

Клинико-морфологические параллели при диагностике пузырного заноса

Р.С. Амбарджанян, А.С. Хачатрян

Кафедра патологической анатомии ЕрГМУ им. М. Гераци

Центр общей патологии РМЦ "Армения"

0025, Ереван, ул. Корюна, 2

Согласно классификации ВОЗ, пузырный занос подразделяется на два типа: полный и частичный [4]. Пузырный занос не является истинной опухолью, но может персистировать и малигнизироваться. Частота находок хорионкарциномы при полном пузырном заносе составляет 2 – 3% случаев, при частичном типе она крайне низка (описано лишь одно достоверное наблюдение). Морфологических критериев для оценки прогноза пузырного заноса не выявлено [2]. Инвазивная форма пузырного заноса встречается примерно в 5 – 6% случаев и характеризуется глубоким деструктивным ростом в миометрий, перфорацией стенки матки, вовлечением в процесс вен матки и таза, и/или образованием в отдаленных органах (влагалище, легкие) очагов вторичного роста, развитием тяжелого внутрибрюшного кровотечения. Одни исследователи считают его доброкачественной или предбластоматозной, другие – ограниченно злокачественной формой пузырного заноса (поражает только матку, имеет строму и не дает метастазов).

Хорионэпителиома встречается у молодых женщин сравнительно редко, как и пузырный занос. Опухоль возникает из хориального эпителия после пузырного заноса, нормального аборта и родов [1]. Особую трудность для дифференциальной диагностики представляет распознавание пролиферирующего (деструктирующего) пузырного заноса и хорионэпителиомы. Рядом авторов высказы-

вается мнение о том, что для хорионэпителиомы патогномонично отсутствие ворсин. Однако при осмотре случаев, где диагностика хорионэпителиомы была подтверждена на секционном материале, в отдельных из них в составе опухоли обнаруживались ворсины хориона [3].

Материал и методы

С целью анализа мы провели обобщение результатов собственных патогистологических исследований соскобов полости матки и экстирпированных оперативным путем маток с 2000 по 2007 гг. у 53 женщин в МЦ "Шенгавит" и РМЦ "Армения". Гистологический материал фиксировали нейтральным формалином, парафиновые срезы толщиной 4 мкм окрашивались гематоксилин-эозином. Микроскопическое исследование осуществляли при помощи световой микроскопии в 100 – 400 раз. Все больные в зависимости от возраста были разделены на 6 групп.

Результаты и обсуждение

Результаты собственных исследований показали, что в отличие от данных, приведенных Н.А. Краевским, удельный вес пузырного заноса сравнительно выше в возрастной группе 20 – 24 года (таблица).

Таблица

*Распределение больных пузырным заносом
в зависимости от возраста
с 2000 по 2007 гг. (в % к итогу)*

Возрастные группы, лет	Число больных
16-19	7 (13,21% $\pm$ 12,79)
20 – 24	27 (50,94% $\pm$ 9,62)
25-29	10 (18,87% $\pm$ 12,37)
30 – 34	5 (9,44% $\pm$ 13,07)
45-49	2 (3,77% $\pm$ 13,47)
50 – 55	2 (3,77% $\pm$ 13,47)

Полный пузырный занос чаще наблюдался в I триместре беременности, причем гидропическому превращению подвергалась вся плацента и плод отсутствовал. Проллиферирующий трофобласт в ряде случаев имел признаки атипии клеток с увеличением и гиперхроматозом ядер, иногда с патологическими митозами. При частичном же пузырном заносе плод обычно имелся, но он рано погибал, плацента была сохранена и лишь на некотором протяжении содержала элементы пузырного заноса. Трофобласт, покрывающий отечные ворсины, имел очаговую умеренную гиперплазию.

Хорионэпителиома же встречалась у молодых женщин сравнительно редко. Диагноз хорионэпителиомы по соскобу вызывал значительные трудности. Массивные разрастания хориального эпителия, полиморфизм и гиперхроматоз клеток, резко выраженный фибриноидный некроз в области decidua basalis обуславливали значительные трудности в дифференциальной диагностике. Во всех таких случаях обязательно исследовалось большое число срезов и определялся титр хорионического гонадотропина в динамике. В случаях инвазивной формы пузырного заноса преобладал пролиферирующий синцитиотрофобласт, а при хорионэпителиоме – клетки Лангханса. Строма, сосуды и истинные ворсины хориона в хорионэпителиоме отсутствовали. Весьма характерны также обширные кровоизлияния и очаги некроза, инвазия опухолевых клеток в сосуды.

В более старшем возрасте женщин ошибочные заключения чаще имелись и в клинической диагностике пузырного заноса. При исследовании удаленной матки диагноз обычно не вызывал затруднений. Приведем одно из наблюдений.

Больная А., 45 лет, 21.02.07г. поступила в отделение гинекологии РМЦ "Армения" с клиническим диагнозом *миома матки, рак тела матки*. При патогистологическом исследовании была диагностирована инвазивная форма пузырного заноса.



Рисунок. Инвазивная форма пузырного заноса.
Нативный препарат

Инвазивная форма пузырного заноса была выявлена в 6 случаях (11,32%), в 5 случаях имелись участки перехода инвазивного пузырного заноса в хорионкарциному (9,43%), в 2 – сочетание с миомой матки (3,77%).

Таким образом, пузырный занос чаще встречается у молодых женщин. Во всех случаях пузырного заноса необходим контроль в динамике за уровнем хорионического гонадотропина, так как по соскобам судить об инвазивной форме пузырного заноса практически не возможно. Внедрение срочного интраоперационного гистологического исследования позволит улучшить, сделать более целенаправленным обследование больного с подозрением на инвазивную форму пузырного заноса и хорионэпителиому.

Поступила 26.06.07

Կլինիկամորֆոլոգիական գուգահեռները բշտախտի ախտորոշման ժամանակ

Ռ.Ս. Ամբարջանյան, Ա.Ս. Խաչատրյան

Աշխատանքը նվիրված է բժշկագիտության արդի խնդիրներից մեկին՝ բշտախտին: Բշտախտը ավելի հաճախ հանդիպում է երիտասարդ կանանց մոտ: Բշտախտի բոլոր դեպքերում պետք է իրականացնել խորիոնիկ գոնադոտրոպինի մակարդակի վերահսկում դինամիկայում, քանի որ քերուկների հիման վրա հնարա-

վոր չէ ախտորոշել բշտախտի ինվազիվ ձևը: Ինտրավիրահատական շտապ հիստոլոգիական հետազոտությունները թույլ կտան ավելի արդյունավետ դարձնել բշտախտի ինվազիվ ձևի և խորիոնկարցինոմայի տարբերակիչ ախտորոշումը:

The clinico-morphological parallels in the diagnosis of hydatid mole

R.S. Ambarjanyan, A.S. Khachatryan

The present work deals with one of the most topical problems of medicine – the problem of hydatid mole. The hydatid mole is met more often in young women. All cases of hydatid mole demand control of the chorionic gonadotropin hormone level, because it is hardly

possible to diagnose the invasive form of hydatid mole by biopsy. Intraoperative histological examination will allow to differentiate invasive form of hydatid mole from chorioncarcinoma more effectively.

Литература

1. Краевский Н.А. Руководство по диагностике опухолей человека. т. II, М., 1993.
2. Пальцев М.А., Аничков Н.М. Атлас патологии опухолей человека. М., 2005.
3. Хмельницкий О.К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний. СПб., 1994.
4. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and genetics of tumors of the breast and female genital organs. Edited by Peter Devilee, Lyon, 2003.