



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**12(50)2022**

**Сопредседатели редакционной  
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

**Ред. коллегия:**

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
С.И. ИСМОИЛОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал*

*Научно-реферативный,*

*духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**12 (50)**

**2022**

*декабрь*



Received: 20.11.2022  
Accepted: 29.11.2022  
Published: 20.12.2022

УДК 618.39: 618.14-002

## ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА

*Мадримова К.К., Матризаева Г.Дж.*

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

### ✓ Резюме

*Весьма актуальным вопросом современной медицины является вопрос о глубине и характере сходства процессов эмбрио- и канцерогенеза. В последние годы появились многочисленные публикации, в которых в основном рассматриваются частота трофобластических опухолей, и их связь с беременностью и родами. На сегодняшний день пока нет четкого представления о причинах возникновения форм пузырного заноса, что существенно затрудняет решение ряда вопросов, связанных с диагностикой, лечением и профилактикой этой патологии. В связи с этим необходимо дальнейшее изучение разных аспектов пузырного заноса, причин и механизмов развития заболевания.*

*Ключевые слова: трофобластическая болезнь, пузырный занос, диагностика, гистологические формы пузырного заноса.*

## ELBO'G'OZNING PATOMORFOLOGIK XUSUSIYATLARI

*Madrimova Q.Q., Matrizzaeva G.J.*

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

### ✓ Rezyume

*Zamonaviy tibbiyotning juda dolzarb masalasi embriogenez va kanserogenez jarayonlarining o'xshashligining chuqurligi va tabiati masalasidir. So'nggi yillarda ko'plab nashrlar paydo bo'ldi, ular asosan trofoblastik o'smalarning chastotasini va ularning homiladorlik va tug'ish bilan bog'liqligini ko'rib chiqadi. Bugungi kunga qadar elbo'g'oz shakllarining sabablari o'rganilmagan, bu ushbu patologiyani tashxislash, davolash va oldini olish bilan bog'liq bir qator masalalarni hal qilishni sezilarli darajada murakkablashtiradi. Shu munosabat bilan, elbo'g'ozning turli jihatlarini, kasallikning rivojlanish sabablari va mexanizmlarini yanada o'rganish kerak.*

*Kalit so'zlar: trofoblastik kasallik, gidatiform mol, diagnostika, hidatidiform molning gistologik shakllari.*

## PATHOMORPHOLOGICAL FEATURES OF HYDATIDIFORM MOLE

*Madrimova K.K., Matrizzaeva G.J.*

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

### ✓ Resume

*A very urgent problem of modern medicine is the question of the depth and nature of the similarity of the processes of embryogenesis and carcinogenesis. In recent years, publications have been found in which trophoblastic tumors are most common, their relationship with pregnancy and childbirth. To date, there is no clear understanding of the causes of the forms of hydatidiform mole, which significantly affects the decision of the series associated with the diagnosis, treatment and prevention of this use. In this regard, further study of various aspects of bladder disease, the causes and mechanisms of the development of diseases is necessary.*

*Key words: trophoblastic disease, hydatidiform mole, diagnosis, histological forms of hydatidiform mole.*



### Актуальность

Результаты многочисленных исследований достоверно установили значительную роль в генезе таких факторов как ранняя первая беременность, паритет беременности, нарушение иммунитета, дефицит в пище витаминов А и С, недостаток белков, воспалительные заболевания органов малого таза, генетическая предрасположенность. Своевременность проведения профилактических мероприятий позволят снизить число рецидивов и прийти благоприятному исходу при последующих беременностях [2].

Пузырный занос занимает особое положение в структуре онкогинекологических заболеваний, так как непосредственно связаны с беременностью. Эпидемиологическими исследованиями показано важное значение географических различий в частоте данной патологии, которая значительно варьирует в этнических группах разных стран и взаимосвязана с социально-экономическим статусом и укладом жизни женского населения. Среди методов диагностики пузырного заноса морфологический метод является основным в определении отдельных форм заболевания [1].

Как известно, первичные манипуляции при пузырном заносе (соскоб слизистой матки, кесарево сечение, тубэктомия) должны проводиться при первичной обращении больных в гинекологические стационары и родильные дома.

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА:

**Полный пузырный занос.** Наиболее распространенным симптомом является маточное кровотечение. Молярные ткани могут отделяться от децидуальной оболочки и разрушать материнские сосуды, а большие объемы задержавшейся крови способны расширять полость матки. Внутриматочные сгустки окисляются и сжижаются, как следствие – выделения из влагалища ржавого цвета, которые имеют вид «сливового сока». Так как маточное кровотечение может быть в большом объеме и длительное время, у половины из этих пациенток наблюдается анемия, которая порой требует применения гемотрансфузионной терапии.

Чрезмерное увеличение матки относительно гестационного срока – один из наиболее классических признаков полного ПЗ, хотя обнаруживается только у половины пациенток. Полость матки может быть расширена как за счет ткани хориона, так и за счет оставшейся крови. Избыточный рост матки обычно связан со значительным увеличением уровня ХГЧ [3].

Клинически выраженный гипертиреозидизм обнаруживается лишь у 7% пациенток, но при яркой симптоматической картине может потребоваться медицинская помощь. У этих пациенток возможны тахикардия, гипертермия и тремор. Диагноз подтверждается при повышении уровня Т3 (трийодтиронина) и Т4 (тироксина) в плазме крови. Лабораторное подтверждение гипертиреозидизма часто встречается у пациенток с ПЗ при полном отсутствии симптоматики. При подозрении на гипертиреозидизм очень важно применение β-адреноблокаторов до проведения анестезии перед удалением ПЗ из-за риска развития тиреотоксического криза [4].

Текалютеиновые кисты диаметром 6 см и более развиваются примерно у половины пациенток. Они представляют собой многокамерные образования, содержащие янтарную или серозно-геморрагическую жидкость, с двусторонней локализацией. Их образование связывают с повышением уровня ХГЧ и пролактина [5]. Увеличение яичников отмечается в основном у пациенток со значительным повышением уровня ХГЧ. В связи с тем, что размеры матки также могут быть увеличены, возможно затруднение пальпаторного обнаружения текалютеиновых кист яичников, но применение ультразвуковой диагностики может точно подтвердить их наличие и определить размер. После удаления ПЗ текалютеиновые кисты спонтанно регрессируют в течение 2-4 месяцев. Текалютеиновые кисты часто вызывают симптомы сдавления органов в малом тазу, которые могут быть нивелированы с помощью лапароскопической декомпрессии или трансабдоминальной аспирации [4].

Преэклампсия развивается в 27% случаев. Нередко у пациенток наблюдаются гипертензия, протеинурия и гиперрефлексия, но экламптические судороги нехарактерны. Токсемия встречается в основном у пациенток с увеличенным размером матки и высоким уровнем ХГЧ.

**Частичный пузырный занос.** Частичный ПЗ значительно отличается от полного. У большинства пациенток наблюдаются признаки замершей беременности или неполного аборта, и диагноз устанавливается только на основании исследования тканей [5].

#### **ДИАГНОСТИКА:**

Хорионический гонадотропин человека – это характерный секреторный продукт трофобластической клетки. Возможна перекрестная реакция между ХЧГ и лютеинизирующим гормоном (ЛГ) за счет того, что они продуцируют неразличимые  $\alpha$ -цепи. В то же время каждая из двух  $\beta$ -цепей биохимически уникальна и обладает биологической и иммунологической специфичностью. Поэтому одним из наиболее точных методов диагностики является радиоиммунный анализ на определение фракции  $\beta$ -ХГЧ, имеющий особое значение при обследовании пациенток с гестационной трофобластической неоплазией (ГТН), а также в количественной оценке низких уровней ХГЧ без влияния физиологических показателей ЛГ. Диагностика полного и частичного ПЗ также может включать гистологическое исследование выскабливаемой ткани, однако с диагнозом «пузырный занос», встречающимся на ранних сроках гестации, могут возникать сомнения. Гистопатологические характеристики полного ПЗ в I триместре различны [3].

Иммуногистохимические анализы также могут помочь в подтверждении диагноза ПЗ, в частности, экспрессия p57kip2 позволяет проводить дифференциальную диагностику между полным и частичным ПЗ. Флуоресцентная гибридизация может быть использована для дифференцировки p57kip2-положительного частичного ПЗ (триплоидного) и гидропического аборта (диплоидного).

#### **ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА:**

Ультрасонография – надежный и чувствительный метод в отношении диагностики полного ПЗ. Диффузно увеличенные и отечные ворсинки хориона воссоздают характерную картину, которую обычно называют «швейцарским сыром». Данный метод успешно используется для обнаружения полного ПЗ в I триместре беременности [13]. УЗИ используется в диагностике частичного ПЗ, выявляя очаговые кистозные изменения в тканях плаценты и увеличение поперечного диаметра плодного яйца [2].

#### **ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА:**

Научная группа ВОЗ рекомендует использовать следующие гистопатологические определения (Полякова В.А., 2001): Пузырный занос (ПЗ), этот термин общий, включающий 2 разновидности, а именно - полный и частичный пузырный занос; общими морфологическими признаками для обеих форм являются отек отдельных или всех ворсин, и гиперплазия трофобласта.

**Полный ПЗ.** Характеризуется отсутствием плода, выраженным отеком и увеличением плацентарных ворсин с отчетливой гиперплазией обоих слоев трофобласта. Отечные ворсины приводят к формированию центральной цистерны с одновременным сдавлением материнской соединительной ткани, которая из-за этого утрачивает васкуляризацию.

**Частичный ПЗ.** Отличается наличием плода, который, однако, имеет тенденцию к ранней гибели. Ворсины плаценты частично отекают, что ведет к образованию цистерны и частичной гиперплазии трофобласта, вовлекающей обычно только синцитиотрофобласт. Неповрежденные ворсины выглядят нормально, а васкуляризация ворсин исчезает вслед за гибелью плода.

**Инвазивный ПЗ** - опухолевидный процесс с инвазией миометрия, гиперплазией трофобласта и сохранением плацентарной структуры ворсин. Возникает обычно в результате полного ПЗ, но бывает и на фоне неполного ПЗ [5].

Простой пузырный занос представляет собой гроздевидное образование, состоящее из прозрачных пузырьков диаметром до 15 мм и заполненных жидкостью, содержащей альбумин и муцин. Пузырьки представляют собой измененные вследствие отека и ослизнения ворсины

хориона. Обычно все ворсины хориона превращаются в пузырьный занос, который может занимать всю полость матки. Плод при этом погибает. При микроскопическом исследовании пузырьного заноса выявляют пролиферацию клеток трофобласта и гидрорическую дегенерацию стромы ворсин. Пузырьки заноса покрыты хориальным эпителием, состоящим из клеток Ланганса и синцития. По мере разрастания пузырьков хориальный эпителий атрофируется, последовательность расположения указанных слоев клеток нарушается. Отмечается гиперплазия хориального эпителия в виде скопления синцитиальных клеток. В ворсинках кровеносные сосуды отсутствуют. Строма ворсин представляет собой набухшие и разрушенные коллагеновые волокна. На разрезе пузырек с внутренней поверхности как бы покрыт остатками стромы ворсин, а снаружи - слоем клеток Ланганса и толстым слоем синцитиальных клеток с выраженной гиперплазией [2,4].

Перерожденные клетки ворсин хориона выделяют при распаде протеолитические ферменты, которые расплавляют и истончают децидуальную оболочку в месте внедрения пузырьков. При пузырьном заносе не происходит глубокой инвазии и разрушения миометрия и венозных сосудов. При выраженной гиперплазии и анаплазии хориального эпителия пузырьный занос чаще переходит в инвазивный пузырьный занос.

Инвазивный пузырьный занос характеризуется интенсивной пролиферацией хориального эпителия, его анаплазией, отеком стромы ворсин. При этой форме заболевания элементы синцитиотрофобласта глубоко прорастают в миометрий, разрушая его и вращая в венозные сосуды. Опухоль может выходить за пределы матки, распространяясь в широкую связку матки, мочевой пузырь, брюшную полость. При гистологическом исследовании соскоба из полости матки можно обнаружить лишь пузырьный занос с интенсивной пролиферацией и анаплазией эпителия ворсин хориона. Отношение его к сосудам матки и миометрию выявляется только при исследовании удаленного макропрепарата. При осмотре макропрепарата на разрезе виден пузырьный занос, прорастающий всю или почти всю толщу миометрия. При микроскопическом исследовании опухоли наблюдаются более мелкие, чем при доброкачественном пузырьном заносе, ворсинки; хориальный эпителий с выраженной пролиферацией и анаплазией, синцитиальные клетки вакуолинизированы; кровеносные сосуды отсутствуют или запустевшие; ворсины хориона глубоко проникают в миометрий и в стенку сосудов матки. В мышечном слое матки встречаются очаги кровоизлияний и некроза, вокруг которых имеется лимфоцитарная инфильтрация [2,3,5].

### Вывод

Пациенткам репродуктивного возраста следует помнить: при любых нарушениях менструального цикла более 2-х месяцев (аменорея, гиперполименорея, ациклические кровотечения) и наличии беременности в анамнезе (маточной, эктопической, роды, медицинские и самопроизвольные аборт) всегда необходимо определить уровень ХГЧ в крови. Повышенный уровень ХГЧ может быть только при беременности либо при развитии трофобластической болезни. Если беременность не подтверждается данными УЗКТ, необходимо срочно обратиться к онкогинекологу.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Григорова Т.М. Трофобластическая болезнь / Т.М. Григорова. – М.: Медицина, 1985. – 160 с.
2. Мещерякова Л.А. Трофобластическая болезнь: ошибки в диагностике и прогноз /Л.А. Мещерякова [и др.] //Акуш. и гин. – 2004. – №4. – С. 50-55.
3. Жалиева Гульжан Каныбековна. Пузырный занос: диагностика, лечение: /Диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.01 /- Бишкек, 2008. - 103 с.: ил.
4. Berkowitz R.S., Goldstein D.P. Recent advances in gestational trophoblastic disease. //Curr Opin Obstet Gynecol 1998;10(1):61–4.
5. Fisher P.M., Hancock B.W. Gestational trophoblastic diseases and their treatment. //J Oncol Med 1997;23(1):1–16.

Поступила 20.11.2022