

Инвазивный пузырный занос

Инвазивный пузырный занос характеризуется проращением ворсин в миометрий. Клинически это проявляется кровотечением, развивающимся через несколько недель после удаления пузырного заноса. Макроскопически в миометрии определяют геморрагические очаги разных размеров. Реже ткань трофобласта пенетрирует стенку матки и распространяется на прилежащие органы. Микроскопически обнаруживают отёчные ворсины в миометрии, чаще в сосудах. Степень пролиферации трофобласта может быть различной. [Инвазивный характер](#) заноса не является признаком опухолевого роста. Нормальный трофобласт обладает способностью к инвазивному росту, и ворсины нормальной плаценты могут проникать глубоко в миометрий. При инвазивном пузырном заносе могут быть метастазы, чаще в лёгкие и влагалище. Они регрессируют спонтанно или после однократного курса химиотерапии. Риск развития хориокарциномы у женщин с полным и инвазивным пузырным заносами одинаков.

Хориокарцинома

Это злокачественная опухоль из трофобластического эпителия. Около 50% таких новообразований развиваются после беременности, осложнённой пузырным заносом, 25% — после аборта, 2,5% — после эктопической беременности и 22,5% — после клинически нормальной беременности. Хориокарцинома может возникнуть сразу после прекращения беременности, через несколько недель и даже через 15–20 лет. Наиболее характерный симптом хориокарциномы — влагалищное кровотечение. Относительно часто заболевание проявляется признаками, обусловленными [метастазами](#). Возможно развитие лёгочной гипертензии, связанной с ростом метастатических узлов в лёгочных артериях. Хориокарцинома гормонально активна, так как трофобласт синтезирует хорионический гонадотропин.

В связи с этим независимо от размеров первичной опухоли всегда отмечаются увеличение матки и утолщение её слизистой оболочки с выраженной децидуальной реакцией. Хориокарцинома является одной из самых злокачественных опухолей, однако хорошо лечится при сочетании гистерэктомии и химиотерапии. Исключение составляют случаи, когда опухоль возникает после нормальной беременности. В этих случаях прогноз крайне неблагоприятный.

Хориокарцинома имеет вид сочного желтовато-белого или пёстрого губчатого узла на широком основании. При расположении под слизистой или серозной оболочками узел может просвечивать в виде тёмно-вишневого образования. Микроскопически хориокарцинома состоит из клеток цитотрофобласта и полиморфных гигантских элементов синцитиотрофобласта. В опухоли никогда не бывает истинных ворсин. Степень атипизма и митотическая активность в клетках опухоли могут значительно

варьировать. С помощью иммуногистохимических методов в этих клетках можно обнаружить хорионический гонадотропин. Строма и сосуды в опухоли отсутствуют. Быстрый рост опухоли сопровождается множественными очагами некроза и кровоизлияниями. Для хориокарциномы характерны обширные ранние гематогенные метастазы в лёгкие (80%), влагалище (30%), головной мозг, печень, почки.

Трофобластическая опухоль плацентарного ложа

Опухоль встречается редко. Обычно это новообразование развивается после нормальной беременности, однако в анамнезе у больных женщин отмечается высокая заболеваемость пузырным заносом. Матка увеличена, в миометрии бело-жёлтые или желтовато-коричневые массы, выступающие в полость в виде полипов. Микроскопически опухоль состоит из одноядерных клеток [промежуточного трофобласта](#) с примесью многоядерных (напоминают клетки плацентарного ложа). Они формируют островки и тяжи, проникающие между мышечными волокнами, и секретируют плацентарный лактоген, лишь в небольшой части из них обнаруживают хорионический гонадотропин. Кровоизлияния и некроз нехарактерны.

Исход заболевания чаще благоприятный. Злокачественное течение с метастазами наблюдается у 10–20% больных. В отличие от хориокарциномы клетки трофобластической опухоли плацентарного ложа нечувствительны к химиотерапии. Основным способом лечения — хирургический.

Медицинские статьи:

1) [Дилатационная кардиомиопатия](#)

2) [Возбудитель](#)

3) [Сочетанные заболевания](#)