

При применении данной методики в процессе комбинированного лечения рака шейки матки T_{1b}N₀M₀ стадии у молодых женщин, наблюдается довольно быстрая медицинская и социальная реабилитация. Некоторые пациентки отметили существенное повышение качества жизни по сравнению с дооперационным уровнем, ввиду устранения всех жалоб, вызванных заболеванием.

Литература

1. Бебнева Т.Н., Прилепская В.Н. Папилломавирусная инфекция и патология шейки матки (обзор литературы). М., 2001.
2. Мазуренко Н.Н. // Современная онкология. 2003. Т. 5. № 1. С. 7.
3. Козаченко В.П. // Современная онкология. М., 2000. Т. 2. № 2. С. 40–44.
4. Чиссов В.И. и др. // Казан. мед. журн. 2000. № 4. С. 241–249.
5. Писарева Л.Ф. и др. // Сибирский онкол. журн. 2003. № 6. С. 56.
6. Новикова Е.Г. и др. // Рос. онкол. журнал. 2001. № 4. С. 15–19.
7. Natsume N. et al. // Gynecol. Oncol. 1999. Vol. 74. P. 255–258.
8. Yamamoto R. et al. // Gynecologic Oncology. Japan. 2001. Vol. 82. № 2. P. 312–316.
9. Крейнина Ю.М. и др. // Сибирский онкол. журн. 2002. № 3–4. С. 56.
10. Smith J. et. al. // Lancet. 2003. Apr. № 5.
11. Buekers TE. et al. // Gynecologic Oncology. 2001. Vol. 80. № 1. P. 85–88.

Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт МЗ РФ

9 февраля 2005 г.

УДК 618.А–006:615.28+615.366.15

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ АУТОГЕМОХИМИОТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА

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

Drug pathomorphosis is studied in 26 patients with testis tumors under the influence neoadjuvant autohemochemotherapy.

Рак яичка составляет 1,5–2 % всех неоплазий у мужчин и 5 % всех урологических злокачественных опухолей [1]. Несмотря на сравнительно невысокую заболеваемость, в эпидемиологическом аспекте, в отличие от других опухолей, уровень заболеваемости не увеличивается с возрастом. Он достигает своего возрастного пика в группе от 25 до 34 лет, т.е. у молодых людей трудоспособного возраста [2]. Основную позицию в тактике лечения герминогенных опухолей яичка занимает полихимиотерапия. Появление в фармакологическом арсенале химиопрепаратов типа циспла-

тина и этопозида привело к значительным успехам: уменьшилась смертность, повысились показатели 3 и 5-летней выживаемости, улучшилось качество жизни больных [3].

В эпоху комплексной терапии роль хирургического лечения при распространенных опухолях яичка подвергается переоценке. Только тогда, когда возможности химиотерапии исчерпываются, принимается решение о проведении хирургического этапа [3].

Опухоли яичка имеют выраженное лимфогенное и гематогенное метастазирование. Системного воздействия химиотерапевтических агентов не всегда достаточно. Существенным лимитирующим моментом цисплатиновой химиотерапии является ее токсичность [1]. В 1982 г. Ю.С. Сидоренко предложен оригинальный метод введения химиопрепаратов на аутокрови больного, который широко применяют в терапии злокачественных опухолей различных локализаций: молочной железы, яичников, прямой кишки и др. [4–7].

Материалом для настоящего исследования послужили данные о 26 пациентах мужского пола с распространенными злокачественными опухолями яичка. У рассматриваемой группы больных в связи с распространенностью процесса (вовлечение семенного канатика на значительном протяжении и кожи мошонки, забрюшинным метастазированием) лечение начиналось с неоадьювантного курса АГХТ. Проводимая терапия позволила оценить непосредственный эффект АГХТ на первичный очаг и лекарственный патоморфоз опухолей яичка.

Все пациенты в качестве неоадьювантной химиотерапии получали по 2–3 курса АГХТ по схеме VAB-6 (цисплатин 120 мг/м^2 , винбластин 4 мг/м^2 , циклофосфан 600 мг/м^2 , блеомицин в суммарной дозе 60 мг). Через 7–14 дней больным было выполнено хирургическое вмешательство в объеме высокой фуникулорэктомии.

Гистологически опухоли имели следующее строение: у 18 пациентов – варианты эмбрионального рака и у 8 – типичные семиномы.

Контрольной группой служит 10 больных с опухолями такой же гистологической структуры, но без противоопухолевой терапии.

В качестве морфологических критериев эффективности проведенной неоадьювантной химиотерапии учитывались показатели митотического режима, количество дистрофически измененных опухолевых клеток, изменение общей структуры опухоли и лимфоплазмочитарная реакция стромы.

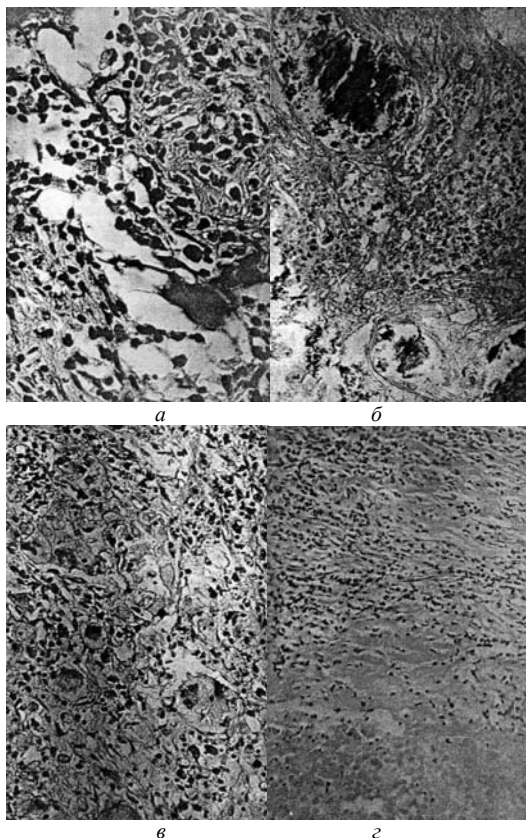
В доступной нам литературе не отмечены данные о лекарственном патоморфозе злокачественных опухолей яичек, также отсутствуют сведения о проведении неоадьювантной химиотерапии. По литературным данным информативным является вопрос морфологического исследования лекарственного патоморфоза метастазов герминогенных опухолей яичка.

Проводимая химиотерапия существенно изменяет гистологическую картину метастатических несеминомных опухолей. Остаточные метастатические массы после химиотерапии приблизительно на 30–45 % состоят

из очагов некроза, клетки зрелой тератомы составляют 35–40 % и раковые 15–35 [8].

В опухолях яичек, имевших строение эмбрионального рака, подвергшихся воздействию АГХТ по схеме VAB-6, выявлены следующие морфологические изменения: отмечались некробиотические и дистрофические процессы; полиморфизм опухолевых клеток в виде вакуолизации ядра и цитоплазмы; кардио- и цитолитизиса; кардиопикноза и кардиорексиса (рисунок, а).

Имели место уменьшение площади паренхиматозного компонента опухоли и увеличение стромального. Появлялись обширные очаги некроза (рисунок, б). Опухолевые клетки в некоторых полях зрения располагались в виде очагов среди обширных полей плотной волокнистой соединительной ткани.



Морфологические изменения в опухолях яичка под действием аутогемохимиотерапии:

а – дистрофические изменения в опухолевых клетках эмбрионального рака яичка; б – обширные очаги некроза в эмбриональном раке; в – семинома. Дистрофические изменения опухолевых клеток. Гигантские многоядерные клетки инородных тел; г – семинома. Обширные очаги некроза. а–г – окраска гематоксилином и эозином а – $\times 400$; б, в, г – $\times 160$

Одним из объективных критериев эффективности противоопухолевого действия химиопрепаратов является показатель митотической активности. Под влиянием АГХТ наблюдалось достоверное снижение митотической активности опухолевых клеток. При этом митотический индекс снижался в среднем до $4,1 \pm 1,3 \%$, в 3 раза по сравнению с контролем ($12,3 \pm 2,2 \%$).

Очаги некроза составляли до 60 % площади, поля зрелой тератомы – до 30, раковых клеток – 10.

В семиномах опухолях яичек также отмечались некробиотические и дистрофические процессы, нарушение микроциркуляции, снижение митотической активности опухолевых клеток. В некоторых наблюдениях имели место явления апоптоза. Площадь паренхиматозного компонента опухоли под действием проводимой терапии сокращалась, а стромальный компонент увеличивался. Наблюдались очаги некроза в опухолях (рисунков, в, г), т.е. под действием неoadъювантной АГХТ в семиномах опухолях также были отмечены признаки лечебного патоморфоза.

Таким образом, проведенный клинико-морфологический анализ показал эффективность примененного противоопухолевого воздействия. Метод аутогемохимиотерапии дает возможность на основании степени выраженности патоморфоза в первичной опухоли прогнозировать последующую адъювантную терапию и индивидуализировать её.

Литература

1. *Foster R.S., Donohue J.P.* // Urol. Clin. North Am. 1993. Vol. 20. P. 117–125.
2. *Williams S.D. et al.* // N. Engl. J. Med. 1987. Vol. 317. № 23. P. 1433–1438.
3. *Hoffman M.A. et al.* // Cancer. 1999. Vol. 85. P. 1565.
4. *Назарова О.Э.* Аутогемохимиотерапия в комплексном лечении местнораспространенного рака мочевого пузыря: Дис. ... канд. мед. наук. Ростов н/Д, 2003.
5. *Раевский В.А.* Новые методы химиотерапии в комплексном лечении злокачественных новообразований наружных половых органов у мужчин: Дис. ... канд. мед. наук. Ростов н/Д, 2002.
6. *Сидоренко Ю.С.* Аутогемохимиотерапия. Ростов н/Д, 2002.
7. *Швырев Д.А.* Аутогемохимиотерапия в комплексном лечении местнораспространенного и генерализованного рака предстательной железы: Дис. ... канд. мед. наук. Ростов н/Д, 2002.
8. *Oosterhius J.W. et al.* // Cancer. 1983. Vol. 51. P. 408–416.