базе Института ядерной физики АН РУз.

**Результаты и обсуждение.** Изучение размеров опухолей супратенториальной локализации методами нейровизуализации (МСКТ, МРТ) показало, что при выявлении новообразования более чем у половины обследованных пациентов (115 больных или 55,0% случаев) опухоль имела размеры от 35 до 83 мм, при этом средний объем опухоли составил  $81,5 \pm 6,3$  мм<sup>3</sup>. Из общего числа 209 обследованных пациентов 122 (58,4%) поступили в стационар в нестабильном субкомпенсированном и декомпенсированном состоянии, остальные 87 (41,6%) были в различной степени клинической компенсации.

Проанализированы исходы заболевания 209 больных со ЗГ головного мозга. По гистологической природе были выявлены следующие разновидности глиом: G2 - фибриллярная протоплазматическая астроцитома, олигодендроглиома, пилоидная астроцитома, полимиксоидная астроцитома, олигоастроцитома; G3 - анапластическая астроцитома, анапластическая олигоастроцитома, анапластическая эпендимома; G4 - глиобластома (рис. 1). Живы к настоящему времени 174 (83,2%) больных. Нами изучена общая выживаемость (ОВ) и выживаемость без прогрессии (ВБП) больных со ЗГ: показатели трехлетней ОВ и ВБП с

анапластическими астроцитомами (АА) составили 69,4% и 41,6% соответственно, у пациентов с глиобластомой (ГБ) – 62,5% и 20,8%. Пятилетняя ОВ у пациентов с АА оказалась 48,6%, выживаемость без прогрессии – 20,8%. Ни один больной с ГБ не пережил пятилетний срок наблюдения. Медиана выживаемости у пациентов с АА оказалась 4,18 года, у больных с ГБ – 0,93 года.

Достоверно больше было больных с анапластической астроцитомой ( $34,4 \pm 4,2\%$  случаев), чем других гистологических вариантов ( $p < 0,05$ ). К числу часто встречающихся видов опухолей следует также отнести глиобластома ( $22,9 \pm 3,5\%$ ). Фибриллярная протоплазматическая астроцитома, олигодендроглиома, пилоидная астроцитома, полимиксоидная астроцитома, олигоастроцитома объединены в одну группу (Grade II) и общая их частота встречаемости составила  $27,7 \pm 2,8\%$ .

При глиобластоме наиболее часто проводились субтотальные резекции ( $62,5 \pm 4,9\%$  от числа прооперированных с глиобластомой), тогда как частота частичных и тотальных операций существенно не различается.

При злокачественной эпендимоме применены, как правило, субтотальная и тотальная резекции. Тотальные операции чаще производят при фибриллярной астроцитоме (77,7% из числа операций при этом виде опухоли) и олигодендроглиоме (69,5%).



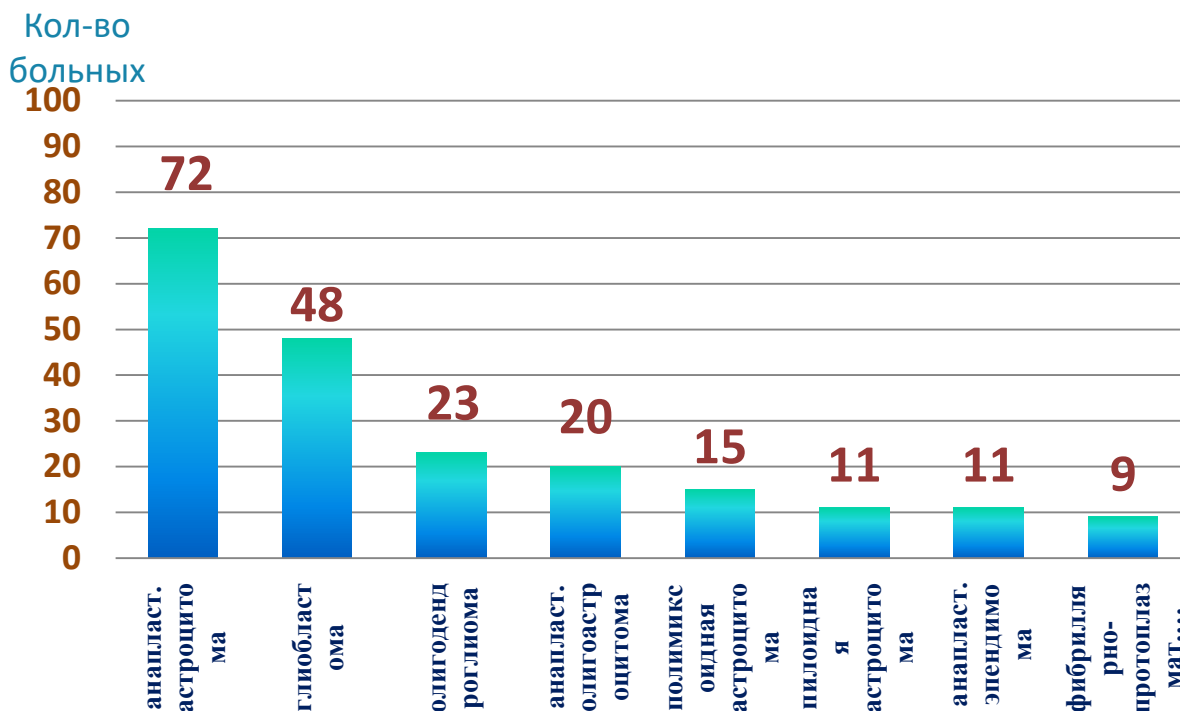


Рис. 1. Распределение гистологических вариантов опухоли.

При оценке роли хирургического метода лечения проведено сравнение выживаемости всех 209 пациентов со ЗГ в зависимости от объема оперативного вмешательства. Показатели ВБП у пациентов с полным удалением опухоли статистически значимо отличались от больных с остаточным новообразованием ( $p < 0,01$ ). Двухлетняя ВБП у данной группы больных составила 44%. Существенно ниже этот показатель оказался у пациентов с неполным удалением опухоли, составляя 14%.

Для большинства ЗГ был характерен инфильтративный рост, при котором клетки неоплазмы распространялись в мозговое вещество. Их прогрессия в условиях замкнутого пространства влекла за собой, помимо очаговой

неврологической симптоматики, развитие внутричерепной гипертензии, отека-набухания мозга, дислокации и вклинения его жизненно важных структур.

В раннем послеоперационном периоде важным является возможность прогнозирования исхода операции. Из выделенных возможных 4-х исходов (отсутствие динамики, улучшение и ухудшение состояния, смертельный исход) достоверным, относительно других, является улучшение состояния. Установлено, что в  $76,5 \pm 4,4\%$  наблюдали улучшение состояния, в  $8,2 \pm 1,9\%$  ухудшение и в  $11,5 \pm 2,9\%$  - отсутствие динамики и смертельный исход имел место в  $3,8 \pm 0,8\%$  случаев (рисунок 2).

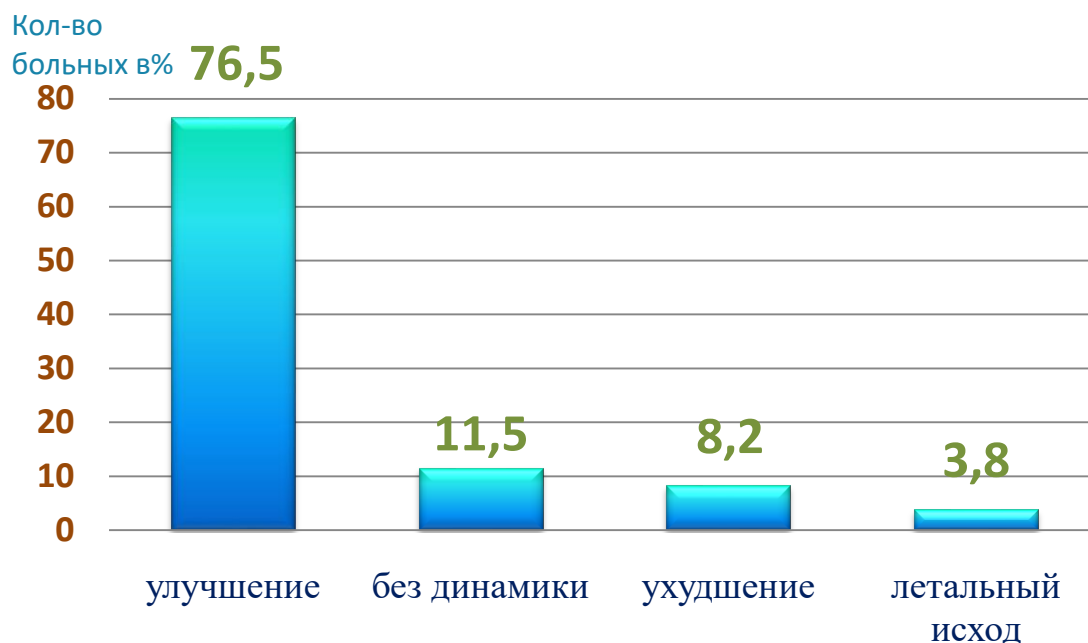


Рис. 2. Исход лечения больных со злокачественными глиомами.

Большое значение приобретают периоперационные электрофизиологические исследования двигательных функций прилежащей к опухоли мозговой коры с целью оптимизации хирургического доступа к новообразованию. Функциональная корковая картография путем прямой электрической стимуляции структур ЦНС устанавливает зоны медленноволновой активности в патологической ткани глиом. Сохранение высокого качества жизни при радикальном удалении глиом достигается путем применения МР-трактографии, позволяющей с высокой точностью определять локализацию проводящих путей в белом веществе мозга [2,3]. Перспективы в улучшении результатов лучевого лечения ЗГ и повышении безопасности облучения связаны с применением методик конформной лучевой терапии (ЛТ). 3D-облучение на современных линейных ускорителях позволяет подвести высокую дозу к опухолям сложной конфигурации и при этом на 30-40% уменьшить объем облучения здоровых тканей. Химиотерапия (ХТ) является

важным составляющим компонентом лечения высокозлокачественных астроцитом. Системная ХТ используется параллельно с проведением послеоперационной ЛТ и/или в адъювантном режиме [13,14]. Перспективы в ХТ внутричерепных опухолей имеет индивидуализация лекарственного лечения на основе молекулярно-генетического картирования опухоли. В настоящее время продолжается исследование *in vitro* в рамках внедрения в клиническую нейроонкологию метода нейтронзахватной терапии (НЗТ) на базе нейтронного генератора Института ядерной физики АН РУз. НЗТ является селективно энергетически деструктивно воздействующим методом на клетки опухоли. Данная методика внедряется в практику для лечения злокачественных новообразований головного мозга в РСНПМЦН МЗ РУз совместно с ИЯФ АН РУз и институтом онкологии и радиологии МЗ РУз. Проведено исследование с 2018 по 2020гг., включающее 56 больных со злокачественными новообразованиями

головного мозга. Эксперименты, проведенные на образцах, показали, что через 6 часов инкубации после облучения гистологический анализ не обнаруживает значительных изменений. Через 17 часов инкубации образцов после облучения был обнаружен некроз. Используемые в эксперименте образцы опухолевой ткани представляют собой опухоли различных видов, в том числе и опухоли с некротизированными участками. В соответствии со схемой эксперимента образцы отбираются во время

операции, данные гистологического анализа на этом этапе отсутствуют. Поэтому для того, чтобы выявить некроз, развившийся в опухоли до операции был введен в эксперимент дополнительный контроль. После операции часть удаленной опухоли сразу фиксируется в формалине для контроля. Этот контроль позволяет обнаруживать степень некроза, присутствующего до операции, и вычитать ее из степени некроза после облучения и инкубации образцов (рис. 1,2).

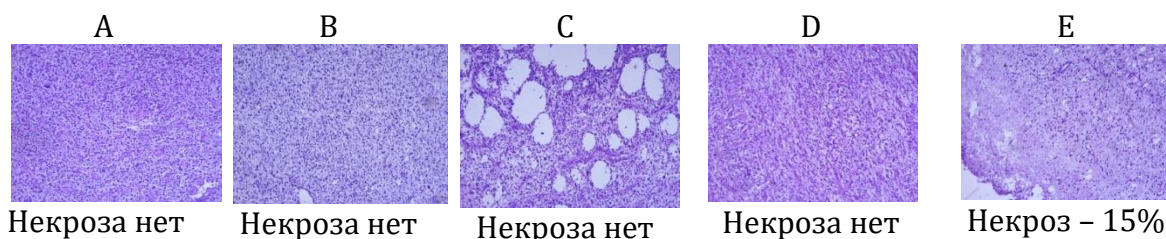


Рис. 1. Гистологический диагноз: анапластическая астроцитома.

А - Контроль – фиксация образца сразу после операции. В - Контроль – фиксация образца после инкубации в течение 24 часов. С - Облучение 5 Грей. D – Облучение 10 Грей. Е - Облучение 15 Грей.

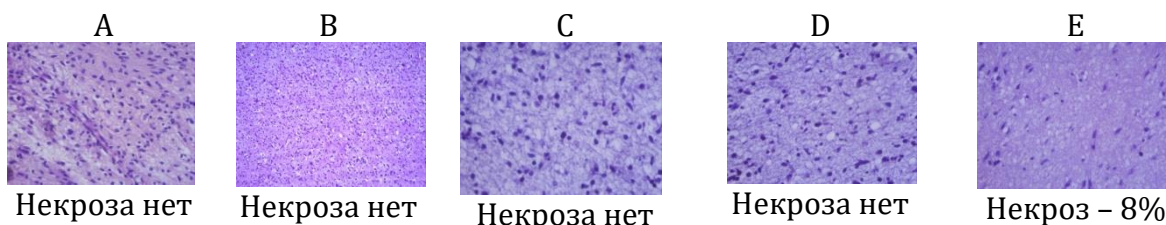


Рис. 2. Гистологический диагноз: анапластическая астроцитома.

А - Контроль – фиксация образца сразу после операции. В - Контроль – фиксация образца после инкубации в течение 24 часов. С - Облучение 5 Грей. D – Облучение 10 Грей. Е - Облучение 15 Грей.

Таким образом, в анализируемой группе пациентов с анапластической астроцитомой из 13 человек наблюдалось следующее распределение полученных данных по чувствительности к гамма-облучению: высокая чувствительность – 7 из 13 пациентов (53,8%); низкая

чувствительность - 3 из 13 пациентов (23,1%); резистентность - 3 из 13 пациентов (23,1%).

### Выводы.

Из числа наблюдаемых больных чаще прооперированы больные с анапластической астроцитомой, чем с опухолями, имеющими другой гистологический диагноз ( $p < 0,05$ ). К числу часто встречающихся видов опухолей следует также отнести глиобластому. Более доброкачественные варианты глиом



(Grade II) встречаются значительно реже ( $27,7 \pm 2,8\%$ ).

Степень радикальности операции при различных гистологических видах опухолей существенно отличается. При глиобластоме наиболее чаще проводятся субтотальные резекции ( $62,5 \pm 4,9\%$ ).

Тотальные операции чаще производят при олигодендроглиоме, фибриллярных астроцитомах и олигоастроцитомах.

НЗТ является селективно энергетически деструктивно воздействующим методом на клетки опухоли. В анализируемой группе пациентов с анапластической астроцитомой из 13 человек наблюдалось высокая чувствительность к гамма-облучению в 7 образцах ( $53,8\%$ ).

## Литературы:

1. Бельский К. К. Заболеваемость злокачественными глиомами головного мозга в Волгоградской области. Российский онкологический журнал. 2010; 4: 39–42.
2. Горяйнов С. А. Интраоперационная флуоресцентная диагностика и лазерная спектроскопия в хирургии глиом головного мозга. Автореф. дис... канд. мед. наук. М.; 2013.
3. Коновалов В.Н., Корниенко В.Н., Потапов А.А. и др. Общие принципы диагностики и лечения глиом головного мозга. Глава № 2 // В книге: Флуоресцентная навигация и лазерная спектроскопия в хирургии глиом головного мозга. Горяйнов С, Потапов А, Лощенков В, Савельева Т. Москва, Медиа Сфера, 2014, стр. 23-31.
4. Мартынов, Б.В., Парфенов В.Е., Свистов Д.В. Влияние вида и объема хирургического вмешательства на течение послеоперационного периода у больных с глиальными опухолями // Бюл. сиб. мед. – 2008. – Т. 7, № 5. – С. 231–236.
5. Олюшин В. Е. Глиальные опухоли головного мозга: краткий обзор литературы и протокол лечения больных. Нейрохирургия. 2005; 4: 41–7.
6. Савинцева Ж.И., Скворцова Т.Ю., Бродская З.Л. Современные методы нейровизуализации в дифференциальной диагностике лучевых поражений головного мозга у больных с церебральными опухолями // Лучевая диагностика и терапия – 2012. – Т.3, №.1. – С. 15–23.
7. Чудакова И.В., Григорьева В.Н., Рогожкин С.Б. Качество жизни больных опухолями головного мозга // Поленовские чтения: Всерос.науч.-практ.конф.- Спб., 2007. - С.225 – 226.
8. Ярёмченко Н.В., Телегина А.А., Берснев В.П. Клиника объемных образований головного мозга с эпилептическим синдромом // Современные аспекты диагностики и лечения заболеваний нервной системы: Материалы Всерос. науч.-практ. конф. – Саратов, 2004. – С. 271 – 273.
9. Fazeny-Dorner et al. Survival and prognostic factors of patients with unresectable glioblastoma multiforme // Anti-Cancer Drugs. – 2003. – Vol. 14(4). – pp. 305–312.
10. Houillier C, Lejeune J, Benouaich-Amiel A, Laigle-Donadey (2006). Prognostic impact of molecular markers in a series of 220 primary glioblastomas // Cancer. – 2006. – Vol. 106(10). – pp. 2218–23.
11. Laws E.R. et al. Surgical management of intracranial gliomas – does radical resection improve outcome? // Acta Neurochir. – 2003. – Vol. 85. – pp. 47– 53.
12. Polin R.S. et al. Functional outcomes and survival in patients with high-grade gliomas in dominant and nondominant hemisphere // J. Neurosurg. – 2005. – Vol. 102, № 2. – P. 276–283.



13. Tanaka H., Sakurai Y., Suzuki M. [et al.] Experimental verification of beam characteristics for cyclotron-based epithermal neutron source (C-BENS) // Applied Radiation and Isotopes. 2011. Vol. 69. P. 1642-1645.
14. Stupp R., Mason W.P., van den Bent M.J. et al. Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma // N Engl.J.Med. – 2005 - Vol. 10. - № 352. - P. 987-996.