

ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

*Дадаходжаева Шохистахон Азизуллаевна
Андижанский техникум общественного
здравоохранения имени Абу Али Ибн Сины,
Главный преподаватель кафедры акушерства и гинекологии*

Аннотация: Пузырный занос входит в группу, так называемых, трофобластических заболеваний. Под термином «трофобластическая болезнь» гинекология объединяют различные формы патологии трофобласта: простой и инвазивный пузырный занос, хорионкарциному, опухоль ложа плаценты и эпителиоидную трофобластическую опухоль.

Ключевые слова: Пузырный занос, опухоль, инфекция.

Пузырный занос – патология плодного яйца, характеризующаяся трансформацией ворсин наружной зародышевой оболочки (хориона) в цисты - содержащие жидкость пузырьки, разрастанием эпителия ворсин, гибелью плода. Пузырный занос проявляется ранним токсикозом, кровотечениями, увеличением размеров матки по сравнению со сроком гестации. Пузырный занос обнаруживается с помощью вагинального исследования, УЗИ, определения содержания β -ХГ, ФКГ плода. Лечение заключается в удалении пузырного заноса путем вакуум-аспирации, кюретажа полости матки, иногда – в проведении гистерэктомии.



Пузырный занос входит в группу, так называемых, трофобластических заболеваний. Под термином «трофобластическая болезнь» гинекология объединяют различные формы патологии трофобласта: простой и инвазивный пузырный занос, хорионкарциному, опухоль ложа плаценты и эпителиоидную трофобластическую опухоль. Злокачественные опухоли трофобласта могут развиваться в процессе беременности, после аборта, внематочной беременности, родов, но чаще являются следствием пузырного заноса.

Пузырный занос развивается в 0,02-0,8% случаев от всех беременностей. При данной патологии отмечается резкий отек стромы и разрастание ворсинок хориона с образованием пузырькообразных расширений, напоминающих грозди

винограда. Пузырьки (цисты) достигают размеров 25 мм, содержат опалесцирующую или желтоватую жидкость, в составе которой присутствуют аминокислоты, глобулины, альбумины, хорионический гонадотропин. Как правило, цисты лишены сосудов; изредка в них определяются единичные сформированные капилляры. Микроскопически элементы пузырьного заноса характеризуются кистозной и отечной дегенерацией стромы, отсутствием признаков васкуляризации, гипертрофией эпителия трофобласта (синцития, ланггансова слоя).

Пузырный занос развивается в результате хромосомных гестационных нарушений. Полный вариант пузырьного заноса (однородительская дисомия) возникает при потере материнских генов и дублировании гаплоидного набора отцовских генов либо при одновременном оплодотворении двумя сперматозоидами неполноценной безъядерной яйцеклетки. Для частичного варианта пузырьного заноса характерна триплодия, являющаяся следствием диспермии или оплодотворения яйцеклетки сперматозоидом с диплоидным набором хромосом. При частичном пузырьном заносе у плода часто отмечаются множественные пороки развития.

Существуют гипотезы о перерождении ворсинок хориона под влиянием инфекции - вирусов, паразитов (токсоплазмы), а также гипоэстрогении. Пузырный занос в 3 раза чаще развивается при повторных беременностях, у юных пациенток или беременных старше 35-40 лет. Пузырный занос может являться осложнением внематочной беременности и локализоваться в фаллопиевой трубе. Вероятность пузырьного заноса повышается при многократных родах, прерываниях беременности, иммунодефиците, тиреотоксикозе, недостаточности в пище животных жиров и витамина А, близкородственных браках.

По степени перерождения ворсинок хориона различают полный и частичный пузырьный занос. При полной форме пузырьного заноса трансформация затрагивает все ворсинчатые элементы хориона; при частичной – лишь их определенную часть. В обоих случаях плод погибает, но развитие пузырьного заноса продолжается, что сопровождается быстрыми увеличениями размеров матки.

Полный пузырьный занос обычно выявляется на сроках 11-25 недель гестации, чаще содержит диплоидный хромосомный набор 46XX, при этом обе X-хромосомы являются отцовскими. В 3-13% наблюдений встречается комбинация 46XY со всеми отцовскими хромосомами. При полном пузырьном заносе признаки развития зародыша и эмбриона отсутствуют, визуализируются пузырьки и отечные ворсинки хориона. Клинически полный пузырьный занос проявляется увеличением размеров матки по сравнению со сроком

беременности. В 20% случаев пузырный занос подвергается злокачественной трансформации и развитию метастатических трофобластических опухолей.

Сроки развития частичного пузырного заноса variabelны: патология может диагностироваться на сроке 9-34 недель гестации. Частичные пузырные заносы триплоидны (69XXX, 69XXY, 69XYY), в их наборе содержится одна материнская хромосома, макроскопически встречаются фрагменты неизмененного зародыша и плаценты, отечные ворсины хориона. Клинически величина матки соответствуют или меньше срока гестации. Вероятность злокачественной трансформации составляет до 5%.

Кроме этого, встречается деструктивная (инвазивная) форма пузырного заноса, характеризующаяся прорастанием ворсин в глубину миометрия и разрушением тканей. Проллиферирующее вторжение ворсин в миометрий может сопровождаться тяжелым интраперитонеальным кровотечением. По гистотипу в зависимости от соотношения клеточных структур трофобласта выделяют смешанный, синцитиальный, цитотрофобластический пузырный занос.

В процессе ведения беременности предположить наличие пузырного заноса можно по ряду характерных признаков. Одним из ведущих симптомов служит выделение из половых путей жидкой темной крови, содержащей отторгнутые пузырьки заноса. Кровотечение может приводить к значительной анемизации беременной и даже принимать угрожающий для жизни характер. При инвазивной форме глубокое прорастание элементов пузырного заноса в толщу миометрия может осложняться прободением матки и массивным внутрибрюшным кровотечением.

Вследствие быстрого разрастания пузырьков заноса происходит сравнительно быстрое увеличение матки, при котором ее размеры не соответствуют предполагаемому гестационному сроку. При пузырном заносе часто отмечается токсикоз, сопровождающийся тошнотой, многократной рвотой, слюнотечением, истощением, нарастающей печеночной недостаточностью, симптомами гестоза, преэклампсии и эклампсии уже в I триместре.

Поскольку при пузырном заносе плод, как правило, погибает в ранние сроки, то отсутствуют достоверные признаки беременности – части плода не определяются пальпаторно и с помощью УЗИ, сердцебиение не прослушивается и не регистрируется аппаратными методами, движения плода отсутствуют. При этом проведение биологических и иммунологических тестов на беременность дает положительный результат.

В 30-40% наблюдений у пациенток выявляются двусторонние текалютеиновые кисты, которые самостоятельно регрессируют после удаления пузырного заноса. Наибольшую опасность пузырный занос представляет ввиду

возможности возникновения злокачественных гестационных трофобластических опухолей, метастазирующих в стенки вульвы и влагалища, легкие, головной мозг, органы брюшной полости.

Существуют гипотезы о перерождении ворсинок хориона под влиянием инфекции - вирусов, паразитов (токсоплазмы), а также гипоэстрогении. Пузырный занос в 3 раза чаще развивается при повторных беременностях, у юных пациенток или беременных старше 35-40 лет. Пузырный занос может являться осложнением внематочной беременности и локализоваться в фаллопиевой трубе. Вероятность пузырного заноса повышается при многократных родах, прерываниях беременности, иммунодефиците, тиреотоксикозе, недостаточности в пище животных жиров и витамина А, близкородственных браках.

Угрожающим осложнением пузырного заноса может стать развитие хорионэпителиомы (хорионкарциномы) - злокачественной формы трофобластической болезни. Хорионэпителиома характеризуется инвазивным прорастанием матки, массивным метастазированием в легкие, печень, головной мозг и может приводить к летальному исходу. Нередко после пузырного заноса развиваются внутриматочные инфекции, метротромбофлебит, тромбозы, септицемия. У 30% женщин после пузырного заноса отмечается бесплодие, у 14% - аменорея.

При выявлении пузырного заноса лечебная тактика заключается в его удалении. Пузырный занос удаляют путем вакуум-аспирации с контрольным кюретажем после предварительной дилатации шейки матки. Для лучшего сокращения матки назначают окситоцин или питуитрин. Иногда наблюдается самостоятельное изгнание пузырного заноса из полости матки. При развитии угрожающего кровотечения или выполненной репродуктивной функции производится гистерэктомия - удаление матки без придатков. Удаленные ткани в обязательном порядке подлежат гистологическому изучению.

После эвакуации пузырного заноса в течение следующих 2-х месяцев у пациентки проводится еженедельное определение ХГЧ в сыворотке крови, УЗИ малого таза 1 раз в 2 недели, рентгенография легких. При отсутствии признаков развивающейся хорионэпителиомы последующая химиотерапия не показана. Диспансерное наблюдение онкогинеколога после перенесенного пузырного заноса осуществляется в течение 2-х лет. На этот срок рекомендуется предохранение от беременности с помощью оральной контрацепции.

Литература:

1. [Пузырный занос](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1983. — Т. 21 : Преднизолон — Растворимость. — 560 с. : ил.
2. Савельева Г.М., Серов В.Н., Радзинский В.Е. Гинекология. Национальное руководство. Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2020 г. – 1040 с.
3. Ульрих Е.А., Дикарева Е.Л., Жамборова О.А. и другие. Злокачественная трофобластическая болезнь: редкая опухоль, требующая персонализированного лечения. Современное состояние проблемы. Российский журнал персонализированной медицины. 2022;2(4):44-55.