

в ней мощности как медленных (тета и альфа), так и быстрых (бета) частот. В зависимости от того, с открытыми или закрытыми глазами проводится процедура, предпочтительнее использовать либо лобные и затылочные, либо только лобные отведения. В случае СДВ с гиперактивностью могут быть рекомендованы процедуры, используемые в настоящее время в клинической практике.

Литература

1. Quay H.C. // J. Amer. Acad. of Child. and Adolescent Psychiatry. 1988. № 7. P. 34–40.
2. Переслени Л.И., Рожкова Л.А. // Физиология человека. 1993. Т. 20. № 5.
3. Кирой В.Н. и др. // Физиология человека. 2002. Т. 28. № 2. С. 20–30.
4. Кропотов Ю.Д. и др. // Физиология человека. 1996. Т. 25. № 1. С. 115–124.
5. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
6. Хомская Е.Д. Мозг и активация. М., 1972.
7. Дубровинская Н.В. Нейрофизиологические механизмы внимания // Онтогенетическое исследование. Л., 1985.
8. Sandberg S.E. Monographs in Child and Adolescent Psychiatry. Hyperactivity Disorders in Childhood. Cambrige, 1996.
9. Sherman D.K., Iacono W.G., McGui M.K. // J. of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1997. № 36. P. 745–753.
10. Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю. // Обзор. психиат. и мед. психол. 1993. № 3. С. 74–90.
11. McIntosh G.H. et al. // J. Nutr. 1995. 125. P. 809–816.
12. Gadow K.D. et al. // Arch. Gen. Psychiatry. 1995. № 52. P. 444–455.
13. Malone M.A., Swanson J.M. // J. of Child Neurology. 1993. Apr. № 8(2). P. 157–163.
14. Ahmann P.A. et al. // Pediatrics. 1993. 91 P. 1101–106.
15. Lubar J., Bahler W.W. // Biofeedback and Self Regulation. 1976. № 7. P. 77–104.
16. Lubar J.O., Lubar J.F. // Biofeedback and Self Regulation. 1984. № 9(1). P. 1–23.
17. Shouse M. N., Lubar J.F. // Biofeedback and Self-Regulation. 1979. № 4. P. 299–311.
18. Lubar J.F. // Biofeedback and Self Regulation. 1991. № 16(3). P. 201–225.
19. Lubar J.F. EEG biofeedback (neurofeedback) for attention deficit/ hyperactivity disorders // J. Kamiya & R. Kall (Eds.), Neurofeedback Neurotherapy (Tentative Title), Academic Press (In Press), 1998.
20. Tansey M.A., Bruner R.L. // Biofeedback and Self-Regulation. 1983. № 8. P. 25–37.
21. Thompson L., Thompson M. // Appl. Psychophysiol. Biofeedback. 1998. Dec. № 23(4). P. 243–263.
22. Nash J.K. // Clin. Electroencephalogr. 2000. Jan. № 31(1). P. 30–37. Review.

Ростовский государственный университет

25 апреля 2005 г.

УДК: 616-079.4: 616-08: 616-006.822.04: 611.66

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ХОРИОКАРЦИНОМОЙ МАТКИ

© 2005 г. В.А. Иванова

Objective and subjective risk factors of uterine choriocarcinoma are analyzed in the paper.

Среди злокачественных опухолей женских половых органов хориокарцинома (ХК) матки занимает особое место.

Классическая клиническая картина развитой хориокарциномы была описана А.Э. Мандельштамом в 1938 г.: «серовато-бледная, истощенная, харкающая кровью больная, задыхающаяся, высоколихорадящая, с обильными ихорозно-кровянистыми выделениями из влагалища и распадающимися, дурнопахнущими опухолевыми массами, пролабирующими из шейки матки. Во влагалище множественные метастазы, тело матки бугристо и увеличено. Такая больная в течение ближайших месяцев умирает от быстро прогрессирующей болезни».

В настоящее время врач встречается с другого вида больными, и его основной задачей является онкологическая настороженность и активная диагностика своевременно заподозренной трофобластической болезни.

Отсутствие знаний акушеров-гинекологов данной патологии в сочетании с крайне агрессивным характером самой опухоли приводит к тому, что до 70 % больных, поступающих в специализированные стационары в настоящее время, имеют метастатические формы хориокарциномы.

Хориокарцинома – единственная опухоль женского организма, развивающаяся из клеток трофобласта. Она метастазирует преимущественно гематогенно, причем метастазы могут быть в любом органе, любой ткани. Хориокарцинома имеет свой маркер – хорионический гонадотропин. Специально для хориокарциномы экспертами ВОЗ разработаны «факторы риска», адекватная оценка которых позволяет в каждом конкретном случае выбрать необходимый комплекс лечебных мероприятий.

К настоящему моменту определены девять факторов риска: возраст; предшествующая беременность; интервал между последней нормальной менструацией и началом лечения; уровень хорионического гонадотропина; группа крови; наибольший размер опухоли; локализация метастазов; количество метастазов; предшествующая химиотерапия.

Эти факторы определяют терапию и прогноз заболевания [1–11].

По данным гинекологического отделения Ростовского НИИ онкологии за 30 лет (1976–2004 гг.) прослеживается четкая положительная динамика эффективности лечения больных хориокарциномой матки.

Для оценки данной ситуации мы проанализировали «качественные» характеристики факторов риска, разделив их на субъективные и объективные.

К объективным факторам риска были отнесены: возраст, предшествующая беременность, группа крови.

Субъективными факторами являлись: время от последней нормальной менструации до начала адекватного специализированного лечения, уровень хорионического гонадотропина в сыворотке крови, максимальный размер опухоли, локализация и количество метастазов, предшествующая неадекватная химиотерапия.

Группа исторического контроля соответствовала периоду с 1976 по 1986 г.; проспективная – с 1987 по 2005 г.

Анализ объективных факторов риска у больных обеих групп оказался аналогичным: преобладали женщины в возрасте до 39 лет. Большей части пациенток развитию хориокарциномы предшествовал медицинский аборт (без морфологической верификации), у 48 и 45 % больных отмечены следующие сочетания групп крови – 0×0 , $A \times 0$, $0 \times A$, $B \times B$, $AB \times B$.

Субъективными факторами риска, значительно ухудшающими перспективы лечения и прогноз заболевания, явились: интервал, предшествующий лечению, свыше 6 месяцев от начала заболевания, уровень хорионического гонадотропина в сыворотке крови более 100000 мМЕ/л, величина первичной опухоли матки более 5 см, наличие метастазов в любом органе, кроме легких и влагалища, предшествующая неадекватная моно- или полихимиотерапия.

Анализ субъективных факторов риска выявил явное преимущество больных проспективной группы.

До 1986 г. лишь 40 % больных могли начать адекватное лечение в сроки до 6 месяцев. За последние годы эта цифра достигла 78 %.

Уровень хорионического гонадотропина свыше 100000 мМЕ/л с 57,3 % в исторической группе снизился до 10,4 у пациенток, составивших проспективную группу.

Соответственно уменьшились показатели, оценивающие максимальный размер опухоли и наличие отдаленных метастазов: 60 и 6 % в контрольной группе и 41,1 и 1,1 % в проспективной группе.

Все вышеизложенное положительным образом отразилось на результатах проводимой нами специализированной терапии и повысило 5-летнюю выживаемость больных.

Мы сопоставили эти же факторы у больных проспективной группы (174 пациентки) в зависимости от места проживания – г. Ростов-на-Дону, Ростовская область и другие регионы. Полученные результаты представлены в таблице.

Субъективные факторы риска хориокарциномы по регионам проживания больных

Фактор	Регион проживания			
	г. Ростов и РО		прочие регионы	
	абс.	%	абс.	%
Интервал до 6 мес.	96	55	41	23,6
> 6 мес.	–	–	37	21,3
Мах размер опухоли до 5 см	92	52,8	10	5,7
> 5 см	4	2,3	68	39,2
Отдаленные метастазы	–	–	2	1,1
Предшествующая неадекватная ХТ	4	2,3	29	16,6

Анализ субъективных факторов показывает преимущество больных г. Ростова-на-Дону и Ростовской области: раннее поступление в онкологический центр, менее распространенный опухолевый процесс, лучшие результаты проведенного лечения.

С 1976 г. гинекологами Ростовского НИИ онкологии совместно с сотрудниками организационно-методического отдела регулярно проводятся семинары и «Дни онколога» по проблемам онкогинекологии для онкологов, акушеров-гинекологов и среднего медицинского персонала г. Ростова-на-Дону и Ростовской области.

Большое внимание на этих занятиях уделяется проблемам ранней диагностики предопухолевых состояний женских половых органов и особенно трофобластической болезни. Систематическим проведением этих семинаров, повышающих онкологическую грамотность акушеров-гинекологов и медицинского персонала среднего звена, можно объяснить значительное снижение интервала между началом заболевания и началом специализированной терапии. Это обстоятельство приводит к снижению процента метастатических и местнораспространенных форм хориокарциномы и способствует улучшению результатов лечения.

Целесообразность и эффективность этих занятий доказывает, что раннее начало адекватного лечения улучшает прогноз и возможность сохранения репродуктивной функции.

Литература

1. Бохман Я.В. Клиническая онкология. СПб., 2002.
2. Нечаева И.Д., Дильман В.М. Анализ факторов риска у больных хориокарциномой матки. Л., 1976.
3. Григорова Т.М. Трофобластическая болезнь. М., 1985.
4. Семеновский А.В. Факторы риска и выбор метода лечения больных хориокарциномой матки // Вопросы онкологии. 1987. Т. 32. № 3.
5. Семеновский А.В. // Вопросы онкологии. 1988. Т. 33. № 11.
6. Толокнов Б.О. и др. Хориокарцинома матки. М., 2000.
7. Lurain J.R. Gestational trophoblastic tumors. Semin. Surg. Oncol. 1990. № 6. P. 347–353.
8. Park T.K., Kim S.N., Lee S.K. // Yonsei Med. J. 1996. Dec. Vol. 37. № 6. P. 412–419.
9. Rodabaugh K.J. et al. // J. of Reproductive Medicine. 1998. Jan. Vol. 43. № 1. P. 75–80.
10. Zavadil M. // Ceska Gynekologie. 1997. Apr. Vol. 62. № 2. P. 67–71.
11. Cheung A.N. // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2003. Dec. Vol. 17. № 6. P. 849–868.