

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра

Акушерства и гинекологии ИПО

(наименование кафедры)

Рецензия к.м.н. доцента кафедры Шапошниковой Екатерины Викторовны

(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора ____ 2 ____ года обучения по специальности акушерство и
гинекология Яблончук Дарьи Альбертовны

(ФИО ординатора)

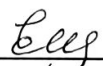
Тема реферата «Гестационная трофобластическая болезнь»

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка	+

Дата: «21» 05 2020 год

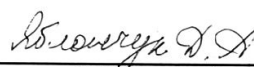
Подпись рецензента


(подпись)


(ФИО рецензента)

Подпись ординатора


(подпись)


(ФИО ординатора)



- Пузырный занос
- Гестационная трофобластическая неоплазия
- Трофобластическая опухоль плацентарной площадки

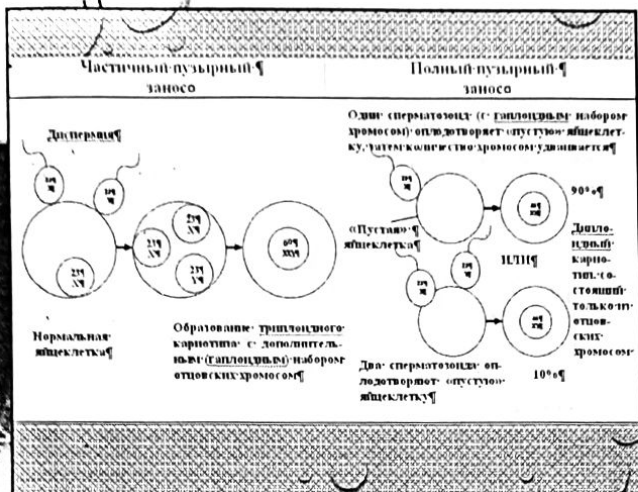
Беспорядочная пролиферация эпителия хориона, исчезновение стромы, превращение ее в студенистую массу. Плодное яйцо - гроздевидный конгломерат из пузырьков с жидкостью

Различают:

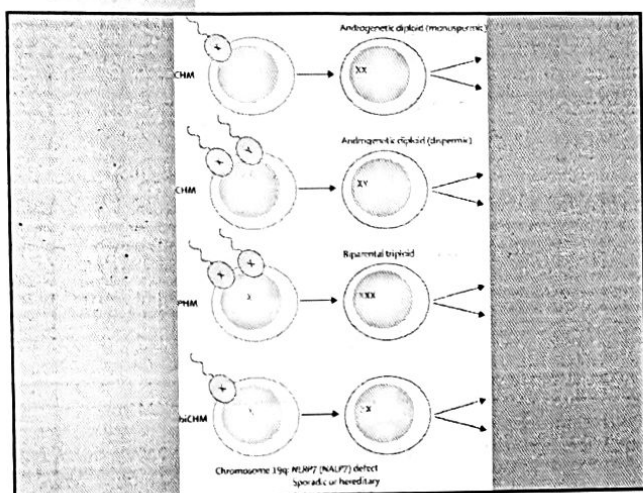
- полный (классический)
- неполный (частичный)
- злокачественная форма пузырного заноса — деструктирующий пузырный занос

- США - 1 случай на 1200 беременностей
- Страны Юго-Восточной Азии - 1 случай на 120 беременностей
- Россия - 1 случай на 820-3000 родов
- Преобладающий возраст - <30 лет
- Чаще гестационная трофобластическая болезнь возникает у женщин низкого социально-экономического положения, а также в слабо развитых регионах:
 - Гонконг
 - Филиппины
 - Индонезия

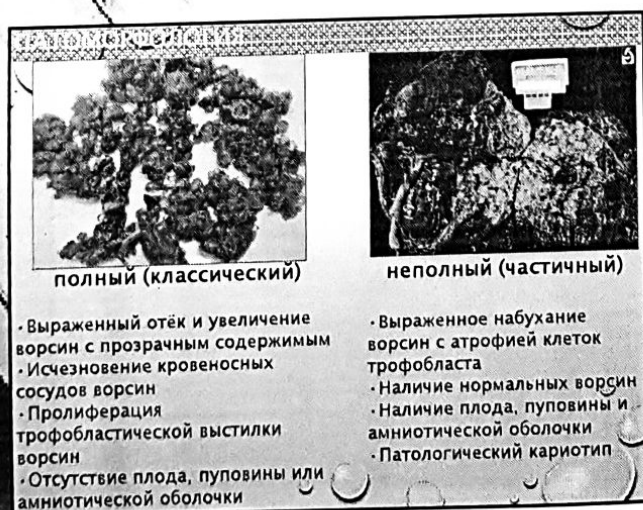
Признаки	Частичный пузырный занос	Полный пузырный занос
Кариотип	69.XXX или 69.XXУ	46.XX или 46.XУ
Плод	Присутствует	Отсутствует
Хориальные ворсины	Фокальный непостоянный отек	Диффузный отек
Трофобластическая гиперплазия	Фокальная, минимальная	Диффузная, выраженная
Симптомы	Несостоявшийся выкидыш	Трофобластическая беременность
Размеры матки	Соответствующие	На 28% превышают срок беременности
ПГН		
Неметастатическая	3-4%	15%
Метастатическая	0%	4%



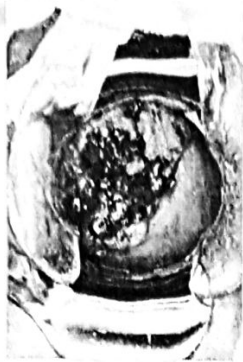
- Кровотечение (I, II триместр беременности)
- Матка большего размера, чем срок гестации
- Тошнота и рвота
- Признаки гестоза в I триместре беременности
- Отсутствуют достоверные признаки беременности
- Иногда развивается гипертиреоз
- Боли в животе беспокоят 15% пациенток



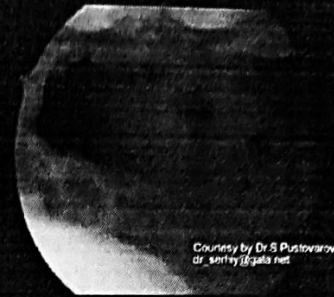
- Клиническая картина:**
- продолжающиеся кровянистые выделения из матки после удаления пузырного заноса
 - матка не сокращается
 - сохраняются боли в низу живота, крестце, пояснице
 - при прорастании до брюшины – картина «острого живота»
 - текалютеиновые кисты не подвергаются обратному развитию
 - высокий уровень ХГ



- Главное доказательство пузырного заноса – наличие множества пузырьков с прозрачным содержимым в выделениях из влагалища
- Повышение содержания ХГ – $> 100\,000$ мМЕ/мл при увеличении матки и кровотечении
- УЗИ – отсутствуют признаки нормального плодного яйца или плода

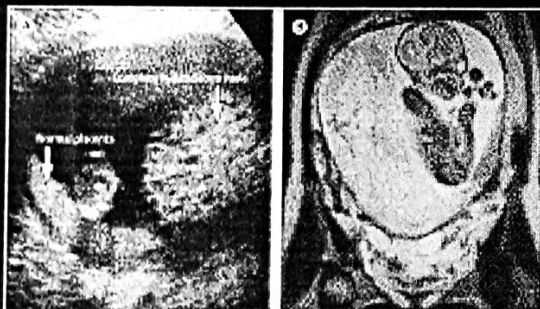


Осмотр шейки матки в зеркалах.
Пузырный занос



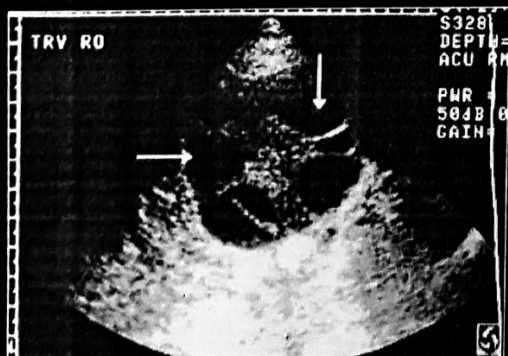
Courtesy by Dr S. Pustovarov
dr.smirnyy@yandex.ru

Гистероскопическая картина пузырного заноса



MPT- картина частичного пузырного заноса

- Родовозбуждение
- Вакуум-аспирация + окситоцин при сроке <20 недель беременности
- Пальцевой метод удаления + кюретаж
- Кесарево сечение
- >20 нед. беременности и массивном кровотечении – лапаротомия+гистерэктомия без придатков матки (текалютеиновые кисты не удалять!)



Тека -лютеиновые кисты яичников

ПРЕФИЛАКТИЧЕСКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА

- Профилактическую химиотерапию проводят после удаления пузырного заноса
- Показания:
 - если титр ХГ увеличивается
 - долго остается на постоянном уровне
 - при выявлении метастазов
- У 80% пациенток с пузырным заносом наступает спонтанная ремиссия без проведения дополнительной терапии

- Время полной элиминации ХГ в среднем — 73 дня
- Наблюдение включает :
 - Определение уровня ХГ с интервалом 1–2 нед до получения 2 отрицательных результатов
 - Затем исследования проводят ежемесячно в течение 2 лет
 - Контрацепция на протяжении 2 лет пероральными контрацептивами
 - Физикальное обследование органов малого таза каждые 2 недели вплоть до ремиссии, затем каждые 3 мес. в течение 1 года
 - При отсутствии снижения титра ХГ – рентгенологическое исследование органов грудной клетки для исключения метастазов в лёгкие

ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ ГЕСТАЦИОННАЯ НЕОПЛАЗИЯ



- Внутриматочные инфекции и септицемия
- Гестоз
- Развитие злокачественных опухолей трофобласта (деструктирующий или инвазивный пузырный занос, хориокарцинома)
- Метастазы
- Кровотечение
- ДВС-синдром
- Эмболия ветвей лёгочной артерии клетками трофобласта

Синонимы:

- Хориокарцинома
- Хорионэпителиома

Хорионэпителиома – злокачественная опухоль, растущая в матке из трофобласта развивающейся бластоцисты и проявляющаяся после пузырного заноса, абортa или во время нормальной беременности

В 20% случаев
полный пузырный занос
переходит в злокачественную опухоль

• Развивается после:

- пузырного заноса – 50%
- нормальной беременности – 25%
- самопроизвольного абортa или эктопической беременности – 25%

• Обнаружена связь между частотой развития хорионэпителиомы и группами крови половых партнёров:

- женщины – A(II)
- мужчины – O (I)

ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ СТАЦИОНАРНОЙ СТАДИИ ОПУХОЛИ

- концентрация ХГЧ в сыворотке крови (>100000 МЕ/л)
- срок от момента завершения предшествующей беременности до постановки диагноза (>6 мес)

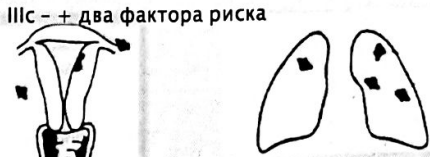
СТАДИИ СТАЦИОНАРНОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ

Стадия III - Опухоль метастазирует в лёгкие с поражением половых органов или без такового

Стадия IIIa - факторы риска отсутствуют

Стадия IIIb - + один фактор риска

Стадия IIIc - + два фактора риска



СТАДИИ СТАЦИОНАРНОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ

Стадия I - Заболевание ограничено пределами матки

Стадия Ia - факторы риска отсутствуют

Стадия Ib - + один фактор риска

Стадия Ic - + два фактора риска



СТАДИИ СТАЦИОНАРНОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ

Стадия IV - Метастазы в другие внутренние органы

Стадия IVa - факторы риска отсутствуют

Стадия IVb - + один фактор риска

Стадия IVc - + два фактора риска



СТАДИИ СТАЦИОНАРНОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ

Стадия II - Опухоль распространяется за пределы матки, но ограничивается половыми органами (придатки матки влагалище, широкая связка матки)

Стадия IIa - факторы риска отсутствуют

Стадия IIb - + один фактор риска

Стадия IIc - + два фактора риска



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СТАЦИОНАРНОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ НЕОПЛАЗИИ

- Патологическое маточное кровотечение (может появиться в ближайшее время или через несколько лет после беременности)

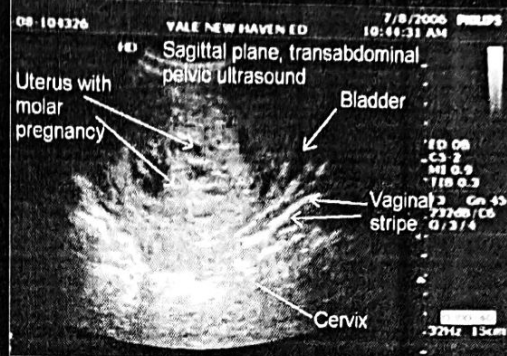
Метастазы в ЖКТ, мочеполовой системе, печени, лёгких, головном мозге, часто сопровождаются кровотечением



Метастазы в печень

Метастатическая гестационная трофобластическая неоплазия с благоприятным прогнозом:

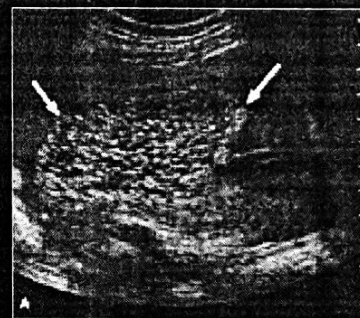
- небольшая продолжительность заболевания (прошло <4 месяцев после беременности)
- низкий титр ХГ до лечения (<40 000 мМЕ/мл)
- отсутствие метастатического поражения головного мозга и печени
- отсутствие химиотерапии в анамнезе



УЗИ – картина трофобластической неоплазии

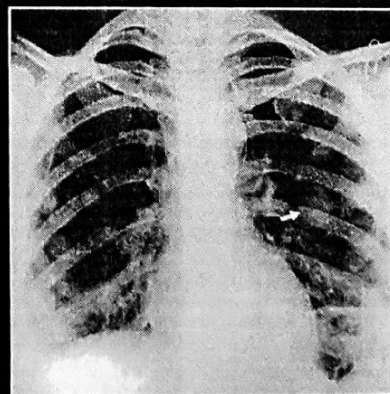
Метастатическая гестационная трофобластическая неоплазия с неблагоприятным прогнозом:

- большая продолжительность заболевания (прошло >4 месяцев после беременности)
- высокий титр ХГ до лечения (>40 000 мМЕ/мл)
- метастатическое поражение головного мозга или печени
- неэффективность предшествующей химиотерапии



УЗИ – картина трофобластической неоплазии

- Определение содержания ХГ в сыворотке крови
- Рентгенологическое исследование органов грудной клетки
- Внутривенная пиелография
- КТ печени
- Исследование крови
- УЗИ органов малого таза
- Определение маркера хорионэпителиомы – В-хориогонина
- Патоморфология



Метастатический вариант. Метастазы в легкие



МРТ – картина трофобластической неоплазии

Неметастатическая гестационная трофобластическая неоплазия поддаётся лечению практически в 100% случаев

НЕМЕТАСТАТИЧЕСКОЙ

Монохимиотерапия:

- Метотрексат по 30 мг/м² в/и 1 р/нед до нормализации титра ХГ (или дактиномицин, винбластин, препараты платины)
- Метотрексат 1 мг/кг через день в течение 4 дней с последующим внутривенным введением лейковорина (0,1 мг/кг) в течение 24 ч после метотрексата

НЕМЕТАСТАТИЧЕСКОЙ

- Прерывистые курсы терапии продолжают до трёх отрицательных результатов теста на ХГТ (1 раз в неделю)
- При неэффективности химиотерапии показана гистерэктомия (вторичная гистерэктомия)
- Если пациентка не хочет иметь детей, гистерэктомию производят во время первого курса химиотерапии (первичная гистерэктомия)
- После окончания курса химиотерапии беременность возникает у 50% женщин (в 80–85% случаев дети рождаются здоровыми)

МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ

С БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ

- Лечение проводят длительное (метотрексат, актиномицин D, адриамицин, блеомицин, препараты платины, винбластин, винкристин)
- После получения отрицательных титров ХГ назначают один дополнительный курс химиотерапии
- Если возникает устойчивость к метотрексату, больную переводят на актиномицин D (дактиномицин)
- Если возникает устойчивость к обоим лекарственным препаратам, назначают комбинированный курс лечения – метотрексат, дактиномицин и хлорамбуцил
- Показания к гистерэктомии такие же, как при неметастатической форме гестационной трофобластической неоплазии

МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ

С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ

- Лечение проводят в специализированных центрах
- Частота ремиссии составляет около 66%
- Если возникает необходимость в гистерэктомии, прогноз хуже
- Опухоль мало восприимчива к химиотерапии
- Необходима циклическая комбинированная химиотерапия (каждые 3 недели до полной ремиссии):
 - ЕМА-СО (этопозид, метотрексат и актиномицин D, чередуя с циклофосфаном и винкристином)
 - МАС (метотрексат, актиномицин D и циклофосфан)
- Альтернативная схема (цисплатин, блеомицин и винбластин; цисплатин, этопозид и блеомицин)
- Лучевая терапия по показаниям

Восстановление менструальной функции

- восстановление менструальной функции
- уменьшение размеров матки до нормальных
- исчезновение ХГТ

Прогноз

- Неметастатическая гестационная трофобластическая неоплазия – 2%
- Метастатическая гестационная трофобластическая неоплазия с благоприятным прогнозом – 5%
- Метастатическая гестационная трофобластическая неоплазия с неблагоприятным прогнозом – 21%

Неметастатическая гестационная трофобластическая неоплазия и метастатическая гестационная трофобластическая неоплазия с благоприятным исходом:

- Женщину выписывают после трёх нормальных анализов ХГ проведенных с интервалом в 1 нед.
- Затем определение титра ХГ 1 р в 2 нед., в течение 3 мес.,
- Затем 1 р. в мес., в течение 3 мес.,
- Затем 1 р. в 2 мес., в течение 6 мес.,
- Затем 1 р. в 6 мес., в течение 2 лет
- Регулярное обследование тазовых органов
- Рентгенография грудной клетки каждые 3 мес. в течение 1 года
- Контрацепция в течение 1 года

Метастатическая гестационная трофобластическая неоплазия с неблагоприятным прогнозом:

Пациентку выписывают после трёх отрицательных проб на ХГ, проведенных с интервалом в 1 нед.

- Затем титр ХГ определяют 1 р. в 2 нед., в течение 3 мес
- Затем 1 р. в мес. в течение 1 года
- Затем 1 р. в 6 мес., в течение 4-5 лет
- Рентгенографию органов грудной клетки проводят каждые 3 мес.
- Назначают приём пероральных контрацептивов до тех пор, пока в течение 1 года пробы на ХГ не будут отрицательными