

Пухирний занесок – клінічні аспекти діагностично-лікувальної тактики

М.Й. Малачинська^{1,2}

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

²Львівський обласний центр репродуктивного здоров'я населення

У статті представлено аналіз змін діагностично-лікувальних підходів до пухирного занеска (ПЗ) за десятирічний період. Відзначено, що для останнього періоду спостережень характерними є більш рання діагностика розвитку ПЗ, наявність різних ультразвукових картин патології, що вимагає кваліфікованого оцінювання результатів обстеження з обов'язковим визначенням сироваткового рівня хоріогонічного гонадотропіну людини для своєчасної діагностики ПЗ.

Ключові слова: пухирний занесок, ультрасонографія, вагітність.

Пухирний занесок (ПЗ), незважаючи на відносну рідкість, посідає особливе місце у патології репродуктивної системи [7, 8]. Небезпека малігнізації, порушення репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку, які мають найбільший репродуктивний та соціальний потенціал, надає проблемі ПЗ значної медико-соціальної актуальності [1, 3, 6, 10].

Вагітність, яка перебігає фізіологічно, є складним біологічним процесом, у становленні адаптаційно-регуляторних механізмів якого провідна роль належить ендокринній та імунній системам. Різноманітні патологічні впливи зовнішнього та внутрішнього середовища, поширеність шкідливих звичок, соціально-економічна нестабільність спричиняють дискоординацію діяльності репродуктивної системи, що може реалізуватися патологією вагітності, зокрема розвитком ПЗ – доброякісної пухлини, яка є наслідком патологічного запліднення [1, 11].

Незважаючи на тривалу історію вивчення і значне розширення знань щодо різноманітних аспектів ПЗ, на сьогодні відсутні достовірні епідеміологічні характеристики часткового та повного ПЗ; залишаються суперечливими погляди на ризик невиношування вагітності та особливості гестаційного процесу після перенесеного ПЗ тощо [2, 4, 9, 11]. В останні роки активно дискутуються доцільність класифікації ПЗ як 0 стадії трофобластичних пухлин і виділення клінічних прогностичних факторів агресивності перебігу ПЗ поряд із визначенням рівня хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) у сироватці крові [4].

Зберігаються труднощі ранньої діагностики уражень позазародкових елементів і плода при ПЗ, неузгодженість в описі клінічних випадків, чому сприяє як невелика поширеність патології, так і відсутність централізованих баз даних в Україні [5, 9]. Так, за даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2009 г. був зареєстрований 231 випадок ПЗ, що складає 0,19 випадку на 10 000 жінок фертильного віку [5]. Частота виникнення різних форм трофобластичної хвороби за даними одного з найбільших трофобластичних центрів (міжрегіональний Центр в Шеффільді, Велика Британія): повний ПЗ – 72,2%, частковий ПЗ – 5%, хоріокарцинома – 17,5%, інші форми – 5,3%.

Потребують розроблення питання прегравідарної підготовки даної групи хворих, пошук шляхів оптимізації пе-

ребігу наступної вагітності з метою покращання перинатальних наслідків.

Однак увага не тільки онкогінекологів, але й акушерів-гінекологів до проблеми ПЗ має бути зосереджена на тому факті, що у жінок з ПЗ в анамнезі ризик розвитку найбільш злоякісної пухлини репродуктивних органів – хоріокарциноми складає 1,3% порівняно з 0,005% у жінок без ПЗ [8, 10].

Мета дослідження: аналіз змін діагностично-лікувальних підходів до ПЗ протягом десятилітнього періоду спостережень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено порівняльний аналіз діагностично-лікувальних підходів до ПЗ за два п'ятирічних періоди – 2003–2007 роки та 2008–2013 роки.

Ретроспективно проаналізовано 58 (56,9%) патоморфологічно верифікованих випадків ПЗ за даними медичної документації пацієнток, які перебували на стаціонарному лікуванні у гінекологічних відділеннях м. Львова у 2003–2007 роках (1-а група). У наступний п'ятирічний період (2008–2013 роки.) під спостереженням перебували 44 (43,1%) пацієнтки з ПЗ (2-а група).

Вивчення соматичного статусу, об'єктивне загальносоматичне, клініко-лабораторне, гінекологічне обстеження та клінічне обстеження грудних залоз пацієнток 2-ї групи проводили рутинними методами. Ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза проводили методами трансабдомінальної та трансвагінальної ехографії в режимі реального часу за стандартною методикою на ультразвуковому апараті Sono Ace 9900. Визначення β -субодиниці ХГЛ проводили імунохемилюмінесцентним методом (ECL) на аналізаторі Cobas 6000 (тест-системи Roche Diagnostics, Швейцарія).

Отримані результати аналізували з використанням сучасних методів варіаційної статистики і стандартних програм статистичного аналізу Microsoft Excel 5.0 та «Statistica 6.0».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведений аналіз дозволив уточнити особливості клінічного перебігу вагітності при її ускладненні ПЗ та основні діагностично-лікувальні помилки, що зустрічаються у практиці при веденні хворих із ПЗ.

Середній вік хворих із ПЗ за даними ретроспективного дослідження складав $24,4 \pm 4,1$ року (1-а група). Частковий ПЗ мав місце у 11 (18,9%) випадках, у 47 (81,1%) – повний. Переважна більшість пацієнток (42–72,4%) були першо-вагітними, у однієї (6,25%) з повторновагітних жінок ПЗ був діагностований вдруге.

Для 8 (13,8%) пацієнток 1-ї групи (ретроспективний аналіз) з частковим ПЗ характерною була клініка загрози переривання вагітності – незначні кров'янисті виділення в 12–15 тиж, що і було причиною скерування вагітних у гінекологічний стаціонар. При цьому відсутністю УЗД та визначення рівня ХГЛ було зумовлено проведення терапії, спря-

мованої на збереження вагітності протягом $9,3 \pm 3,1$ доби у 6 (75%) з них та відтермінування верифікації діагнозу і евакуації ПЗ. У 3 (5,2%) випадках за відсутності скарг у вагітних і в разі пізнього звернення у жіночу консультацію клінічно підозра на діагноз часткового ПЗ була підтверджена при проведенні УЗД у 16–18 тиж вагітності.

У 17 (29,3%) випадках серед вагітних 1-ї групи повний ПЗ був діагностований на амбулаторному етапі за сукупністю клінічних, УЗ-ознак та за рівнем ХГЛ у 10–14 тиж вагітності. У той самий час у 26 (44,8%) випадках при аналогічних клінічних проявах пацієнток направляли в стаціонар у 9–19 тиж вагітності з діагнозами: мимовільний викидень, що розпочався; завмерла вагітність; багатоплідна вагітність; багатоводдя; підозра на позаматкову вагітність. У 7 (12,1%) пацієнток ретроспективної групи до госпіталізації у стаціонар проводили лікування загрози переривання вагітності без відповідного обстеження, що призвело до госпіталізації ургентно з масивною матковою кровотечею у 14–16 тиж вагітності. У 20 (34,5%) пацієнток 1-ї групи були виявлені лютеїнові кісти яєчників. Привертав увагу той факт, що у більшості випадків пізня діагностика мала місце у разі часткового ПЗ.

Остаточну верифікацію діагнозу ПЗ проводили у всіх випадках після гістологічного дослідження. Видалення пухирної маси проводили у 17 (29,3%) випадках шляхом вакуум-аспірації з наступним гострим кюретажем, у 40 (68,96%) – методом гострого кюретажу. У одному випадку (1,7%) у пацієнтки, скерованої у стаціонар з підозрою на прогресивну позаматкову вагітність, високий сироватковий рівень ХГЛ та дані УЗД дали підставу запідозрити трофобластичну трансформацію трубнової вагітності, що підтверджено морфологічним дослідженням операційного матеріалу після проведення лапаротомної тубектомії.

Надзвичайно важливим є проведення моніторингу після евакуації ПЗ, для чого використовують оцінку проліферативного потенціалу ПЗ та визначення рівня ХГЛ в динаміці. Однак згідно з даними ретроспективного дослідження, хоча дослідження рівня ХГЛ однократно було проведено в стаціонарі, динамічне визначення рівня ХГЛ не було рекомендовано при виписці 12 (20,7%) хворим, рентгенографія легень перед випискою зі стаціонару проведена у 86,2% випадків, контрацепція була рекомендована всім пацієнткам без уточнення рекомендованого методу контрацепції.

Таким чином, ретроспективний аналіз засвідчив, що у період 2003–2007 років своєчасність встановлення діагнозу, адекватність діагностично-лікувальних та реабілітаційних заходів щодо пацієнток з ПЗ тільки частково відповідали рекомендаціям FIGO (2000).

У період 2008–2013 років повний ПЗ на амбулаторному етапі на основі ультрасонографічного обстеження та визначення рівня ХГЛ було діагностовано у 39 (88,6%) вагітних в терміні 6–9 тиж. Клінічно невідповідність величини матки терміну вагітності спостерігали тільки у 12 (30,8%) випадків. З приводу незначних кров'янистих виділень з піхви на обстеження звернулись 5 (11,4%) вагітних у терміні вагітності 14–16 тиж, при цьому привертав увагу факт, що при проведенні УЗД у терміні 7–9 тиж патологія вагітності виявлена не була.

При проведенні сонографічного дослідження нами визначено чотири варіанти УЗ-картини ПЗ. Аномальне плодове яйце з гіоплазованою амніотичною порожниною без ембріона з асиметричним різким потовщенням хоріальної оболонки візуалізовано у 9 (20,5%) хворих (перший варіант УЗ-картини). При другому варіанті УЗ-картини, який мав місце у 7 (15,9%) пацієнток, візуалізувалось плодове яйце з наявністю амніотичної порожнини і ембріона, що за розмірами відповідали терміну вагітності, з різким потовщенням та

сотистими ворсинами хоріону. Для третього варіанта УЗ-картини, який спостерігався у 6 (13,6%) хворих, характерною була візуалізація зменшеної амніотичної порожнини з наявністю ембріона або маловоддя з наявністю плода, розміри яких не відповідали терміну гестації, ділянок незміненого хоріона і ділянок з різким потовщенням та сотистими ворсинами хоріона. У 22 (50,0%) жінок в порожнині матки за відсутності зародка виявлялась гомогенна дрібнозерниста тканина губчастої будови з підвищеною гідрофільністю (класична картина «снігової бурі»), що відповідало четвертому варіанту УЗ-картини. У 12 (27,3%) хворих виявлено лютеїнові кісти яєчників, які мали вигляд багатокамерних утворень розмірами від 5 до 9 см з кістами від 10 до 15 мм в діаметрі з анехогенним вмістом.

Визначення рівня ХГЛ у сироватці крові було вирішальним у встановленні діагнозу у 16 хворих, у яких сонографічна підозра на ПЗ базувалась на виявленні першого та другого варіанта УЗ-картини, що вимагало диференціації із завмерлою вагітністю й анембріонією. У хворих з підозрою на ПЗ рівні ХГЛ у сироватці крові у всі терміни гестації достовірно перевищували такі для відповідного терміну ($p < 0,001$). Повний ПЗ діагностовано у 31 (70,5%), частковий – у 13 (29,5%) спостережень.

Остаточну верифікацію діагнозу ПЗ проводили у всіх випадках після гістологічного дослідження. Видалення ПЗ у всіх випадках проводили шляхом вакуум-аспірації з наступним ошадним контрольним кюретажем порожнини матки. При патоморфологічному дослідженні діагноз ПЗ був підтверджений у всіх спостереженнях, при цьому у 5 (11,4%) випадках часткового ПЗ був діагностований проліферувальний ПЗ, що визначало необхідність консультації онкогінеколога.

На стаціонарному, а потім на амбулаторному етапі всім пацієнткам проводили визначення рівня ХГЛ у крові в динаміці, УЗ-контроль регресії лютеїнових кіст яєчників.

Визначення рівня ХГЛ проводили на 1, 7, 14-у та 21-у добу після евакуації ПЗ. Нормалізація рівня ХГЛ у 20 (45,5%) пацієнток 2-ї групи спостерігалась через 2 тиж, у 22 (50,0%) – на 3-у тижні спостереження, у 2 (4,5%) випадках в зв'язку з плато ХГЛ на 3-у тижні спостереження пацієнтки були скеровані для подальшого лікування і спостереження у онкологічний диспансер.

ВИСНОВКИ

1. За даними ретроспективного і проспективного досліджень повний пухирний занесок (ПЗ) спостерігається у 3,25 разу частіше за частковий ПЗ.

2. При розвитку ПЗ можуть виявлятися чотири варіанти ультразвукової картини: аномальне плодове яйце з гіоплазованою амніотичною порожниною без ембріона з асиметричним різким потовщенням хоріальної оболонки (перший варіант); плодове яйце з наявністю амніотичної порожнини і ембріона, що за розмірами відповідає терміну вагітності, з різким потовщенням та сотистими ворсинами хоріона (другий варіант); зменшена амніотична порожнина з наявністю ембріона або маловоддя з наявністю плода, розміри яких не відповідають терміну гестації, ділянки незміненого хоріона і ділянки з різким потовщенням та сотистими ворсинами хоріону (третій варіант); наявність у порожнині матки за відсутності зародка гомогенної дрібнозернистої тканини губчастої будови з підвищеною гідрофільністю (класична картина «снігової бурі») – четвертий класичний варіант ПЗ).

3. Для забезпечення своєчасної і адекватної діагностики ПЗ необхідними є кваліфіковане ультразвукове дослідження, обов'язкове визначення рівня хоріонічного гонадотропіну людини у крові у всіх випадках сумнівної ультразвукової картини.

Пузырный занос – клинические аспекты диагностическо-лечебной тактики

М.И. Малачинская

В статье представлен анализ изменений диагностических и лечебных подходов к пузырному заносу (ПЗ) за десятилетний период. Отмечено, что для последнего периода наблюдений характерны более ранняя диагностика ПЗ, наличие различных ультразвуковых картин патологии, что требует квалифицированной оценки результатов обследования с обязательным определением сывороточного уровня хорионического гонадотропина человека для своевременной диагностики ПЗ.

Ключевые слова: *пузырный занос, ультразвукография, беременность.*

Molar pregnancy – clinical aspects of diagnostic and therapeutic management

M.Y. Malachinska

The paper presents an analysis of changes in diagnostic and therapeutic approaches to hydatidiform mole (HM) for the ten-year period. It is noted that for the last observation period is characterized by an earlier diagnosis of molar pregnancy, the presence of various ultrasound pictures of pathology that requires a qualified assessment of the survey results with obligatory determination of serum hCG levels for timely diagnosis of hydatidiform mole.

Key words: *molar pregnancy, ultrasound, pregnancy.*

Сведения об авторе

Малачинская Мария Иосифовна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО «Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого», 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел.: (0322) 75-76-32

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гестационная трофобластическая болезнь. Клиническая онкогинекология / Под. ред. Ф.Дж. Дисаи, У.Т. Крисмана: пер. с англ. под ред. Е.Г. Новиковой. – М.: Практ. мед., 2012.
2. Мещерякова Л.А. Стандартное лечение трофобластической болезни / Л.А. Мещерякова // Практическая онкология. – 2008. – Т. 9, № 3. – С. 160–170.
3. Цип Н.П. Клинические особенности злокачественных трофобластических опухолей, инициированных пузырным заносом, у женщин разных возрастных групп / Н.П. Цип, Л.И. Воробьева // Клиническая онкология. – 2013. – № 1(9).
4. Цип Н.П. Мониторинг больных после удаления пузырного заноса / Н.П. Цип, Л.И. Воробьева // Клиническая онкология. – 2012. – 8 (4). – С. 81–84.
5. Цип Н.П. Эпидемиология пузырного заноса: состояние проблемы в Украине клиническая / Цип Н.П., Л.И. Воробьева // Клиническая онкология. – 2012. – № 6 (2). – С. 56–59.
6. Berkowitz R.S. Current management of gestational trophoblastic diseases / R.S. Berkowitz, D.P. Goldstein // Gynecol Oncol. – 2009. – 112. – P. 654–662.
7. Berkowitz R.S. Clinical practice. Molar pregnancy. / Berkowitz R.S., Goldstein D.P.N. // Engl. J. Med. – 2009. – 360. – P. 1639–1645.
8. FIGO cancer report 2012. Trophoblastic disease / H.Y.S. Ngana, E.I. Kohornb, L.A. Colec [et all] // Int. J. Gynecology & Obstetrics. – 2012. – 119S2. – S130–S136.
9. Kohorn E. Problems with the nomenclature, staging and risk factor scoring of gestational trophoblastic disease / E. Kohorn // J. Gynecol. Oncol. – 2011. – 91 p.
10. Lurain J.R. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole / J.R. Lurain // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2010. – 203 (6). – P. 531–539.
11. Seckl M.J. Gestational trophoblastic disease / M.J. Seckl, N.J. Sebire, R. Berkowitz // Lancet. – 2010. – 376. – P. 717–729.

Статья поступила в редакцию 16.04.2015

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ЖЕНЩИНЫ СМОГУТ РОЖАТЬ В ЛЮБОМ ВОЗРАСТЕ – УЧЕНЫЕ

Уникальный метод дает возможность восстановить фертильность женщин, достигших зрелого возраста с помощью введения в "старую" яйцеклетку с накопившимися в ней генетическими мутациями, здоровых митохондрий, от которых и зависит способность яйцеклетки делиться и расти, пишет med2.ru. А берутся эти митохондрии из соб-

ственных незрелых яйцеклеток представительниц слабого пола. Отмечается, что в США этот метод не получил популярности, так как не нашел поддержки от правительства страны. Хотя он активно применяется в некоторых клиниках Великобритании, Канады, Турции и Объединенных Арабских Эмиратов, специализирующихся на искусственном оплодотворении.

Как утверждают специалисты, этот метод дает возможность забеременеть даже тем, женщинам, которым уже поставлен диагноз бесплодие, а использование современных методов искусственного оплодотворения, таких как ЭКО, не дали желаемых результатов.

<http://health.unian.net>