

ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Л.И. Кох

Кафедра акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации СГМУ, г. Томск

Понятие «трофобластическая болезнь» обобщает несколько связанных между собой форм патологических состояний трофобласта и включает в себя полный и частичный пузырный занос (ПЗ), инвазивный ПЗ, трофобластическую опухоль, способную к инвазивному росту и метастазированию. Возникновение трофобластической болезни возможно при любой беременности, однако злокачественные ее формы чаще отмечаются после пузырного заноса (Мещерякова Л.А., Казаченко В.П., 1998; Берек Дж., 2002).

Что такое пузырный занос? Это изменения хориона, проявляющиеся резким разрастанием ворсин, по ходу которых образуются иузырькообразные расширения различной величины в виде гроздевых конгломератов. Таким образом, может быть изменена часть или все плодное яйцо.

Частота ПЗ в разных странах различная. В Японии 2 на 1 000 беременностей, что в 3 раза выше, чем в Европе и Северной Америке (Новикова Л.А., Григорова Т.М., 1968). Возможно, такое различие лежит в том, что в одном случае определяют распространенность заболевания среди всего населения, а в другом — среди госпитализированных больных.

Факторами риска данной патологии являются (в Италии, США) недостаток каротина в пище, дефицит витамина А, возраст старше 40 лет, лютеиновые кисты в анамнезе. Особенно неблагоприятно, если имеется 2—3 фактора риска (Мещерякова Л.А., Казаченко В.П., 2002). Чаще всего ПЗ встречается в возрасте 20—24 года, затем его частота снижается. Напротив, частота инвазивного пузырного заноса увеличивается с возрастом. У женщин старше 35 лет риск увеличивается в 2 раза, после 45 лет — в 7,5 раза, т.е. пик данной патологии находится в пределах 40-49 лет. Причем вероятность частичного пузырного заноса с возрастом не увеличивается, в отличие от полного. Это еще раз указывает на то, что причины пузырного заноса остаются неизученными.

Простой пузырный занос характеризуется наличием крупных ворсин хориона с отеком стромы и кистозной дегенерацией. Вокруг ворсин отмечаются скопления клеток хориального эпителия.

При пролиферации пузырного заноса ворсины имеют такое же строение, как и при простом, эпителий утолщен, отмечаются участки фибринолитического некроза, цитоплазма клеток вакуолизирована, вокруг цитотрофобласта располагаются синцитиальные элементы в виде протоплазматических масс, содержащих различное количество ядер округлой формы. Критериями злокачественности являются выраженная анаплазия клеточных элементов, наличие значительного количества митозов как в цитотрофобласте, так и в переходных формах, участки некроза и кровоизлияния.

Деструктирующий пузырный занос характеризуется прорастанием пузырьковую тканью всей толщи миометрия. Матка при этом приобретает белеватого-желтый или темно-красный цвет с пузырьками. Отмечаются интенсивная пролиферация хориального эпителия, его анаплазия, отек стромы и распространение по венам, глубокая инфильтрация и отек стенки сосудов. Деструктирующий ПЗ развивается только после простого ПЗ.

Различия между полным и частичным пузырным заносом строятся на данных гистологии и определении кариотипа. Самый частый кариотип при ПЗ—46, XX, причем все хромосомы отцовские.

Такой кариотип образуется при оплодотворении яйцеклетки, не содержащей ядра или имеющей поврежденное ядро. После оплодотворения гаплоидный набор хромосом сперматозоида удваивается. В 10% кариотип при полном пузырном заносе — 46, XY. При этом все хромосомы также отцовские. В отличие от хромосом, ДНК митохондрий имеет материнское происхождение.

Клиника пузырного заноса. Полный пузырный занос характеризуется следующими показателями:

1. Кровянистые выделения из половых органов в 97% случаев. Они обусловлены отслойкой плаценты от децидуальной оболочки. В 50% случаев кровянистые выделения обильные, НЬ падает до 100 г/л, чаще данная жалоба отмечается во II триместре беременности.

2. Увеличение матки у 50% пациенток. Матка увеличивается за счет роста хориона и скопления крови.

3. Преэклампсия у 27% беременных, эклампсия редко. У них же отмечено увеличение матки и высокий уровень р-субъединицы ХГ в сыворотке крови.

4. Неукротимая рвота беременных. Возможны тяжелые водно-электролитные нарушения.

5. Тиреотоксикоз встречается у 7% беременных женщин с полным ПЗ, отмечается тахикардия и тремор. Кожа теплая, влажная. Диагноз подтверждается при повышении уровней тиреоидных гормонов в сыворотке крови. Тиреотоксикоз развивается при значительном повышении уровня [3-субъединицы ХГ в сыворотке крови.

6. Эмболия ветвей легочной артерии. При этом развивается дыхательная недостаточность у 2% беременных с полным пузырным заносом, встречается при большой матке и высоком уровне Р-субъединицы. Это осложнение обычно возникает во время или после эвакуации пузырного заноса. Помимо эмболии, дыхательная недостаточность может быть обусловлена при полном ПЗ тиреотоксическим кризом, преэклампсией, а также отеком легких на фоне массивной инфузионной терапии.

7. Текалютеиновые кисты яичников. Крупные кисты - более 6 см — возникают у 50% с полным пузырным заносом. Их появление обусловлено высоким уровнем ХГ, который постоянно стимулирует яичники. После эвакуации ПЗ эти кисты исчезают через 2-4 мес самостоятельно. При больших размерах кист может отмечаться распирание, ощущение давления в животе.

Пузырный занос — обычно случайная находка при медицинском аборте или напоминает выкидыш в связи с возникшим кровотечением. Клиника не всегда отчетлива, лютеиновые кисты при неполном ПЗ редки, так же как и высокий уро-

вень (3-субъединицы (только у 6,6% он превышал 100000 МЕ/л).

Полный пузырный занос представлен чаще отчетливой клиникой, описанной выше. После его эвакуации у 15% больных развиваются трофобластические опухоли (а при неполном — только в 4% случаев).

Диагностика пузырного заноса строится на клинике, жалобах, если они есть, объективных данных. При УЗИ определяются симптом «снежной бури», диффузный отек ворсин хориона и множественные полости. Ценность метода достигает 90%. Важным диагностическим критерием является определение (3-ХГ в сыворотке крови в динамике.

Лечение пузырного заноса. В настоящее время при тяжелых осложнениях пузырного заноса вначале лечат его осложнения: преэклампсию, тиреотоксикоз, водно-электролитные нарушения и анемию. После нормализации состояния беременной производят опорожнение матки.

Экстирпация матки производится при полном пузырном заносе, если женщина не желает иметь больше детей. При этом яичники следует оставить, даже при наличии текалютеиновых кист. Последние можно пунктировать. Так как возможны метастазы к моменту операции, необходимо в дальнейшем тщательное наблюдение и определение уровня Р-субъединицы ХГ в сыворотке крови в динамике.

Если женщина планирует иметь детей, показана вакуум-аспирация независимо от размеров матки. Последовательность действия в этих случаях:

1. Введение окситоцина еще до начала анестезии.

2. Быстрое расширение цервикального канала, поскольку оно сопровождается обильным кровотечением.

3. Быстрая вакуум-аспирация.

4. Выскабливание полости матки. После окончания вакуум-аспирации осторожно произвести ДВ, чтобы убедиться в полной эвакуации пузырей.

5. Клетки трофобласта экспрессируют Rh 0 (D), поэтому больным с Rh-отрицательной кровью во время операции вводят анти-Rh (D)-иммуноглобулин.

Необходимость проведения химиотерапии возникает только у 8% больных после эвакуации пу-

зырного заноса. Частота злокачественной трансформации при полном пузырном заносе составляет 1:12, при частичном - 1:200 (Newlands E.S., Bagshawe K.D., 1979).

После эвакуации пузырного заноса уровень [3-субъединицы ХГ в сыворотке крови нормализуется спустя 6-8 нед, реже — через 16 нед. При выявлении плато или увеличении уровня ХГ в сыворотке крови в течение 3 нед после эвакуации ПЗ производят дополнительно УЗИ органов брюшной полости, включая малый таз, рентгенографию легких. При отсутствии признаков болезни продолжают определение уровня ХГ 1 раз в 2 нед до нормализации показателей. Затем частоту определения ХГ снижают: в первые 6 мес 1 раз через 1,5 мес, а последующие 6 мес 1 раз в 2 мес; на 2-й год ХГ определяют 1 раз в 4 мес, на 3-й и 4-й год — 1 раз в год. Беременность разрешают после завершения наблюдения. В период наблюдения беременность противопоказана. Предохранение от беременности необходимо, но ВМС противо-

показано. Этот метод возможен только после нормализации уровня [3-субъединицы ХГ, рекомендуют ОК или барьерные методы.

Беременность и роды после пузырного заноса обычно протекают нормально. Риск повторного пузырного заноса при последующей беременности возникает в 1% случаев. При повторной беременности у больной, перенесшей пузырный занос, необходимо производить следующее:

1. УЗИ малого таза 1 раз в триместр.
2. Тщательное гистологическое исследование плаценты или плодного яйца в зависимости от исхода беременности.
3. Определение уровня ХГ в течение 6 нед после завершения беременности.

Таким образом, диагностика, тактика при пузырном заносе в настоящее время достаточно хорошо разработаны, что значительно снизило, возникновение трофобластической болезни, требующей различных комбинаций при проведении химиотерапии.