

**ҚАЗАҚСТАН-РЕСЕЙ МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ**

**Твқырыбы:Хориокарцинома**

**Орындаған: Қыдыркен А**

**Тексерген:Садық М.С**

# ПЛАН:

1. Введение

2. Этиология

3. Патогенез

4. Классификация

5. Клиническая картина

6. Диагностика

7. Лечение



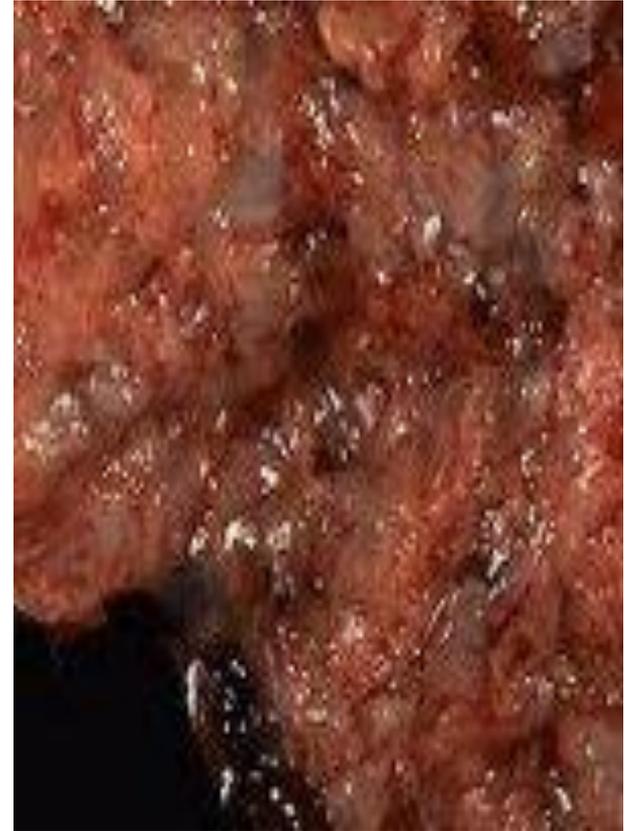
# Хориокарцинома

Хориокарцинома может возникать при беременности, завершившейся живорождением, мёртворождением, абортom, а также при вне-маточной беременности и пузырном заносе. У каждой 2-й больной хориокарцинома возникает после полного пузырного заноса, у каждой четвёртой — после самопроизвольного аборта или нормальных родов, относительно редко — после эктопической беременности.

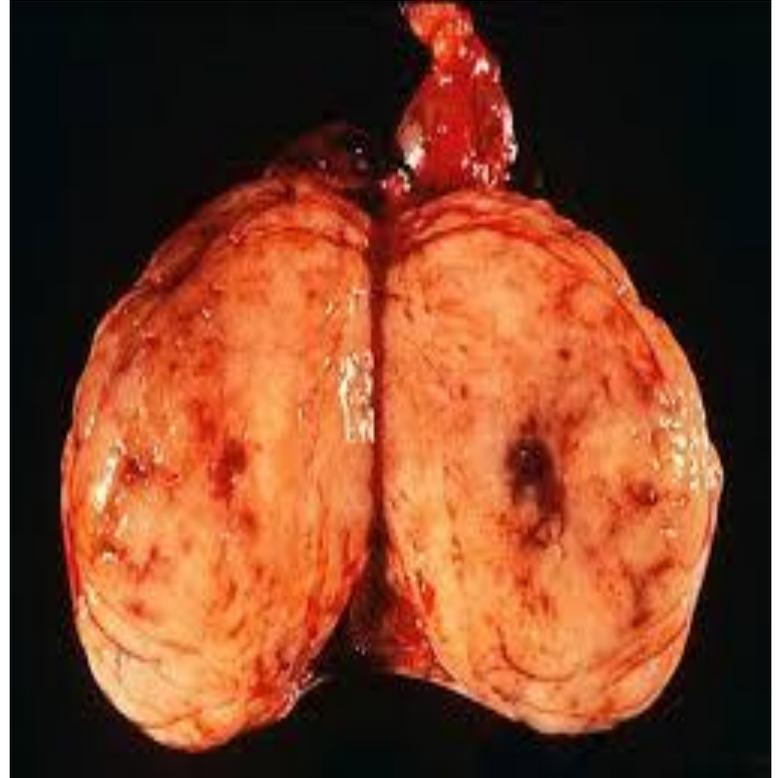


Хориокарцинома метастазирует гематогенным путём, поэтому возможны отдалённые метастазы любой локализации. Тем не менее чаще всего поражаются лёгкие, вульва и головной мозг, существенно реже — печень, почки, толстая и тонкая кишка, селезёнка; метастазы во все другие органы и ткани наблюдаются в единичных случаях.

Быстрому метастазированию способствуют роды и выскабливание полости матки.



Классификация хориокарциномы по TNM Поскольку трофобластические опухоли потенциально излечимы практически у всех больных, основной целью стадирования является определение группы пациентов, которым требуется проведение более интенсивного режима химиотерапии для достижения ремиссии.



**Клиническая картина** хориокарциномы весьма  
вариабельна. Типичный симптом — беспорядочные  
кровянистые выделения различной степени выраженности.  
Иногда они могут быть и гнойными, что  
связано с распадом опухолевых узлов в матке. Боли внизу  
живота возникают при прорастании стенок матки (в таких  
случаях существует  
риск разрыва опухолевого узла с развитием  
внутрибрюшного кровотечения). В некоторых случаях боли  
внизу живота могут быть связаны с  
перекрутом ножки лютеиновой кисты яичника.  
Характерный признак  
заболевания — цианоз слизистой оболочки влагалища и  
шейки матки.



При бимануальном гинекологическом исследовании обнаруживают

размягчённость матки, некоторое увеличение её размеров, болезненность при пальпации, иногда обнаруживают текалютеиновые кисты яичников.

При метастазах в лёгких возникают кашель с мокротой (иногда последняя содержит примесь крови) и боли в грудной клетке, в головном мозге — головные боли, гемиплегия и другие неврологические симптомы, в органах ЖКТ — тошнота, рвота, боли в животе и желудочно-кишечные кровотечения.



**Диагностика.** Ранняя диагностика хориокарциномы основывается на выявлении типичных клинических признаков заболевания, исследовании концентрации (β-ХГЧ в крови и данных УЗИ. Опухоли женских половых органов • 485

- Современные методы определения концентрации (β-ХГЧ в крови позволили существенно уменьшить частоту ложноотрицательных реакций и значительно повысить диагностическую ценность этого серологического маркера. Кроме того, данный метод позволяет проводить мониторинг заболевания в процессе лечения.
- УЗИ позволяет уточнить клинический диагноз, определить локализацию опухоли в матке и её отношение к оболочкам матки, установить размеры и структуру опухолевого узла, выявить особенности сосудистого русла матки, состояние придатков матки и сосудов малого таза. Чувствительность УЗИ в диагностике злокачественных трофобластических поражений матки составляет 90,7%, специфичность — 73,2%.



УЗИ также используют для контроля динамики за-

болевания, что имеет большое значение для своевременной коррекции лечения и профилактики рецидивов. Основной критерий

полного терапевтического эффекта при трофобластической болезни — нормализация ультразвуковой картины, а также отсутствие динамики остаточных изменений в области определяемой ранее трофобластической опухоли (рубец, варикозное расширение вен) в течение 2—3 мес.

Для морфологического подтверждения диагноза хориокарциномы проводят гистологическое исследование соскоба матки (либо удалённых из лёгких, почки, кишечника и других органов метастазов).



# Лечение

Химиотерапия — основной метод лечения трофобластических опухолей.

- I—II стадии заболевания.

— Первая линия химиотерапии.

- Схема 1: метотрексат по 50 мг в/м в 1-, 3-, 5- и 7-й день; кальция фолинат по 6 мг в/м через 30 ч после введения метотрек-

сата во 2-, 4-, 6- и 8-й дни. Курс химиотерапии повторяют на 14-й день (от 1 дня введения метотрексата).

- Схема 2: метотрексат по 20 мг/м<sup>2</sup>

в/в 1 раз в 3 дня до суммарной дозы 150-180 мг, дактиномицин по 500 мкг в/в через день

до суммарной дозы 3,5—4 мг. Курсы лечения повторяют каждые 2 нед.

— Вторая линия химиотерапии (при резистентности опухоли к схемам первой линии): цисплатин по 100 мг/м<sup>2</sup>

в/в капельно с водной нагрузкой и на фоне противорвотной терапии в 1-й день, этопозид по 150 мг в/в капельно на 2-, 3-, 4-, 5-, 6-й день. Курсы лечения повторяют каждые 2 нед.



III—IV стадия заболевания.

— Схема ЦМДВ: цисплатин по 100 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно с водной нагрузкой и на фоне противорвотной терапии, метотрексат по 20 мг/м<sup>2</sup>

в/в 1 раз в 3 дня до суммарной дозы 180—200 мг, дактиномицин по 500 мкг в/в через день до суммарной дозы 4 мг, винкристин по 1,5 мг в/в 1 раз в неделю до суммарной дозы 4,5 мг. Курсы лечения повторяют каждые 2—3 нед при нормальных показателях концентрации креатинина и содержания нейтрофилов в крови.

— У больных с неблагоприятным прогнозом показали свою эффективность схемы ЕМА-СО и ЕНММАС, широко применяемые в клиниках США и Великобритании.

- Схема ЕМА-СО.О



Лучевую терапию проводят при внутричерепных метастазах по следующей схеме: 30 Гр на весь головной мозг (при разовых дозах 2—3 Гр 5 раз в неделю) и локальными полями на опухолевый очаг 10 Гр (при разовой дозе 2 Гр). При проведении лучевой терапии для предотвращения или уменьшения отёка головного мозга необходима дегидратационная терапия.



**Хирургическое лечение.** К оперативному вмешательству обычно прибегают только в экстренных ситуациях — при угрозе жизни больной

(в частности, при маточном кровотечении, возникновении СИМПТОМОВ

внутрибрюшного кровотечения из распадающегося опухолевого узла в матке). Кроме того, хирургическое лечение может быть показано

больным старше 40 лет при отсутствии у них метастазов, когда нет необходимости в сохранении детородной функции. Однако и в этих

случаях целесообразна предоперационная и послеоперационная химиотерапия. Также считают, что операция показана больным с опухолью плацентарного ложа в связи с её малой чувствительностью к химиотерапии.



## Дальнейшее наблюдение, прогноз

При исчезновении всех проявлений заболевания (достижение полной ремиссии) и при завершении основного индукционного лечения целесообразно проведение ещё 1-2 курсов однотипной профилактической химиотерапии. Менструальный цикл восстанавливается через 1—2 мес после окончания лечения у 90% неоперированных женщин, в том числе у 50% больных с излеченными метастазами в лёгких. У 71% женщин с восстановившимся менструальным циклом в последующем наступает беременность, у 65% она заканчивается благополучными родами.



Оптимальный срок для наступления желанной беременности — не менее 1 года после последнего профилактического курса химиотерапии у пациенток с I—II стадией заболевания, и 1,5 года — у пациенток с III—IV стадией заболевания. Оптимальный вариант предохранения от нежелательной и несвоевременной беременности у женщин, перенесших трофобластическую болезнь, — гормональная контрацепция позволяет нормализовать функции яичников, нарушенные вследствие перенесённого заболевания и проводившейся химиотерапии).

Прогноз. Всех больных с I—II стадиями хориокарциномы удаётся полностью излечить. Выживаемость больных с отдалёнными метастазами достигает 85%.



# ЛИТЕРАТУРА

- Онкология Антоненко
- Клиническая онкология 1979 Б Петерсан
- Практическая онкология лекция
- Онкология 2004 Шайн
- Интернет
- Онкология Чиссов



