

выживаемость составила 78,43 % ($p < 0,05$), 3-летняя общая выживаемость – 85,29 % ($p < 0,05$).

Таким образом, интраоперационная химиотерапия на аутосредах организма уменьшает частоту возникновения рецидивов, отдаленных метастазов опухоли, увеличивает 3-летнюю безрецидивную и общую выживаемость больных раком ободочной кишки.

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы:

1. Интраоперационная химиотерапия на аутосредах организма хорошо переносится больными, не увеличивает частоту послеоперационных осложнений, снижает уровень эндогенной интоксикации.

2. Применение интраоперационной химиотерапии на аутосредах организма в органосохраняющем лечении рака молочной железы T₁-2N₀-1M₀ позволяет достоверно уменьшить частоту возникновения loco-регионарных рецидивов, отдаленных метастазов опухоли, увеличить 3-летнюю безрецидивную выживаемость больных.

3. Применение интраоперационной химиотерапии на аутосредах организма в схеме комплексной терапии рака ободочной кишки позволяет уменьшить частоту рецидивов и метастазов опухоли, увеличить 3-летнюю безрецидивную и общую выживаемость больных.

Литература

1. *Переводчикова Н.И.* Новое в терапии колоректального рака. М., 2001.
2. *Тимофеев Ю.М.* // Рус. мед. журн. № 11. 2004. С. 653–656.
3. *Высоцкая И.В. и др.* Лечение ранних форм рака молочной железы. М., 2000.
4. *Парванова В.М., Пандова В.В., Гаранина З.М.* // Вопросы онкологии. 2001. Т. 47. № 1. С. 45–48.
5. *Фролов А.С., Шайдоров М.Р.* // Рос. онкол. журн. 2004. № 2. С. 45–46.
6. *Сидоренко Ю.С., Зинькович С.А., Сергостьянц Г.З.* // Лечение рецидивов и метастазов злокачественных опухолей и другие вопросы онкологии. М., 2003. С. 291–293.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт

28 июня 2005 г.

УДК 616.681-006.04:615-032.7

ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ АУТОПЛАЗМОХИМИОТЕРАПИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА

© 2005 г. *Ю.А. Семькин, Е.М. Непомнящая, О.Э. Назарова*

The paper present clinico-morphologic comparisons under neoadjuvant autoplasmochemo-therapy of testicular tumours.

Новообразования яичка по данным разных авторов составляют от 1 до 3 % от всех злокачественных новообразований у мужчин. В возрастной группе от 17 до 35 лет – это наиболее часто встречающаяся локализация опухолей [1]. Несмотря на визуальную доступность для ранней диагности-

ки, от 40 до 60 % больных, поступающих в стационары, имеют регионарные и/или отдаленные метастазы. Пятилетняя выживаемость, по данным Т. Kenichi, при III стадии рака яичка составляет 55–60 %, а смертность у больных II–III стадии на фоне комбинированного лечения – 27 % [2].

Дифференцированный подход к терапии герминогенных опухолей яичка связан с разделением их на две группы: семиномы и несеминозные опухоли (эмбриональный рак, тератобластома, опухоль желточного мешка и хориокарцинома). Данные гистологические типы обладают различной радио- и химиочувствительностью [3]. Опухоли яичка отличаются ранним метастазированием. Более чем в 90 % случаев метастазы имеют строение, идентичное первичной опухоли. Каждый тип клеток, представленный в новообразованиях яичка, способен к инвазии и метастазированию. Чаще всего поражаются забрюшинные лимфоузлы, являющиеся регионарными. Затем в порядке уменьшения легкие, печень, медиастинальные лимфоузлы и головной мозг. Основным путем метастазирования большинства опухолей яичка, за исключением хориокарциномы, является лимфогенный. Говоря о возможностях радикальных операций по удалению забрюшинных лимфоузлов, следует отметить сомнительную возможность полной санации забрюшинного пространства [4].

Полихимиотерапия является альтернативой оперативного вмешательства на забрюшинных лимфоузлах, а в отдельных случаях позволяет перевести больного из неоперабельного в операбельное состояние. В результате внедрения в практику таких препаратов, как этопозид и цисплатин, удалось значительно увеличить пятилетнюю выживаемость и уменьшить смертность, но отмечена высокая токсичность данных цитостатиков в виде осложнений со стороны почек и миелодепрессии. Для достижения клинического эффекта необходимо введение больших доз данных препаратов.

Именно этот факт побудил нас искать пути целенаправленного воздействия на имеющиеся метастазы, или профилактики возможного метастазирования. С целью улучшения непосредственных и отдаленных результатов лечения онкологических больных в РНИОИ были разработаны и клинически апробированы новые методы введения химиопрепаратов: аутолимфохимиотерапия, аутогемохимиотерапия, эндолимфатическая химиотерапия, введение препаратов на донорской плазме и лейкомассе [5].

В отделении онкоурологии Ростовского научно-исследовательского онкологического института с 2003 г. пациентам с верифицированными опухолями яичка проводится модифицированная эндолимфатическая аутоплазмохимиотерапия в сочетании с аутогемохимиотерапией. Всем больным с верифицированным раком яичка до или после выполнения фуникулоорхэктомии производится забор 100 мл крови в стерильный флакон. Методом центрифугирования кровь разделяется на плазму и форменные элементы. Надосадочная часть отбирается и в полученном объеме плазмы растворяется блеомицетин и циклофосфан. Во флакон с оставшейся плазмой и форменными элементами крови добавляется раствор платины. После

полного растворения препаратов полученные растворы инкубируются в термостате при температуре 37 °С в течение 40 мин. Затем последовательно выполняется эндолимфатическая инфузия препаратов, растворенных на аутоплазме больного, в лимфатический сосуд тыла стопы на стороне опухолевого процесса (рис. 1, 2). Внутривенно проводится аутогемохимиотерапия препаратами платины по стандартной методике.



Рис. 1. Увеличенные тазовые лимфоузлы



Рис. 2. Увеличенные забрюшинные лимфоузлы

По данной методике в отделении онкоурологии пролечено 18 больных герминогенными опухолями яичка с метастазами в забрюшинные лимфоузлы. Средний возраст пациентов составил 27 лет (от 17 до 51). Стадия N₁ отмечена – у 7, N₂ – у 9, N₃ – у 2 пациентов. Всем пациентам выполнены по 2 курса полихимиотерапии по предлагаемой нами методике с последующей фуникулоорхэктомией. После проведения неоадьювантной химиотерапии регрессия забрюшинных метастазов отмечена у 16 пациентов, стабилизация – у 2, прогрессирования не отмечено.

Наиболее ярким примером может служить больной М., 27 лет, и/б № 3649/г, поступивший в отделение урологии РНИОИ 20.02.04. При комплексном обследовании выявлены двусторонние опухоли яичек (слева диаметром 8,0 см, справа диаметром 11 см), с двусторонним поражением забрюшинных лимфоузлов до 12–15 см (рис. 1, 2). Опухолевый процесс был верифицирован в обоих яичках – незрелая тератома с элементами эмбрионального рака.

Пациенту были проведены 2 курса локорегионарной эндолимфатической аутоплазмохимиотерапии с введением химиопрепаратов в лимфатический сосуд тыла стопы с каждой стороны и последующей аутогемополихимиотерапией по обычной методике. После проведения химиотерапии данными РКТ и УЗИ выявлена полная регрессия забрюшинных лимфоузлов. Размеры опухолевых очагов в яичках уменьшились на 50 %. Выполнена двусторонняя фуникулоорхэктомия.

При гистологическом исследовании обоих яичек были выявлены следующие изменения. Мелкие немногочисленные комплексы эмбрионального рака располагались на фоне рыхлой и плотной волокнистой соединительной ткани. Терагоидный компонент опухоли был представлен элементами эндодермы в виде железистых структур типа кишечного эпителия и островками гиалинового хряща. Морфологическая картина позволя-

ла говорить о III степени терапевтического патоморфоза. Пациент находится в клинической ремиссии 11 месяцев (рис. 3а–г).

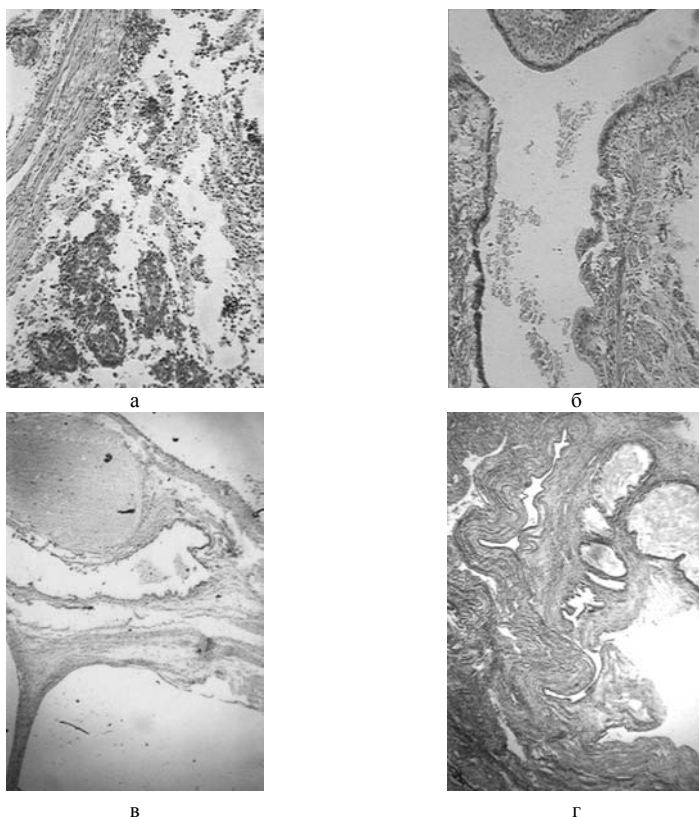


Рис 3. Морфологические изменения в злокачественной тератоме яичка под действием неоадьювантной эндолимфатической аутоплазмохимиотерапии: а – комплексы эмбрионального рака в тератоме; б – кишечный эпителий в железистых структурах; в – железистые структуры кишечного эпителия и гиалиновый хрящ; г – железистые структуры.

Окраска гематоксилином и эозином. а, б, г – $\times 100$, в – $\times 32$

Второе наблюдение касается больного С., 30 лет, и/б №3754/г, которому также проведена неоадьювантная эндолимфатическая аутоплазмохимиотерапия по разработанному методу, после чего выполнена высокая фуникулоорхэктомия слева. Гистологически определялись немногочисленные очаги клеток семиномы, окруженные лимфоцитарными элементами, отложения мелких глыбок солей кальция. Имели место мелкие поля полигональных эпителиальных клеток эмбрионального рака. Вся масса ткани яичка представлена плотной и рыхлой волокнистой соединительной тканью (рис. 4а–г). Морфологические изменения соответствовали III степени терапевтического патоморфоза.

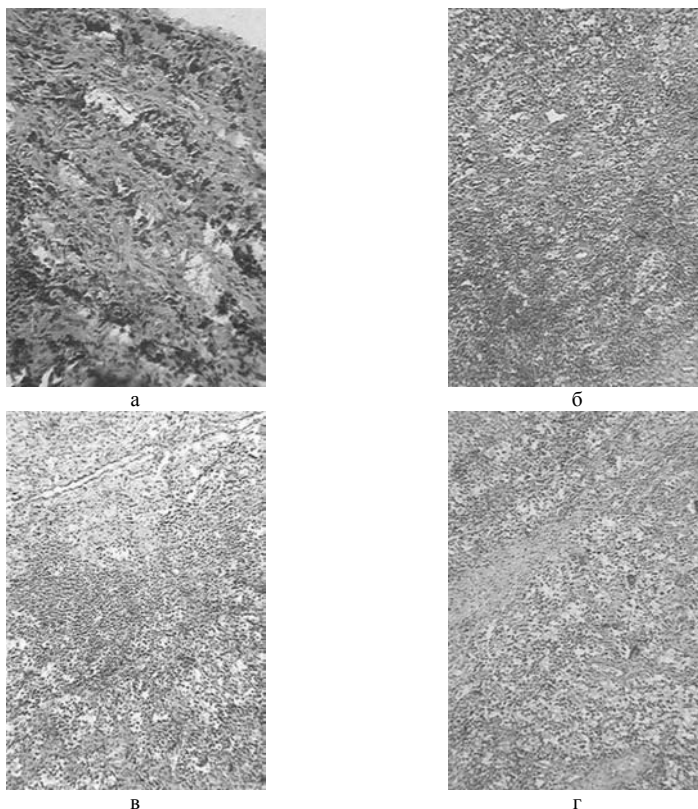


Рис. 4. Морфологические изменения в семиноме под действием неоадьювантной эндолимфатической аутоплазмохимиотерапии: а – клетки семиномы в фиброзной строме; б – клетки семиномы в фиброзной строме с сосудами; в – лимфоцитарная инфильтрация вокруг клеток семиномы; г – лимфоидная инфильтрация и мелкие глыбки солей извести, железистые структуры. Окраска гематоксилином и эозином. а – $\times 200$, б, в, г – $\times 100$

Таким образом, можно утверждать, что химиопрепараты, введенные на аутосредах, обладают более выраженной тропностью к опухолевым клеткам и меньшей токсичностью. А эндолимфатическая инфузия химиопрепаратов позволяет добиться подведения лекарственных средств непосредственно к имеющимся метастазам, что значительно повышает результаты лечения. Это служит основанием для проведения дальнейших исследований по применению локорегиональной модифицированной эндолимфатической аутоплазмохимиотерапии в лечении рака яичка.

Литература

1. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. М., 2003.
2. Kenichi T., Selichiro O. Clinical analysis of patients with high stage testicular cancer. 2001. P. 330

3. *Bokemeyer C. et al.* UICC Symposium on testicular cancer. Tubingen/FRG, 1999.
4. *Looijenga L.H.J., Oosterhuis J.W.* Pathogenesis of testicular germ cell tumors // *Rev Reproduction*. 1999. № 4. P. 90–100.
5. *Сидоренко Ю.С.* Авт.с. № 940379 от 23.02.1982 г. (Способ лечения рака). Б.И., 1982. № 7.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт

11 июля 2005 г.

УДК 615-032.7:616.82-006.04

НОВЫЙ СПОСОБ ИНТРАТЕКАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА АУТОЛИКВОРЕ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА

© 2005 г. *Ю.С. Сидоренко, С.В. Григоров, Д.П. Атмачиди*

The paper describes application of method of prolonged intrathecal chemotherapy on autoliquor in 9 patients with malignant tumours of spinal marrow (7 men and 2 women).

За более чем столетнюю историю нейрохирургии накоплен значительный опыт в диагностике и лечении опухолей спинного мозга (ОСМ). Значительную роль в развитии учения об ОСМ сыграли работы XX в. К. Броун-Секара, Ч. Шеррингтона, Дж. Бабинского, в которых рассмотрены неврологические и физиологические аспекты этой проблемы.

Опухоли спинного мозга одинаково часто встречаются у мужчин и женщин, в возрасте от 10 до 15 лет – 4–5 % случаев, до 10 лет и старше 70 лет – 11,5, наиболее часто они встречаются в возрасте 30–40 лет – 19–20 %. Частота ОСМ составляет до 3 % от числа всех новообразований ЦНС, из них до 18 составляют злокачественные опухоли, в структуре которых до 80 % – интрамедуллярных опухолей, в том числе глиом и эпендимом, на долю которых приходится до 12 % всех новообразований спинного мозга.

До настоящего времени ведущая роль в терапии больных с ОСМ принадлежит хирургическому методу лечения. При этом радикально возможно удалить только около 43 % эпендимом, остальные глиомы (глиобластомы, астроцитомы) радикально практически не удаляют. Исходы хирургического лечения опухолей спинного мозга лучше при их экстрамедуллярной локализации. Послеоперационная дистанционная гамма-терапия в комплексном лечении опухолей спинного мозга носит симптоматический характер [1]. В качестве самостоятельного лечения она рассматривается как паллиативная при противопоказаниях к оперативному вмешательству.

Химиотерапия как метод лечения опухолей спинного мозга стал рассматриваться только в течение последних 15–20 лет. В России до настоящего времени химиотерапия остается малоосвоенным и неубедительным терапевтическим методом для большинства врачей, имеющих отношение к лечению больных с опухолями головного и спинного мозга. Связано это с тем, что организационно нейроонкологические больные являются, как