

Б. О. Толокнов, Я. А. Мартышина, Е. Е. Махова, И. В. Маркина

ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И БЕРЕМЕННОСТЬ

*РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва, Российская Федерация
ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова
Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи*

Благодаря использованию современных режимов химиотерапии удалось достичь значительных успехов в лечении больных трофобластическими опухолями. Выживаемость при I—II стадиях достигла 100%, III—IV — 80—85%. При этом значительно снизилось количество хирургических вмешательств в объеме гистерэктомии. Эти достижения в лечении больных трофобластической болезнью поставили перед клиницистами ряд актуальных вопросов, связанных с восстановлением менструального цикла, наступлением, течением беременности и последующими родами.

По данным анализа результатов лечения 1450 больных трофобластическими опухолями, проведенного в РОНЦ им. Н. Н. Блохина, оптимальными сроками наступления беременности после окончания последнего профилактического курса химиотерапии являются:

- при доброкачественных формах трофобластической болезни (частичный и полный пузырный занос) — 1 год;
- при злокачественных формах трофобластической болезни (трофобластическая опухоль, хориокарцинома матки):
- I—II стадий — 1 год;
- III—IV стадий — 1,5—2 года.

Менструальная функция восстановилась через 1—2 мес после успешного химиотерапевтического лечения у 90,3% пациенток, которым удалось сохранить матку. У 71% из них в различные сроки после окончания лечения наступила беременность, 81,9% забеременевших благополучно родоразрешились, при этом некоторые женщины рожали дважды.

В ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова направлено 32 беременных, перенесших трофобластическую болезнь, из них 23 пациентки после доброкачественной формы трофобластической болезни (полный или частичный пузырный занос) и 9 пациенток после злокачественной формы (хориокарцинома, трофобластическая опухоль), получивших 5—14 курсов химиотерапии. В результате углубленных исследований с использованием современных методик контроля за течением беременности и соответствующей корригирующей терапии 28 женщин родили 12 мальчиков и 17 девочек. У 1 новорожденного диагностирована опухоль почки, остальные дети здоровы. На разных сроках беременности находятся еще 4 женщины. По данным обследования патологии плода у них не выявлено.

В заключение необходимо отметить, что женщины, перенесшие доброкачественные и злокачественные формы трофобластической болезни, могут стать счастливыми матерями при условии совместного наблюдения и ведения беременности и родов акушерами-гинекологами и онкогинекологами.

С. А. Хоружик, И. А. Косенко, О. П. Матылевич, Т. М. Курчина

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В КЛИНИЧЕСКОМ СТАДИРОВАНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*ГУ Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии
им. Н. Н. Александрова, Минск, Республика Беларусь*

Стадию рака шейки матки (РШМ) определяют клинически в соответствии с классификацией Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO). Традиционно используют следующие

методы: гинекологический осмотр, биопсию и кюретаж, цистоскопию, проктоскопию, внутривенную урографию и рентгенографию легких. Результаты таких исследований, как лапароскопия, УЗИ, компьютерная и магнитно-резонансная томография (МРТ), не учитываются в связи с недостаточным техническим оснащением ряда клиник.

Цель исследования. Изучить возможности МРТ в стадировании РШМ.

Материалы и методы. В исследование включены 22 больные РШМ в возрасте 25—59 лет, средний возраст больных составил $41,9 \pm 9,3$ года. Гистологически у 20 пациенток диагностирован плоскоклеточный рак, у 2 — аденокарцинома. МРТ выполняли на томографе «MAGNETOM Avanto 1.5T» фирмы «Siemens» по следующей методике: T2-взвешенные изображения в трех плоскостях, T1-взвешенные изображения в трансверсальной плоскости. Лимфоузлы считали увеличенными, если их размер составлял 1 см по короткой оси.

Результаты. Оценка критерия T по данным клинического исследования и МРТ совпала в 15 (68%) случаях: переход на параметрий (IIВ стадия) установлен у 14 больных, на стенку таза (IIIВ стадия) — у 1. В остальных 7 (32%) случаях результаты клинического исследования и МРТ разошлись. У 6 больных клинически установлена более высокая стадия: у 1 — IIВ (при МРТ IB2), у 5 — IIIВ (при МРТ у 1 — IIА, у 4 — IIВ). У 1 больной клинически установлена IIА стадия, в то время как при МРТ более высокая (IIВ) стадия. МРТ выявила увеличение лимфоузлов таза у 8 (36%) больных, парааортальных — у 1 (5%). В соответствии с национальными алгоритмами диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями, утвержденными приказом МЗ Беларуси № 80 от 09.02.2007, при выборе метода лечения больных РШМ принципиальное значение имеют объем поражения органа, наличие опухолевой инвазии параметрия, а также метастазов в подвздошных и/или парааортальных лимфоузлах. Представленные выше данные МРТ явились основанием для изменения тактики лечения у 10 (45%) больных.

Выводы. Данные клинического и МРТ-стадирования расходятся у 32% пациенток. Результаты МРТ влияют на выбор тактики лечения у 45% больных. При наличии соответствующих технических возможностей клиническое стадирование РШМ целесообразно дополнять МРТ.

О. В. Чулкова, Е. Г. Новикова, С. М. Пронин, А. Г. Серова

ЗНАЧЕНИЕ ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ В АЛГОРИТМЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

*ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт
им. П. А. Герцена Росздрав, Москва, Российская Федерация*

До сих пор диагностика предрака и начального рака эндометрия остается одной из самых актуальных проблем в онкогинекологии. Поиск и выявление предраковых изменений слизистой оболочки матки с формированием групп риска для последующего наблюдения или лечения объединяет интересы гинекологов и онкогинекологов. Все более широкое применение в клинической онкологии современных методов диагностики, основанных на достижениях смежных наук, а именно: химии, биологии и квантовой физики, — сделало возможным решение данной задачи. Одними из наиболее перспективных считают флуоресцентные методы. Принцип их действия основан на возможности распознавания злокачественного новообразования по индуцированной световым излучением характерной флуоресценции экзогенных или эндогенных флуорохромов.

Цель исследования. Проведение флуоресцентной цервикогистероскопии при патологии эндометрия с препаратом Аласенс для выявления скрытых микроскопических опухолевых очагов и определения границы распространения опухолевого процесса.

Материалы и методы. Аласенс в виде раствора, приготовленного непосредственно перед исследованием, вводят в полость матки. Оптимальный временной интервал для максимальной флуоресценции составляет в среднем 2 ч. При введении Аласенса аллергических реакций не отмечено. После этого под внутривенной анестезией проводят цервикогистероскопию (система «D-Light», «Karl Storz»). Изображение изучают в белом свете, затем в режиме 5-АЛК (индуцированная флуоресценция PPIX при возбуждении синим светом с длиной волны 380—440 нм).

Результаты. Обследовано 120 женщин с патологией эндометрия, в том числе с фоновыми процессами (железистой гиперплазией и полипами эндометрия), атипической гиперплазией эндометрия и начальным раком тела матки. Возраст больных составил 20—70 лет. Все пациентки разделены на 2 группы.