

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Е.Н. Джемилова

НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН

Диагностика и лечение опухолей трофобласта является одной из важных проблем онкогинекологии. Значение тазовой ангиографии, гистероскопии, гистерографии в связи с их инвазивностью и невозможностью частого применения в слежении за эффективностью лечения в последнее время пересматривается. Широко используемый метод определения опухолевых маркеров трофобластической болезни (хориогонический гонадотропин и трофобластический глобулин) не всегда коррелирует с формой заболевания. Гистологическая диагностика также сопряжена с некоторыми трудностями. Это связано с тем, что традиционно используемые критерии для установления злокачественности клеточных структур (полиморфизм, способность к инвазивному росту и др.) к хориальному эпителию не применимы, так как названные признаки присущи ему и в норме. Это вызывает диагностические затруднения при изучении материала, полученного при выскабливании полости матки. Поэтому диагностика трофобластических опухолей матки и определение степени распространенности процесса основываются на комплексе современных диагностических методов, среди которых в настоящее время эхография является одним из ведущих (Митьков В.В., 1997).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) и доплерография отличаются информативностью, надежностью, простотой использования, отсутствием инвазивности и широкими возможностями неоднократного применения для динамического наблюдения за течением заболевания в процессе противоопухолевой терапии и при дальнейшем наблюдении за больной (Толкнов Б.О., 2000). Для определения распространенности процесса проводится УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. УЗИ выполняется по

общепринятой методике полипроеекционно при помощи трансабдоминального датчика частотой 3,5 МГц с наполненным мочевым пузырем, а также трансвагинальным доступом с использованием датчиков 5; 6; 6,5 МГц. С целью определения состояния сосудов матки и выявления очагов патологической васкуляризации используются цветное доплеровское картирование и доплерометрия.

Диагностика пузырного заноса, как правило, не представляет особых трудностей: матка увеличена в размерах, не соответствует сроку беременности; контуры матки ровные, четкие; структура миометрия неоднородная за счет диффузно расширенных сосудов матки; полость матки расширена равномерно, граница с миометрием определяется отчетливо, в полости — множественные мелкие (4—6 мм) ячеистые структуры на фоне отражений повышенной интенсивности (эффект «снежной бури», «губки»). Данная картина соответствует полному пузырному заносу. При выявлении в полости матки плода и локально расположенной ячеистой структуры следует говорить о частичном пузырном заносе. Преобладание в структуре пузырного заноса солидного компонента с отражениями повышенной эхогенности и ячеистых структур размером до 4 мм свидетельствует о более выраженной пролиферации хориального эпителия. Для пузырного заноса характерно наличие одно- или двусторонних текалютеиновых кист яичников (Митьков В.В., 1997).

В настоящее время не разработаны дифференциально-диагностические критерии инвазивного пузырного заноса и хориокарциномы. В связи с этим вышеназванные новообразования целесообразнее рассматривать под общим понятием — трофобластическая опухоль матки. Опухоли

трофобласта могут быть представлены двумя вариантами ультразвукового изображения: солидной и смешанной кистозно-солидной структуры. Вариант солидной структуры — повышенная интенсивность с гипозоногенным ободком по периферии; смешанной структуры — на фоне отражений повышенной интенсивности визуализируются неравномерно расположенные ячеистые структуры. Опухоли могут определяться в виде единичных узлов от 0,5 до 3-4 см в диаметре либо в виде множественных сливающихся узлов до 6—12 см в диаметре. Локализация различна: область дна, трубных углов, стенки, шейка матки. Узлы могут быть в полости матки, могут располагаться интерстициально и субсерозно. Сосуды матки при размерах новообразования более 2 см расширены диффузно или со стороны

опухоли, ход их выпрямлен. При доплерографии — высокий уровень кровотока, высокий диастолический компонент. Наличие текалютеиновых кист нетипично (Митьков В.В., 1997).

УЗИ также используется с целью оценки эффективности проводимого лечения. Основным критерием излеченности трофобластической болезни по данным УЗИ является визуализация неизмененной структуры матки и отсутствие метастазов (Толкнов Б.О., 2000).

Таким образом, УЗИ, являясь надежным, доступным и неинвазивным методом, играет важную роль в своевременной диагностике трофобластической болезни, мониторинге эффективности специфического противоопухолевого лечения, профилактике рецидивов.