

**КЛИНИКО – ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА**

*М.Ю. Зильбер<sup>1</sup>, В.А. Кирьянов<sup>2</sup>, Х.Г. Агаян<sup>2</sup>, Н.А. Волкова<sup>2</sup>*

*Уральская государственная медицинская академия<sup>1</sup>*

*Центральная городская клиническая больница № 24<sup>2</sup>*

Пузырный занос (ПЗ) - это редкая патология, занимающая особое место среди гинекологических и онкологических заболеваний, актуальность которой определяется нарушением генеративной функции женщин, преимущественно репродуктивного возраста. ПЗ связан с поражением трофобласта, и включает доброкачественную форму заболевания (полный или частичный) и его морфологические типы – простой и пролиферирующий варианты [3].

Вместе с тем, в России отсутствуют единые центры наблюдения за этими больными, исходя из чего, статистика отражает не полные данные о частоте ПЗ [4]. Более того, в научной литературе не полностью отражены вопросы ведения наступившей, после перенесенного заболевания беременности.

Частота пузырного заноса, выявленная в предыдущих наших исследованиях, составляет 0,1% по отношению к общему числу женщин репродуктивного возраста проживающих на территории Чкаловского района г. Екатеринбург. Из них в структуре пузырного заноса различают: 72,1% случаев женщин с простым пузырным заносом, 22,5% случаев с пролиферирующей формой и 5,4% случаев с инвазивной формой пузырного заноса.

Результаты многочисленных исследований доказали значительную роль в генезе факторов развития пузырного заноса - генетической предрасположенности, раннюю первую беременность, паритет, нарушение иммунитета, воспалительные заболевания органов малого таза [2].

Факторами риска пузырного заноса, по нашим предыдущим исследованиям явились: позднее менархе, периоды  $7,8 \pm 0,55$  месяца между искусственным прерыванием беременности, более 3 аборт и регрессирующие беременности в анамнезе (рис. 1).

В связи с вышеизложенным, становится очевидным, что определение клиничко – диагностических критериев заболевания позволят более полноценно провести периконцепционную профилактику и вынашивание последующей беременности.

**Цель исследования** – изучить клиничко-диагностические критерии простого пузырного заноса с выявлением факторов риска способствующих развитию заболевания.

**Материал и методы исследования.** Для решения поставленных задач в период с 2005 – 2011гг, на клинической базе - МУ ЦГКБ № 24, кафедры акушерства и гинекологии УГМА проводилось комплексное исследование 185 женщин, распределенных в 2 группы. Первая группа (основная, n = 93) в анамнезе пузырный занос. Им подобрана 2 группа (сравнения, n = 92) без патологии в анамнезе. Диагноз ПЗ устанавливался только при гистологической верификации и последующей консультации в онкологическом центре. Используемые нами в работе методы включали: клинические, биохимические, гормональные, морфологические. Статистическую обработку данных проводили с использованием t-критерия и точного критерия Фишера в программном пакете Statistica 6.0.

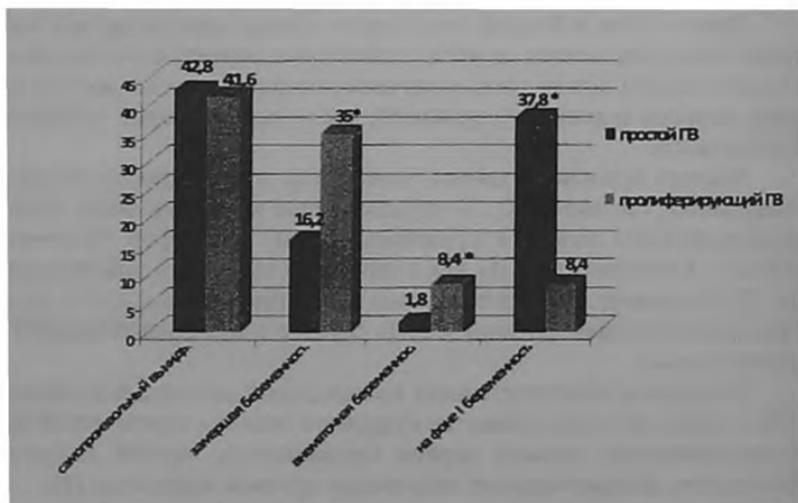


Рис. 1. Факторы риска развития пузырного заноса.

Примечание: \* - различия статистически достоверны,  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Среди наблюдаемых преобладал возраст 25-37 лет, наиболее активный с учетом социальной адаптации составил в среднем  $30,6 \pm 2,72$  года и  $31,1 \pm 1,93$  в группе сравнения ( $p > 0,05$ ).

При выявлении причин развития пузырного оценено здоровье женщин. Так, нейроциркуляторная дистония выявлена у 30,1%(28) беременных основной группы, 14,1%(12) беременных группы сравнения. По структуре, в 60,7%(17) случаев нейроциркуляторная дистония в основной группе представлена гипертоническим типом, в 25%(7) случаев гипотоническим типом, в 7,1%(2) смешанным типом. Гипертоническая болезнь выявлена у 9,6%(9) женщин основной группы и отсутствовала в группе сравнения. Характер прочей соматической патологии представлен в таблице 1.

Таблица 1

Характер соматической патологии в сравниваемых группах

Классы заболеваний	Основная		Сравнения		Различия
	n=93	%	n=92	%	
Почек	33	35,9	6	6,5	0,0001
ЖКТ	19	20,4	9	9,8	0,0003
Органов дыхания	14	15,2	5	5,4	0,0421
Варикозная болезнь	12	13,0	3	3,3	0,0323
Миопия	8	8,6	6	6,5	0,5541
Условно здоровые	15	16,3	48	52,2	0,0002

Примечание: \* разница статистически достоверна при  $p < 0,05$

При сравнении характера становления менструальной функции только у 59,1% (55) женщин основной и 94,6% (87) группы сравнения цикл был регулярным ( $p < 0,05$ ). Возраст менархе до 12 лет отмечен у 3,3% (3) пациенток основной группы, после 16 – у 15,2% (14) соответственно. Выраженная болезненность во время менструации констатирована у 52,2% (48) женщин основной, и у 9,6% (9) женщин группы сравнения, ( $p < 0,05$ ). Нарушение менструального цикла по типу аменореи было выявлено у 16,3% (15) пациенток 1 группы и отсутствовала в группе сравнения. В 1 группе пациенток достоверно чаще, чем во 2 группе отмечена гиперполименорея – 25% (23), в сравнении с 6,5% (6) соответственно  $p < 0,05$ .

Гинекологическая патология в 1 группе наблюдалась в 44,1%(41), имела хроническое течение, что отражает снижение иммунологической защиты организма у данного контингента женщин и может быть причиной индукции последующего аутоиммунного отве-

та. В группе сравнения в в 22,8%(21),  $p < 0,05$  - преобладали кольпиты женщин и может быть причиной индукции аутоиммунного ответа. Распределение беременных по паритету представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение беременных по паритету

Группы беременных	Первородящие		Повторнородящие	
	абс.	%	абс.	%
Основная, n = 93	42	45,1	51	54,9
Сравнения, n = 92	44	47,8	48	52,2

Мы видим, что удельный вес отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза в 1 группе статистически значимо выше, чем в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Также, не идентично количество аборт в анамнезе пациенток, ( $p > 0,05$ ). Выше удельный вес синдрома потери беременности в анамнезе у женщин 1 группы, чем в группе контроля ( $p < 0,01$ ), достигая 65,2% в сравнении с 15,0% во второй. В структуре синдрома потери плода в основной группе в 95,7% (89) отмечены регрессирующие беременности, что статистически выше, чем в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Процент бесплодия в 1 группе высок, при отсутствии чем в группе сравнения.

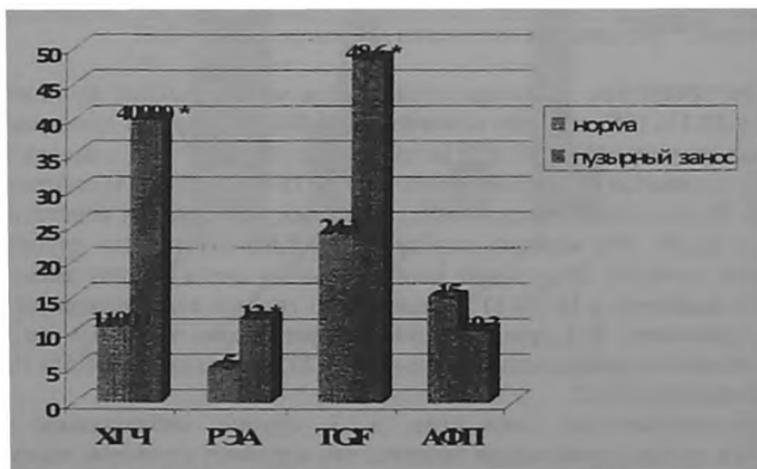


Рис. 2. Лабораторные маркеры пузырного заноса.

Примечание: \* - различия статистически достоверны,  $p < 0,05$ .

На достаточном клиническом материале в работе определено, что в структуре заболевания в 72,1%(67) преобладает простой пузырный занос, далее в порядке убывания частоты встречаемости следует в 22,5%(21) - пролиферативный пузырный занос и 5,4%(5) инвазивный пузырный занос. Согласно выработанной тактике, все женщины после ПЗ находились под наблюдением.

Оценивались клинико-лабораторные критерии диагностики пузырного заноса. Ими явились - высокий уровень ХГЧ с нарастанием в динамике прогрессирования болезни, более высокие показатели онкомаркёров в периферической крови, по сравнению с группой контроля, в 2 раза превышающие показатели белка TGF, низкие показатели а-фетопротеина (рис. 2).

### **Выводы**

1. Клинически формы пузырного заноса характеризуются кровянистыми выделениями в 98,6 %, болями внизу живота (22,2%), чрезмерной рвотой и образованием лютеиновых кист (7,1%).

2. Диагностическим критерием пузырного заноса по данным УЗИ, является достоверное ( $p < 0,001$ ) увеличение размеров и объема матки в 2,3 раза для данного срока гестации. Прогностически значимым критерием диагностики является динамическое увеличение уровня ХГЧ, онкомаркеров, и белка TGF, снижение АФП в периферической крови.

### **Литература**

1. Гинекология : национальное руководство [Текст]/ Ассоц. мед. обществ по качеству ; гл. ред. В. И. Кулаков ; И. Б. Манухин; Г. М. Савельева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1071 с.

2. Левченко, И.М. Эффективность реабилитационных мероприятий у женщин после искусственного аборта.: автореф. дис. канд. мед. наук [Текст]/ Левченко И.М. Барнаул, 2007. - 22 с.

3. Медикаментозный аборт: настоящее и будущее [Текст]/ В. Е. Радзинский// Фарматека. – 2008. - № 14. – С. 12-14.

4. Epidemiological features of gestational trophoblastic disease in Irkutsk region [Text]/ O.V. Gladkova, L.F. Pisareva, A.P. Boyarkina// XIII World Congress on Gestational Trophoblastic Diseases: Abstracts. – Hong Kong, 2005 – P. 28.