

ческих факторов с применением многофакторного анализа. Это способствовало более дифференцированной терапии больных и выявлению степени проведения интенсификации химиотерапии, длительности лечения.

К 1990 г. клиника института детской онкологии добилась обнадеживающих результатов. При ретинобластоме выживаемость составила 95 %, при нефробластоме — до 80 %, при остеогенной саркоме — 50 %, при остром лимфобластном лейкозе — 60 %, при лимфосаркоме — свыше 50 %.

Таким образом, современная терапия опухолей у детей имеет тенденцию к острой индивидуализации комплексного лечения, проводимого по этапам в зависимости от прогностических факторов с применением в различных сочетаниях и дозах химиотерапии, лучевой терапии, по показаниям хирургического вмешательства, а также длительной интерферонотерапии, иммунокоррекции и мероприятий по реабилитации больных, что будет способствовать повышению эффективности лечения детей со злокачественными новообразованиями.

Поступила 11.12.89

STRATEGY OF MALIGNANT TUMOURS THERAPY IN CHILDREN

L. A. Durnov, L. A. Makhonova

On the basis of complex diagnosis of 1500 malignant tumors in children verified morphologically and immunologically with confirmed primary sites, extent and metastases there has been given the strategy of the program treatment, including remission induction, consolidation and maintenance.

In accordance with combined treatment modalities including chemo-radiotherapy there have been given indications to immunocorrection and interferonotherapy in order to increase the efficacy of therapy and rehabilitation of the patients.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1990

УДК 616-006-076.5-053.2

В. К. Соколова, Р. Ф. Корякина, Л. С. Королева, Т. Т. Кондратьева, М. С. Кирюшкина, Т. А. Лукина, А. С. Петрова, О. В. Чистякова

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ

НИИ клинической онкологии

В настоящее время метод цитологической диагностики опухолевых и неопухолевых процессов различных локализаций применяется во всех современных клинических учреждениях как в нашей стране, так и за рубежом. Целесообразность и необходимость цитологического исследования как первичного долечебного метода морфологической диагностики уже ни у кого не вызывает сомнений.

Одним из малоразработанных разделов цитологии являются опухоли детского возраста. Сложность клинического распознавания злокачественных опухолей у детей обуславливает необходимость ранней морфологической диагностики, которая может быть осуществлена методом клинической цитологии. Значение этого метода особенно возрастает в связи с трудностью получения достаточного количества материала для патоморфологического исследования при некоторых локализациях опухоли. Между тем вопросы цитологической диагностики злокачественных опу-

холей, встречающихся в детском возрасте, мало изучены и касаются в основном небольшого количества наблюдений. Применение цитологического метода с учетом особенностей детской онкологии необходимо для своевременного распознавания опухолей и выбора адекватного метода лечения. Морфологические и клинические границы доброкачественности и злокачественности процесса у детей менее выражены, чем у взрослых.

В данном сообщении мы хотели показать возможности и эффективность метода клинической цитологии в диагностике солидных опухолей у детей. Опыт 12-летней работы (1976—1987 гг.) в лаборатории клинической цитологии ВОИЦ АМН СССР показал, что метод цитологической диагностики может быть использован почти при всех локализациях (мягкие ткани, почки, кости, лимфатические узлы, околоушная область, молочная и щитовидная железы, печень, желудочно-кишечный тракт и т. д.) и различных нозологических формах опухолей. Всего за период с 1976 по 1987 г. проведено 693 цитологических исследования. Материалом для исследования служили пунктаты, соскобы, отпечатки с опухолей и опухолеподобных поражений, а также осадки жидкостей. Для изучения цитоморфологических особенностей опухолей различного гистогенеза у детей большую роль сыграло параллельное исследование и сопоставление с гистологическими данными, проводимыми в патоморфологическом отделе ВОИЦ АМН СССР.

В последние годы разработаны и широко применяются в диагностике опухолей различных локализаций эндобронхоскопические методы исследования (ларингоскопия, эзофагогастроскопия, колоноскопия, бронхоскопия, лапароскопия), что позволяет изучить цитоморфологические особенности ряда процессов и у детей.

Среди изученных новообразований можно выделить наиболее часто встречающиеся опухоли — это так называемые эмбриональные опухоли (нефробластома, рабдомиосаркома, гепатобластома). Они составляют около 80 % всех злокачественных новообразований. Это — истинные «детские» опухоли. В связи с этим им было уделено особое внимание.

Изучение рабдомиосарком показало разнообразие цитологических картин, отдельные из них имели характерные черты, позволяющие диагностировать эту опухоль. Отсутствие межтканевого вещества и низкая дифференцировка клеток (кругло-клеточная саркома) затрудняло определение генеза опухоли. Наибольшими особенностями отличался эмбриональный вариант рабдомиосаркомы, который приходилось дифференцировать от других опухолей, таких как фибросаркома, гистиоцитома, новообразований гладкомышечных и нервных клеток, а также опухолеподобных процессов.

Для нефробластомы в цитологических препаратах характерно сочетание эпителиального и мезенхимального компонентов. Количественное соотношение обоих компонентов и степень их дифференцировки бывают различными в каждом отдельном случае. Вариантов нефробластомы, а следовательно, и цитологических картин может быть множество. При установлении диагноза нефробластомы могут быть использованы следующие цитологические критерии: наличие нефро-

генного компонента, миксоматозного фона препарата, клеточных элементов мезенхимы. Присутствие только одного из них, а также недифференцированных клеток не позволяет на основании цитологических данных уточнить гистогенез злокачественного новообразования.

Изучение нейробластомы у детей позволило установить, что на основании цитологического исследования возможно выделение гистологических форм нейробластомы, однако полного совпадения цитологических и гистологических данных нет: в ряде случаев при опухолях смешанного строения в цитологических препаратах может быть только какой-то один компонент опухоли — зрелые, созревающие или недифференцированные клетки.

Характерной особенностью злокачественных новообразований у детей является крайне низкая дифференцировка клеток опухоли, что позволяет во всех случаях при наличии достаточного количества материала с уверенностью установить злокачественность процесса (90—95 %). Определение же гистогенеза (60—65 %) часто вызывает трудности и требует дальнейшего изучения и накопления материала.

Что касается опухолей эпителиальной природы у детей, то цитологическая картина их сходна с такими же опухолями у взрослых. Однако у них чаще наблюдаются опухоли с высокой степенью дифференцировки клеток, что вызывает серьезные затруднения в определении злокачественности процесса. Среди опухолей желудочно-кишечного тракта преобладают раки со слизеобразованием (перстневидно-клеточный рак, аденокарцинома со слизеобразованием).

Таким образом, опухолевые заболевания у детей в отличие от взрослых обладают рядом особенностей, которые делают изучение цитоморфологии их особым разделом клинической цитологии. Цитологическая диагностика опухолей у детей сложна и требует определенного опыта и высокой квалификации врача-цитолога. Относительная редкость новообразований у детей являлась существенным препятствием в накоплении опыта по цитологической диагностике. Применение цитологического метода у детей показало высокую эффективность в определении характера процесса (90—95 %). Возможность определения гистогенеза опухоли и гистологических вариантов (60—65 %) требует дальнейшего изучения и разработки. Отрицательные цитологические заключения нередко обусловлены неправильным проведением пункции, неудачами в получении материала, а также характером самих опухолей. Знание локализации, особенностей клиники, рентгенологических, эндоскопических данных помогает правильной оценке цитологического материала.

Поступила 24.04.90

CYTOLOGIC STUDIES IN CHILDHOOD ONCOLOGY

V. K. Sokolova, R. F. Koryakina, L. S. Koroleva, T. T. Kondratjeva, M. S. Kiryushkina, T. A. Lukina, A. S. Petrova, O. V. Chistyakova

Childhood tumors in contrast to those of adults have a number of peculiarities due to which their cytomorphologic studies present a special part of clinical cytology. Childhood cytologic diagnosis is difficult and requires an adequate background and high qualification of a cytologist. Relatively low

rates of childhood neoplasms have been significantly hampering the experience accumulation in the field of cytologic diagnosis. The cytologic examination used in childhood treatment has proved to be highly efficacious in determining the character of the process (90—95 %). The approaches to tumor histogenesis and differentiation of histologic variants (60—65 %) require further studies and working out. Negative cytologic conclusions are sometimes accounted for inadequate puncture, failures in obtaining samples and type of tumors. Knowledge of localization, peculiar clinical patterns, rentgenological and endoscopic data is helpful for the correct assessment of cytologic specimens.

© Е. Г. МАТЯКИН, С. М. ПАРШИКОВА, 1990

УДК 616.313-006.6-033.2

Е. Г. Матякин, С. М. Паршикова

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ЯЗЫКА

НИИ клинической онкологии

Мнение о влиянии регионарных метастазов рака языка на выживаемость неоднозначно. Появление метастазов значительно снижает цифры выживаемости. Так, по данным Ю. И. Воробьева и М. И. Гарбузова (1983), 5-летняя выживаемость у больных раком языка, не имевших регионарных метастазов, составила $44,3 \pm 4,8$ %, при их возникновении — $6,2 \pm 2,6$ %. Несколько более высокие цифры выживаемости приводит Terz (1982) — 60 и 24 % соответственно.

Представляет интерес каждый из компонентов, составляющих клиническую оценку метастатического узла: количество пораженных узлов, длительность их существования и сроки появления, смещаемость, наличие контрлатеральных и двусторонних метастазов. К этому следует добавить гистологическую характеристику последних: прорастание капсулы узла (N+R+), опухолевую эмболию лимфатических сосудов (N+E+).

Для изучения указанных факторов подверглись анализу 282 больных раком языка: у 196 опухоль локализовалась в подвижной части языка, у 54 — в задней трети и у 32 — в корне языка. Частота появления регионарных метастазов в каждой локализации неодинакова. Так, при опухоли подвижной части языка регионарные метастазы выявлены в 46,9 %, задней трети — в 68,5 %, корня языка — в 71,9 %.

Для всех отделов языка мы провели анализ лишь некоторых, но достаточно весомых самостоятельных признаков, на которые локализация процесса не оказывает влияния. Ими оказались оценка метастазов согласно символу N международной классификации по системе символов TNM (1978), количество пораженных лимфатических узлов, наличие контрлатеральных метастазов, поражение лимфатических узлов различных отделов шеи. Морфологическую характеристику метастазов, как и некоторые клинические факторы, мы оценивали лишь у больных раком подвижной части языка (196 больных).

Выживаемость больных в зависимости от характеристики N Международной классификации по системе символов TNM оценена у всех 282 больных. У 130 пациентов (46,1 %) регионарные метастазы отсутствовали (N₀), у 59 (21 %) они соответствовали символу N₁, у 21 (7,4 %) — N₂,