

УДК 618.1

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 1997 ПО 2006 гг.

© Г.А. Мансурова

Mansurova G.A. Disease rate and results of trophoblastic disease treatment in the Tambov Region from 1997 to 2006. According to TROC from 1997 to 2006 cases of trophoblastic disease in the Tambov Region are considered. Results of treatment of 94 patients with various forms of pathological conditions are given.

По определению Экспертной комиссии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), трофобластическая болезнь – это либо опухоли, либо состояния, предрасполагающие к их развитию, которые представляют собой аллотрансплантаты, возникающие из продукта зачатия и в случае злокачественной трансформации прорастающие в ткани материнского организма и дающие метастазы.

Термин «Трофобластическая опухоль» объединяет два различных биологических процесса: персистенцию в организме матери элементов плацентарного трофобласта после завершения беременности и трофобластическую малигнизацию, которая ассоциируется с любой беременностью. Трофобластическая болезнь обобщает несколько форм патологических состояний: 1) пузырный занос: а) полный; б) частичный; 2) инвазивный пузырный занос; 3) хориокарциному; 4) трофобластическую опухоль плацентарного ложа; 5) эпителиальную трофобластическую опухоль.

Среди злокачественных новообразований женских половых органов трофобластические опухоли составляют 1–2,5 % случаев и характеризуются высокой злокачественностью, быстрым метастазированием и при этом высокой частотой излечения с помощью противоопухолевой лекарственной терапии. Правильное и своевременное лечение позволяет в настоящее время достичь более 90 % выживаемости [1–5].

Необходимо отметить, что трофобластическая опухоль – единственная опухоль человека, для диагностики которой не требуется обязательной морфологической верификации. Но главная концепция остается неизменной: **обязательное тщательное морфологическое исследование удаленных тканей с целью раннего выявления трофобластических опухолей.** Анализируя весь комплекс диагностических мероприятий, можно констатировать, что ранняя диагностика опухолей трофобласта на современном этапе базируется на изучении клинической картины заболевания и данных гинекологического бимануального исследования, определение ХГ в сыворотке крови и УЗТ малого таза.

По данным ТООД, за период с 1997 по 2006 гг. в области выявлено 94 случая трофобластической болезни: 1997 г. – 10, 1998 г. – 12, 1999 г. – 10, 2000 г. – 9, 2001 г. – 8, 2002 г. – 10, 2003 г. – 9, 2004 г. – 15, 2005 г. – 3, 2006 г. – 8 (табл. 1). Возрастные группы больных: до 20

лет – 21 (22,3 %), 21–30 лет – 47 (50 %), 31–40 лет – 9 (9,6 %), 41–50 лет – 12 (12,8 %), 51–60 лет – 5 (5,3 %). Среди больных с трофобластическими опухолями первая беременность наблюдалась в 33 % – 31 случай, повторная – в 67 % (63 случая). Среди клинических проявлений наиболее часто отмечались ациклические маточные кровотечения (у 94 больных – 100 %), болевой синдром различной степени интенсивности (50–53,2 %), увеличение размеров матки (23–25,5 %), лютеиновые кисты (12–12,8 %). Метастазы в легкие наблюдались в одном случае. Временной промежуток от момента обращения до установления диагноза трофобластической болезни составил: до 3 мес. – 56 чел. (59,5 %), 3–6 мес. – 28 чел. (29,7 %), более 6 мес. – 10 чел. (10,8 %). По гистологическим формам больные трофобластической болезнью распределились следующим образом: пузырный занос – 53 (56,4 %), инвазивный пузырный занос – 35 (37,2 %), хориокарцинома – 6 (6,4 %).

Хирургическое лечение проведено 5 (5,3 %) больным с диагнозом маточное кровотечение. Следует отметить, что в настоящее время после решительного пересмотра клиницистами значения хирургического метода в лечении больных трофобластической болезнью, что во многом обусловлено успехами химиотерапии, стремлением к сохранению репродуктивной способности молодых женщин, показания к оперативному вмешательству резко сузились. В экстренных ситуациях показаниями к оперативному лечению служат: кровотечение (наружное или внутреннее), боли внизу живота, явления острого живота. Показаниями к плановой операции являются: большие размеры матки (более 13–14 недель беременности), резистентность к проводимому лечению, локализация опухоли только в матке (без метастазов) у женщин старше 45 лет.

Пузырный занос выявлен у 53 (56,4 %) больных. Пузырный занос не обладает инвазивным ростом, не метастазирует. 24 пациенткам химиотерапия не проводилась, т. к. через 1–1,5 мес. после удаления пузырного заноса наступила полная инволюция матки, отсутствовали кровянистые выделения из половых путей, восстановился менструальный цикл, титры ХГ в сыворотке крови в пределах нормы. 29 пациенткам проведены профилактические курсы монохимиотерапии. У этих пациенток через 1–1,5 мес. после удаления пузырного заноса признаков заболевания не выявлено, но были неблагоприятные факторы: возраст старше 40 лет, не-

соответствие размеров матки сроку предполагаемой беременности, наличие лютеиновых кист в период диагностики пузырного заноса, возникновению пузырного заноса предшествовали роды. В любом из этих случаев проведено 2 курса монохимиотерапии (метотрексат по 20 мг/м² в/в 1 раз в 3 дня до суммарной дозы 180 мг; дактиномицин по 500 мкг в/в через день до суммарной дозы 3,5–4 мг) с интервалом 2 недели. Частота излечения 100 %. 41 пациентке (43,6 %) со злокачественными формами трофобластической болезни проводилась химиотерапия. Показанием к назначению химиотерапии послужили оставшиеся признаки заболевания через 1–1,5 месяца после удаления пузырного заноса: увеличенные размеры матки, лютеиновые кисты, продолжавшиеся кровяные выделения, повышенный титр ХГ в сыворотке крови. Химиотерапия проводилась по стандартным схемам с использованием метотрексата, винкристина, дактиномицина, космегена, лейковорина. Лечение проводилось до нормализации уровня ХГ с обязательными последующими тремя курсами профилактической химиотерапии в аналогичном режиме, либо до появления признаков резистентности опухоли.

Все пациентки со злокачественными опухолями излечены. 8 больных находятся в динамическом наблюдении, в настоящее время данных за рецидив заболевания нет. Беременность наступила у 19 пациенток: роды – у 5 пациенток, мед. аборт – у 12, самопроизвольный выкидыш – у 2.

Абсолютное большинство исследователей считают, что у молодых пациенток возможность деторождения сохраняется, а число аномальных беременностей при этом не выше, чем в популяции. Данные последних лет говорят о том, что безопасным сроком (в отношении аномалий развития) для наступления беременности и вынашивания здорового ребенка являются 12 месяцев от окончания химиотерапии. Не выявлено зависимости между проведенной химиотерапией и последующим бесплодием. Оптимальным вариантом предохранения от нежелательной и несвоевременной беременности для женщин, перенесших трофобластическую болезнь, является гормональная контрацепция (при этом регулируется и функция яичников, которая была нарушена вследствие перенесенного заболевания и химиотерапии).

Таблица 1

Результаты лечения больных трофобластическими опухолями с 1997 по 2006 г.

Количество больных		94
Излечено	Пузырный занос	53 (100 %)
	Инвазивный пузырный занос	35 (100 %)
	Хориокарцинома	6 (100 %)
Хирургическое лечение		5 (5,3 %)

ЛИТЕРАТУРА

1. Толокнов Б.О. Современная комплексная диагностика и лечение большого хориокарциномой матки // Современная онкология. 2000. Т. 2. № 2. С. 49–50.
2. Харитонов Т.В. Трофобластические опухоли: справочник по онкологии / под ред. акад. РАМН Н.Н. Трапезникова и проф. И.В. Поддубной. М.: КАППА, 1996. Вып. 4. С. 386–389.
3. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. СПб.: Изд-во «Фолиант», 2002.

4. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / под ред. Н.И. Переводчиковой. М.: Практическая медицина, 2005.
5. Мецзякова Л.А., Козаченко Ф.П., Кузнецов В.В., Мецзяков А.А. // Современные принципы диагностики и лечения трофобластических опухолей: материалы IX Российского онкологического конгресса, Москва 22–24 ноября 2005 г. М., 2005.

Поступила в редакцию 10 мая 2007 г.