

УДК: 614.2:611.66-006.882.04

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ РИСКА ХОРИОКАРЦИНОМЫ ТЕЛА МАТКИ

© 2006 г. В.А. Иванова

The evolution of views on the problem of choriocarcinoma and resources of making good progress in treatment of this pathology is presented in the article on the model of Rostov region and Southern federal district.

Одной из злокачественных трофобластических неоплазий (именно так в настоящее время экспертами ВОЗ рекомендовано называть опухоли этого типа) является хориокарцинома (ХК) матки. Это довольно редкая опухоль, частота которой колеблется от 0,1 до 2–4 % – от числа всей онкогинекологической патологии. Поражает ХК матки женщин репродуктивного возраста; вероятность её возникновения возрастает с количеством предыдущих родов; обладает собственным маркёром – хорионическим гонадотропином. Но в то же время ХК матки является единственной опухолью, в лечении которой достигнуты наиболее значительные успехи. Эффективность современной химиотерапии ХК матки колеблется от 62–65 до 100 % в зависимости от прогноза заболевания.

Долгое время клиницисты не находили ответа – почему при одной стадии заболевания равноценная химиотерапия в одном случае приводит к излечению, в другом – к прогрессированию заболевания. Постепенно были выявлены определенные признаки, наличие или отсутствие которых имеет решающее значение для развития ХК матки, определения лечебной тактики и прогноза заболевания в целом.

К настоящему моменту группой экспертов ВОЗ утверждены 9 основных факторов риска, каждый оценивается определенным количеством баллов (от 1 до 4), сумма которых и определяет прогноз заболевания и возможность развития резистентности опухоли.

На модели Ростовской области и республик ЮФО мы представили эволюцию взглядов на проблему ХК матки и возможность улучшения результатов лечения этой патологии.

Мы обратились к шкале факторов риска и разделили их на «объективные», не зависящие от уровня современных знаний и возможностей клиницистов, и «субъективные», формирование которых в определенной степени зависит от профессионализма медицинского персонала – «человеческого фактора».

К «объективным» факторам риска мы отнесли три: 1) возраст пациентки; 2) исход последней беременности, предшествовавшей развитию ХК матки; 3) группу крови больной и мужа.

К субъективным факторам – остальные шесть, пять из которых оцениваются максимальным количеством баллов (по 4 балла). К ним относятся: продолжительность заболевания, исходный уровень хорионического гона-

дотропина, количество вторичных опухолей, наличие отдаленных метастазов и предшествующая неадекватная химиотерапия. Свои усилия мы направили на коррекцию «субъективных» факторов.

Основополагающим для развития ХК матки считается «фактор времени» – интервал от последней нормальной менструации до начала адекватной химиотерапии.

С середины 80-х гг. Ростовский научно-исследовательский онкологический институт начал формировать систему централизованного лечения больных с трофобластическими опухолями. Она заключалась в проведении лекций, семинаров, практических циклов (для среднего медицинского персонала, акушеров-гинекологов, районных онкологов и врачей общей лечебной сети), выездных сессий в города и районы Ростовской области (с целью повышения уровня знаний данной проблемы). Кроме того, была создана широкая информационно-рекламная кампания, указывающая на необходимость направления всех больных города и области, даже с подозрением на трофобластическую болезнь, в Ростовский научно-исследовательский онкологический институт.

Динамика факторов риска за два 10-летних периода – с 1975 по 1985 и с 1995 по 2005 г. представлена в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что процентное соотношение объективных факторов риска (возраст, предшествующая беременность и сочетание групп крови больной и мужа) за период наблюдения практически не изменилось.

С субъективными факторами произошли определенные изменения. Так, ранние сроки поступления в РНИОИ (до 4 месяцев) возросли в 4 раза – с 11,0 до 43,7 %; «поздние» госпитализации от 7 до 12 мес. значительно уменьшились – с 58,5 до 18,4 %, но почти 3 % больных были направлены в наш институт более чем через год от момента начала заболевания.

Значительно снизилось количество больных с наличием отдаленных метастазов 6,1 и 1,1 %. С 54,9 до 44,4 % уменьшилось общее число метастатических форм ХК матки.

Положение с проведением курсов неадекватной химиотерапии за эти годы практически не изменилось – 20,7 и 18,9 %, что, естественно, не могло нас удовлетворить.

Для выяснения ситуации мы проанализировали субъективные «факторы риска» в зависимости от региона проживания наших пациенток, что нашло отражение в табл. 2.

Из табл. 2 видно, что за 30-летний период по г. Ростову-на-Дону и Ростовской области значительно снизился процент «поздних» госпитализаций, а за последнее 10-летие все больные Ростовской области, страдающие ХК матки, госпитализируются в гинекологическое отделение РНИОИ в сроки до 6 мес. от момента последней нормальной менструации, соответственно возросло число пациенток с опухолями небольших размеров (до 5 см) – 25,6 в прошлом и 52,8 % в последнем 10-летии.

Таблица 1

Динамика факторов риска с 1975 по 2005 г.

Фактор риска		Группа больных			
		1975–1985 гг.		1995–2005 гг.	
		п	%	п	%
Возраст	до 39 лет	60	73,2	142	81,6
	≥ 39 лет	22	26,8	32	18,4
Предшествующая беременность	пузырный занос	30	36,6	56	32,2
	аборт	48	58,5	106	60,9
	роды	4	4,9	12	6,9
Интервал от последней menses до начала спец. лечения	< 4 мес.	9	11,0	76	43,7
	4–6 мес.	25	30,5	61	35,0
	7–12 мес.	48	58,5	32	18,4
	> 12 мес.	0	0	5	2,9
Исходный уровень ХГ	< 1000	0	0	16	9,2
	1000–10000	8	9,7	62	35,6
	10000–100000	63	76,8	78	44,8
	> 100000	11	13,4	18	10,4
Максимальный размер опухоли	< 3 см	0	0	32	18,4
	3–5 см	34	44,5	70	40,2
	> 5 см	48	58,5	72	41,4
Локализация метастазов	влагалище, легкие	40	48,8	58	33,3
	отдалённые	5	6,1	2	1,1
Группа крови (♀ × ♂)		32	39,0	63	36,2
	O × A, A × O	34	41,5	79	45,4
	B, AB	16	19,5	32	18,4
Предшествующая химиотерапия		17	20,7	33	18,9

Таблица 2

Факторы риска в зависимости от региона проживания

Фактор риска		1975–1985 гг.				1995–2005 гг.			
		г. Ростов и РО		ЮФО		г. Ростов и РО		ЮФО	
		п	%	п	%	п	%	п	%
Интервал	до 6 мес.	21	25,6	13	15,9	96	55,1	41	23,6
	≥ 6 мес.	18	21,9	30	36,6	0	0	37	21,3
Максимальный размер опухоли	до 5 см	22	26,8	12	14,6	92	52,8	10	5,7
	≥ 5 см	29	35,4	19	23,2	4	2,3	68	39,2
Отдаленные метастазы		3	3,7	2	2,4	0	0	2	1,1
Предшествующая ХТ		5	6,1	12	14,6	4	2,3	29	16,6

Больных с отдаленными метастазами за это 10-летие в Ростове и Ростовской области мы не наблюдали.

Назначения курсов химиотерапии (ХТ) вне стен нашего института уменьшились в три раза. За последнее 10-летие было зафиксировано четыре подобных случая. Все они назначались и проводились во внеслужебных медицинских учреждениях города.

Таким образом, ситуация, касающаяся уменьшения негативного влияния человеческого фактора на формирование субъективных факторов риска по г. Ростову и Ростовской области, значительно улучшается.

Относительно регионов ЮФО также происходят положительные сдвиги, но темпы их весьма скромны, а проведение курсов неадекватной ХТ осталось на прежнем уровне (14,6 и 16,6 % соответственно). Подобная неадекватная терапия объясняется, скорее всего, переоценкой гинекологами собственных знаний и возможностей, что приводит в дальнейшем к развитию резистентности опухоли и, естественно, к ухудшению результатов лечения и прогноза заболевания в целом.

Анализ выживаемости больных ХК матки, особенно с метастатическими формами, подтверждает статистически достоверное увеличение ее за последнее 10-летие с 84,2 до 96,6 % ($p = 0,024$), что является, несомненно, результатом централизованной системы лечения больных ХК матки в нашем регионе в сочетании с применением оригинальных методик лечения.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт 26 декабря 2005 г.

УДК 612.017:616–053:616.44–006.6

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПАПИЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© 2006 г. Ю.Ю. Козель, Л.Н. Бубнова, Э.Е. Кудинова, Е.Ю. Златник, С.А. Кузнецов

The paper presents data on immune status of children and teenagers with papillary cancer of thyroid gland.

Влияние иммунологического статуса на развитие заболеваний ЩЖ описано многими исследователями [1–4]. Но большинство этих исследований посвящено аутоиммунным заболеваниям ЩЖ, к которым в настоящее время относят диффузный токсический зоб и аутоиммунный тиреоидит Хашимото [5–7].

Работы, в которых освещается состояние клеточного и гуморального иммунитета у больных узловыми формами эутиреоидного зоба, встречаются крайне редко и носят противоречивый характер. Вместе с тем при