

## Пузырный занос. Информация для пациенток

### Что такое пузырный занос?

Пузырный занос (ПЗ) – патологическая беременность, результат неправильного зачатия. Это может проявиться кровотечением на ранних сроках беременности и чаще всего обнаруживается при ультразвуковом исследовании (УЗИ).

Основным методом лечения ПЗ является его удаление из матки путем вакуум - аспирации. После этого большинство женщин выздоравливают. Тем не менее, всем пациенткам после удаления пузырного заноса необходимо наблюдаться у гинеколога или онкогинеколога, т.к. у части больных может развиваться злокачественная трофобластическая опухоль (ЗТО).

### Что такое трофобласт?

Трофобласт (от греч. *trophe* — пища, питание и *blastos* — зародыш, росток) - формируется уже через 4-5 дней после оплодотворения из скопления нескольких клеток, образует внешний слой эмбриона (маленького зародыша) и участвует в прикреплении эмбриона к эпителию матки (имплантации), а также в формировании наружного слоя ворсинок **хориона** (части **плаценты**).

Трофобласт (впоследствии хорион) имеет три слоя клеток: внутренний – цитотрофобласт, наружный – синцитиотрофобласт и промежуточный, включающий промежуточные клетки.

Клетки трофобласта вырабатывают специфический белок - гормон хорионический гонадотропин (ХГЧ). Чем больше образуется клеток трофобласта по мере прогрессирования беременности, тем выше уровень ХГЧ.

### Пузырный занос. Откуда?

Частота пузырного заноса составляет 0,5-10 случаев на 1000 беременностей.

Пузырный занос является результатом нарушения оплодотворения. Существует полный пузырный занос и частичный пузырный занос.

Половые клетки (яйцеклетка и сперматозоид) несут в себе половину генетического материала (материнского и отцовского соответственно). При оплодотворении генетические материалы объединяются, формируя полноценный геном эмбриона. При полном пузырном заносе яйцеклетка теряет хромосомный генетический материал по необъяснимым на сегодняшний день причинам. Происходит оплодотворение пустой яйцеклетки одним или двумя сперматозоидами и формируется клетка с чисто отцовским неполноценным генотипом. Эмбрион (плод, ребенок) в такой ситуации отсутствует, однако формируется патологический трофобласт, развивается ненормальный хорион (а затем и плацента) с большим количеством пузырьков, похожий на гроздь винограда. Так формируется

патологическая беременность – полный пузырный занос. Такая беременность часто сопровождается влагалищными кровотечениями разной интенсивности. Выкидыш при полном пузырном заносе (ППЗ) происходит как правило на 16-18 неделе беременности, однако в наши дни диагноз устанавливается намного раньше благодаря ультразвуковому исследованию.

Частичный пузырный занос также развивается в результате нарушения процесса оплодотворения. Нормальная яйцеклетка оплодотворяется двумя сперматозоидами, в результате чего образуется тройной набор хромосом. Так как в наборе хромосом есть и отцовские, и материнские хромосомы, то эмбрион развивается. Однако в связи с наличием аномального тройного набора хромосом, плод не развивается нормально, имеет множество грубых патологий и нежизнеспособен.

### **Как устанавливают диагноз?**

Часто первым признаком патологической беременности является влагалищное кровотечение различной степени. Это – повод незамедлительного обращения к своему гинекологу.

После осмотра врачом выполняется УЗИ органов малого таза. Это метод в настоящее время является высокоинформативным и абсолютно безопасным.

Далее пациентке рекомендуют определить уровень общего ХГЧ в крови, важен его контроль в динамике. При нормально протекающей беременности уровень ХГЧ должен соответствовать сроку беременности. При значительном повышении ХГЧ врач может заподозрить патологическую беременность, полный пузырный занос. Другим важным маркером является альфа-фетопротеин (АФП), который отражает динамику развития эмбриона. В норме оба этих маркера следует контролировать раз в 4 недели во время беременности. При появлении отклонений от нормы женщине следует всегда обращаться дополнительно к своему гинекологу.

Диагноз частичного пузырного заноса практически всегда может быть установлен при первом скрининге беременности.

Полный пузырный занос при ультразвуковом исследовании выявляется раньше, т.к. элементы плода отсутствуют.

### **Как лечить пузырный занос?**

Пациентка с таким диагнозом направляется гинекологом в акушерско-гинекологический стационар. Здесь ей выполняют удаление пузырного заноса путем вакуум-аспирации содержимого матки: удаление патологического содержимого полости матки специальным вакуумным аспиратором.

Удаленные ткани отправляют на гистологическое исследование. Результат исследования пациентка должна непременно получить и показать своему гинекологу.

Дополнительно выполняют УЗИ органов малого таза и определяют уровень общего ХГЧ в крови.

Если у Вас резус-отрицательная кровь, то после вакуум-аспирации содержимого полости матки врач назначит Вам введение антирезусного иммуноглобулина.

Химиотерапия после эвакуации пузырного заноса не назначается.

После эвакуации пузырного заноса пациентке следует контролировать уровень бета-ХГЧ в крови 1 раз в неделю до нормализации (5 мМЕ/мл), затем ежемесячно в течение года, соблюдать контрацепцию в течение 1 года.

После первого года успешного наблюдения рекомендуется контролировать уровень ХГЧ с периодичностью раз в 2-3 месяца не менее 3 лет.

**Что делать, если обнаружен пузырный занос при нормально развивающейся беременности?**

Очень редко встречается **частичный пузырный занос и развивающийся плод**. Как правило, это может быть при многоплодной беременности: один плод развивается нормально, второй – патологически изменен и представлен пузырным заносом.

**Решение о сохранении и вынашивании такой беременности принимают только на консилиуме с участием экспертов: акушера-гинеколога и онколога-гинеколога экспертных центров, обладающих положительным опытом ведения подобных беременностей.**

Вынашивание беременности возможно, если исключены пороки развития и хромосомные нарушения у плода. Следует знать, что вынашивание такой беременности сопряжено с рисками осложнений. Поэтому необходимо взвешенное решение пациентки, акушера-гинеколога и гинеколога-онколога экспертного уровня для совместного планирования ведения беременности и родоразрешения.

После завершения беременности, ассоциированной с пузырным заносом, пациентке необходимо будет также наблюдать за уровнем ХГЧ, как после удаления пузырного заноса (еженедельно). Вероятность развития злокачественной трофобластической опухоли после родов не выше, чем после прерывания беременности, ассоциированной с пузырным заносом. При возникновении ЗТО проводится химиотерапия, которая приводит к полному выздоровлению пациентки.

Существует еще один вариант пузырного заноса - инвазивный пузырный занос, при котором ткань пузырного заноса прорастает в мышечный слой матки. Как правило, это происходит при наличии полного пузырного заноса на больших сроках беременности.

Такой диагноз может быть поставлен только при исследовании удаленной матки, что бывает крайне редко.

Если вы хотите получить более подробную информацию о пузырьном заносе, то, безусловно, ваш врач об это расскажет.

Ученые до сих пор не могут ответить на вопрос: почему развивается пузырьный занос. Если у вас уже был пузырьный занос, то вероятность повторения составляет около 1%.

Если у вас есть пузырьный занос, это не означает, что у вас есть злокачественная опухоль. Диагноз ЗТО устанавливает специалист гинеколог-онколог на основании данных анамнеза и результатов обследования больной.

Всем женщинам, перенесшим пузырьный занос, следует помнить: при нарушениях менструального цикла различного характера (метроррагии, аменорея, гиперполименорея) необходимо определить уровень общего ХГЧ в крови. При прогрессивном его увеличении надо срочно обратиться к гинекологу-онкологу.

### **Что дальше?**

Гистологическое подтверждение диагноза пузырьный занос требует обращения пациентки к гинекологу-онкологу для дальнейшего обследования и наблюдения.

Дальнейшее наблюдение включает еженедельный контроль уровня ХГЧ в крови до его нормализации (5мМЕ/мл). После достижения нормы продолжают наблюдение за ХГЧ ежемесячно до года.

Хорионический гонадотропин - гормон, который в кровь выделяют клетки трофобласта, причем, чем больше живых клеток, тем выше уровень ХГЧ.

ХГЧ имеет две части: альфа и бета. Бета-часть является уникальной и не похожа на другие гормоны, поэтому в крови определяют именно уровень b-ХГЧ, все его фракции, т.е. – общий бета-хорионический гонадотропин (ХГЧ).

После эвакуации пузырьного заноса уровень b-ХГЧ в сыворотке крови постепенно снижается до нормы.

Вам следует сдавать кровь на b-ХГЧ постоянно в одной лаборатории и быть уверенным, что его уровень снижается. Если у Вас есть сомнения, посоветуйтесь со своим лечащим врачом.

В норме ХГЧ после пузырьного заноса нормализуется в сроки 6-8 недель.

**При отсутствии снижения ХГЧ или его увеличении пациентке следует незамедлительно обратиться к гинекологу-онкологу.**

Весь период наблюдения после удаления пузырьного заноса необходимо соблюдать контрацепцию.

Не рекомендуются гормональные контрацептивы до достижения нормального уровня ХГЧ и нормализации менструальной функции. В этот период оптимальным является барьерный метод контрацепции. После нормализации ХГЧ возможно применение гормональных средств контрацепции.

Обязательным является ведение менограммы не менее 3 лет после пузырного заноса (оптимально – в течение всего репродуктивного периода).

**Возможно ли развитие злокачественной трофобластической опухоли? Как ставится диагноз?**

У 20% женщин после эвакуации пузырного заноса в организме остаются клетки патологической беременности, и существует риск их малигнизации (после ППЗ – до 20%, после частичного пузырного заноса – в 4-7% наблюдений).

У части женщин остаточная ткань отторгается организмом, а у некоторых - нет. Это связано с тем, что клетки трофобласта при пузырном заносе могут проникать в стенку матки и оттуда распространяться по кровеносным сосудам. Такое состояние носит название персистирующая трофобластическая болезнь (или персистирующая трофобластическая опухоль). Персистирующая трофобластическая болезнь является злокачественной. Чтобы выяснить, остались ли клетки трофобласта в организме женщины, врач назначает регулярное исследование хорионического гонадотропина (ХГЧ) еженедельно (БЕЗ ПРОПУСКА!) до нормализации, а затем - ежемесячно в течение года. После нормализации уровня b-ХГЧ Вы можете быть уверены, что в организме не осталась ткани трофобласта.

Если уровень гормона в крови перестает снижаться, формируя плато, или начинает расти после удаления пузырного заноса, то врач Вам поставит диагноз персистирующая трофобластическая опухоль (ПТО), направит к онкологу – гинекологу в экспертный трофобластический центр, где после дополнительного обследования будет назначена химиотерапия.

Если уровень маркера увеличивается после нормализации, то прежде врач исключит развитие нормальной беременности, а затем выставит диагноз ПТО, направит к онкологу – гинекологу.

**Для постановки диагноза злокачественной трофобластической опухоли не обязательно гистологическое подтверждение, а значит – нет необходимости в повторных выскабливаниях матки.**

Важно знать, что злокачественные трофобластические опухоли развиваются не только после пузырного заноса, но и после любой беременности, будь то аборт, выкидыш, внематочная беременность или роды. Важно помнить, что любые аномальные маточные

кровотечения после завершения беременности требуют обязательного исследования уровня б-ХГЧ в крови.

При обнаружении опухолевых образований в легком, головном мозге или любом другом паренхиматозном органе у молодых женщин врач также назначит исследование уровня б-ХГЧ в крови.

*Трофобластическая опухоль может развиться не только у молодых женщин, но и в перименопаузе, если у нее имелась хотя бы одна беременность ранее, независимо от ее исхода (аборт, роды, пузырный занос, внематочная беременность).* Особенно об этом следует помнить женщинам, перенесшим пузырный занос, независимо от срока давности.

### **Обследование. Как не упустить важное?**

При установлении диагноза трофобластической опухоли после подробной беседы и осмотра врач назначит Вам обследование. Инструментальное обследование включает: УЗИ органов малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства, почек, рентгенография органов грудной клетки. Если есть подозрение на очаги в легких или уровень б-ХГЧ превышает 10 000 мМЕ/мл, необходимо выполнить компьютерную томографию органов грудной полости. Если будут обнаружены метастазы в легких, то необходимо выполнить МРТ головного мозга с контрастированием.

Кроме того, Вас осмотрит окулист и невролог.

Быстрое и тщательное обследование в условиях экспертной по трофобластическим опухолям клиники крайне важно, т.к. по его результатам определяется клиническая ситуация, стадия болезни, риск возникновения резистентности опухоли и тактика лечения. Правильное и своевременное лечение ЗТО в условиях экспертного трофобластического центра позволяет достичь полного выздоровления 98% больных.

### **Что в будущем?**

После перенесенного ПЗ по истечении 1 года после нормализации ХГЧ возможна повторная беременность и роды.

Такая беременность чаще всего будет успешной. Но, планирование ее, предварительное генетическое консультирование, обследование обоих родителей являются важными шагами по профилактике патологии в будущем. После родов таким пациенткам рекомендуется контроль ХГЧ через 2-4-6 недель (до нормы), далее – раз в 3-4 месяца.

Пациенткам с повторяющимися пузырными заносами, отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом целесообразно рекомендовать ЭКО.

Всем пациенткам, перенесшим пузырный занос, при любых отклонениях в нормальном менструальном цикле первоочередным является определение уровня общего ХГЧ в крови, чтобы не пропустить развитие злокачественной трофобластической опухоли.