

## ХОРИОКАРЦИНОМА МАТКИ

А.Л. Чернышева

*НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН*

Проблемы ранней диагностики и адекватного лечения больных хориокарциномой матки занимают важное место в научной и практической деятельности онкогинекологов (Чиссов В.И., 1991). Редкость этого заболевания среди всех злокачественных опухолей у женщин снижает онкологическую настороженность акушеров-гинекологов, что способствует его позднему выявлению.

Поздняя диагностика хориокарциномы матки, отличающейся от других опухолей быстрым прогрессированием, неадекватная химиотерапия, отсутствие во многих онкологических клиниках даже рутинных методов исследования, позволяющих следить в условиях стационара за динамикой заболевания в процессе лечения, часто приводят к возникновению резистентных форм опухоли и гибели больных.

Хотя хориокарцинома является высокочувствительной к химиотерапии опухолью, нарушение дозовых режимов и схем химиотерапии, а также неучет индивидуальных прогностических факторов риска и распространенности заболевания оказывают негативное влияние на результаты лечения (Шалеканов К.К., 1999).

Согласно существующей сегодня концепции трофобластическая болезнь является следствием цепи последовательных морфологических изменений от простого пузырного заноса до хориокарциномы, сопровождаемых соответствующими биологическими и клиническими признаками (Семеновский А.В., 1996).

По определению Экспертной комиссии ВОЗ (1990), трофобластическая болезнь — это либо опухоли, либо состояния, предрасполагающие к их развитию. Эти опухоли уникальны тем, что представляют собой аллотрансплантаты, возникающие из продукта зачатия и в случае злокачественной трансформации прорастающие в ткани материнского организма (матку) и дающие метастазы. Поскольку эти опухоли связаны с беременностью, они поражают женщин детородного

возраста в тот период, когда их социальные нагрузки наиболее велики в семье и обществе.

Представлена классификация, основанная на системе анатомического стадирования, разработанная Международной федерацией акушеров-гинекологов (FIGO), г. Сингапур, 1992 г.:

Стадия I (опухоль в пределах матки):

1a — отсутствие факторов риска,

1b — наличие одного фактора риска,

1c — наличие двух факторов риска.

Стадия II (опухоль распространяется за пределы матки, но ограничена половыми органами):

1a — отсутствие факторов риска,

1b — наличие одного фактора риска,

1c — наличие двух факторов риска.

Стадия III (заболевание распространяется на легкие):

1a — отсутствие факторов риска,

1b — наличие одного фактора риска,

1c — наличие двух факторов риска.

Стадия IV (наличие прочих отдаленных, кроме легких, метастазов):

1a — отсутствие факторов риска,

1b — наличие одного фактора риска,

1c — наличие двух факторов риска.

Факторы риска:

1. ХГ более 100000 мМЕ/мл;

2. Длительность заболевания более 6 мес с момента предшествующей беременности.

В настоящее время статистические разработки не обнаруживают заметного роста трофобластических заболеваний (Трахтенберг А.Х., 1991). Среди онкогинекологических заболеваний частота трофобластической болезни варьирует от 0,01 до 3,6 %.

Приблизительно 80% случаев трофобластической болезни составляют больные с пузырным заносом, 15% — с инвазивным пузырным заносом, и на долю хориокарциномы приходится 5%. Хориокарцинома ассоциируется с указаниями в анамнезе с пузырным заносом в 50%, с абортными — в 25%, срочными родами — 20% и внематочной

беременностью — в 5% наблюдений. Хориокарцинома возникает примерно в 2 из 100 000 беременностей, заканчивающихся рождением живого плода.

Средний возраст больных хориокарциномой — 27 лет. Риску заболевания хориокарциномой наиболее подвержены женщины с большим числом беременностей, особенно если они заканчивались родами (Daisley H., et al, 1998). Отмечена связь между хориокарциномой и большим числом прерванных беременностей. Закономерность проявляется в том, что риск хориокарциномы в 21, 32 и 34 раза выше у женщин соответственно с одной, двумя и тремя прерванными беременностями в сравнении с теми, у которых беременность оканчивается нормальными срочными родами.

В последние годы появляются данные о значительной роли генетических факторов в развитии хориокарциномы (Чулкова О.В., 1988; Шалеканов К.К., 1999). Считается, что продукт зачатия, из которого развивается злокачественная опухоль, является диплоидным и гетерозиготным с гаплоидным генетическим вкладом от каждого из родителей.

Кроме того, значимы такие факторы, как недостаточность питания, генетические нарушения, оральная контрацепция, вирусные инфекции, овуляция с удлинением фолликулярной фазы или неадекватной лютеиновой фазой.

Патоморфология хориокарциномы изучена достаточно полно и поэтому может служить исходной базой для диагностики и ее верификации.

Чаще хориокарцинома локализуется в теле матки, реже в области патологической имплантации плодного яйца в маточной трубе, яичнике или в брюшной полости (эктопическая хориокарцинома) (Daisley H. et al, 1998).

Несомненно, самым ранним и ведущим симптомом трофобластической болезни независимо от гистологического типа опухоли являются кровотечения различной степени интенсивности и выраженности. Это наиболее частая манифестация хориокарциномы (50—98%). Патологическое кровотечение следует рассматривать как «ключ» к раннему диагнозу, верификация которого должна осуществляться при морфологическом исследовании соскоба.

Другое частое проявление хориокарциномы — увеличение размеров матки, не соответствующее сроку беременности. В большинстве случаев раз-

мер матки на 4-й нед превышает размер, соответствующий сроку беременности. Однако следует помнить, что в 30—40% случаев размер матки соответствует сроку беременности, в 15-20% он меньше, чем размер, соответствующий сроку. Также частый симптом опухоли — рвота (20-26%), в 27% случаев наблюдается поздний токсикоз.

Таким образом, несоответствие между сроками предполагаемой беременности и величиной матки, наличие лютеиновых кист и кровянистых выделений должны натолкнуть на мысль о возможности злокачественной потенции опухоли и заподозрить наличие метастазов.

Метастазирование хориокарциномы происходит преимущественно гематогенно, чаще всего в легкие и влагалище.

Диагноз хориокарциномы основывается на клинических данных, выявлении продуцируемого клетками опухоли хорионического гонадотропина в моче и трофобластического бета-глобулина в сыворотке крови, данных гистологического исследования соскоба из матки и результатах рентгенологического исследования, методов компьютерной томографии и магнитно-ядерного резонанса.

В последние годы активно внедряется ультразвуковая диагностика, этот неинвазивный метод чрезвычайно информативен для диагностики и контроля за динамикой специфического лечения трофобластической болезни. Высокоинформативным методом диагностики является гистеросальпингография, особенно в случаях локализации опухоли в полости матки с поверхностным вращением в миометрий.

Лечение хориокарциномы на современном этапе рекомендуется проводить с использованием различных схем химиотерапии (Anteby S., 1996; Berkowitz R. et al., 1998). Хорошо зарекомендовали себя следующие препараты: метотрексат, дактиномицин, этопозид, цисплатин.

Критериями излеченности хориокарциномы являются: восстановление менструального цикла, уменьшение размеров матки до нормы, уровень ХГ" в пределах нормы

При полном наборе признаков излеченности целесообразно проведение как минимум еще двух курсов полихимиотерапии.

При динамическом наблюдении рекомендуется предохранение от беременности для больных I—II стадий 1 год, для больных III-IV стадий —1,5 года.