

# *Кровотечения в первой половине беременности.*



Лекция для студентов  
4 курса лечебного  
факультета

- В акушерской практике кровотечения продолжают оставаться наиболее серьезной проблемой, так как среди причин материнской летальности они составляют 20-25% (Серов В.Н., 2015).
- Из 530000 женщин, умирающих в мире в связи с беременностью и родами, около 200000 погибают от кровотечений.
- Разработаны представления о группах высокого риска развития кровотечений среди беременных.
- Применяется этапность и последовательность оказания экстренной помощи в родовспомогательных стационарах.
- Все перечисленные меры и ряд других, позволили снизить общее число кровотечений, но полностью предотвратить неблагоприятные исходы беременности пока еще не удалось.

## *Классификация акушерских кровотечений в зависимости от времени возникновения.*

- в I триместре беременности;
- во II триместре беременности;
- в III триместре беременности;
- в первом и втором периодах родов;
- в последовом периоде;
- в раннем послеродовом периоде;
- позднем послеродовом периоде.

# ***Причины, вызывающие кровотечения в первой половине беременности***

- ***не связанные с патологией плодного яйца:***
  - ЭКТОПИЯ шейки матки
  - полипы и рак шейки матки
  - травмы и варикозное расширение вен наружных половых органов и влагалища;
- ***связанные с патологией плодного яйца:***
  - начинающийся самопроизвольный аборт
  - прерывающаяся внематочная беременность
  - пузырный занос, трофобластическая болезнь.

# *Самопроизвольным абортом*

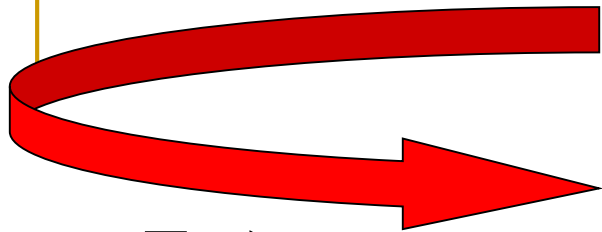
принято считать самопроизвольное прерывание беременности в пределах первых 22 недель беременности.

Масса плода в этих случаях не превышает 500 грамм, длина – 35 см.



- 
- Частота самопроизвольных абортов составляет от *15 до 20% от всех желанных беременностей.*
  - Полагают, что в статистику не входит большое количество очень ранних и субклинически протекающих выкидышей.
  - 80% прерываний беременности происходит *до 12 недель.*
-

# Причины СА



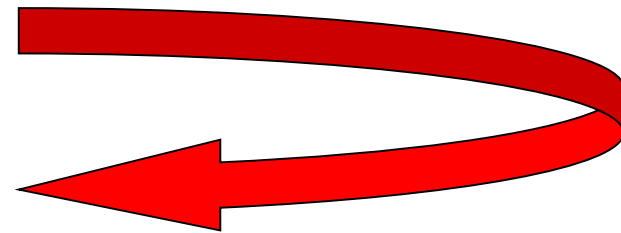
## *Предрасполагающие*

### ■ **патология матки**

- *аномалии хромосомного аппарата*
- *инфекционный фактор*
- *иммунологические нарушения*
- *эндокринная патология*
- *соматические заболевания*
- *хронические интоксикации.*



*Любая из вышеперечисленных причин в конечном итоге приводит к усилению сократительной активности матки, отделению плодного яйца от стенок матки и его изгнанию*




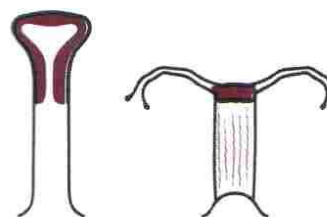

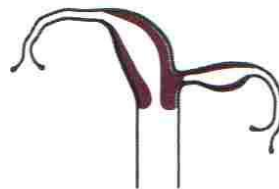




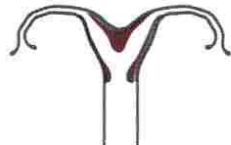
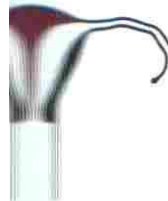





## *Вызывающие*

- *психоэмоциональные факторы, которые нередко являются пусковым механизмом на фоне действия иных предрасполагающих факторов*
- *травмы (автокатастрофы, падение с высоты, телесные повреждения вследствие избиений)*

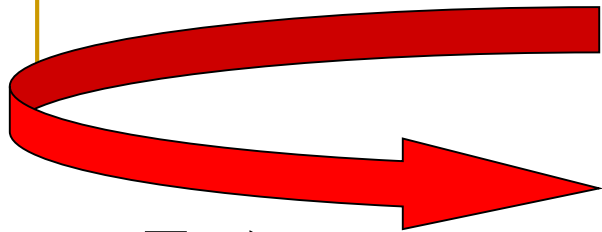


# *Аномалии развития матки*

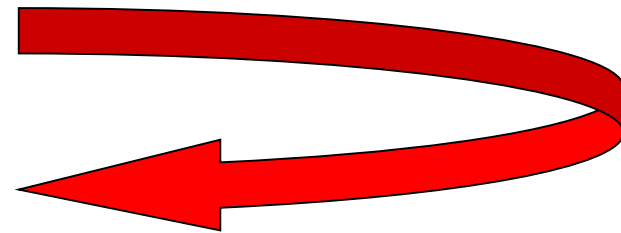
|  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>I. Hypoplasia/Agenesis</b></p>  <p>vaginal*</p>  <p>b. cervical</p>  <p>tubal</p>  <p>d. tubal e. combined</p> | <p><b>II. Unicornuate</b></p>  <p>a. communicating</p>  <p>b. noncommunicating</p>  <p>c. no cavity</p>  <p>d. no horn</p> | <p><b>III. Didelphus</b></p>  <p><b>IV. Bicornuate</b></p>  <p>a. complete</p>  <p>b. Partial</p> |
| <p><b>V. Septate</b></p>  <p>complete**</p>  <p>b. partial</p>  | <p><b>VI. Arcuate</b></p>    | <p><b>VII. DES Drug Related</b></p>   |



# Причины СА



## *Предрасполагающие*



## *Вызывающие*

- патология матки
- аномалии хромосомного аппарата
- инфекционный фактор
- иммунологические нарушения
- эндокринная патология
- соматические заболевания
- хронические интоксикации.

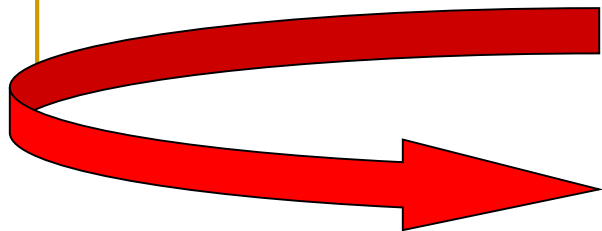


*Любая из вышеперечисленных причин в конечном итоге приводит к усилению сократительной активности матки, отделению плодного яйца от стенок матки и его изгнанию*

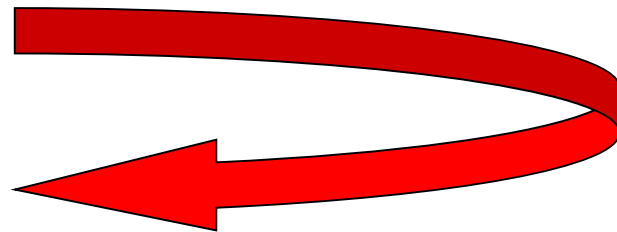
- психоэмоциональные факторы, которые нередко являются пусковым механизмом на фоне действия иных предрасполагающих факторов
- травмы (автокатастрофы, падение с высоты, телесные повреждения вследствие избиений)



# Причины СА



## Предрасполагающие



## Вызывающие

- патология матки
- аномалии хромосомного аппарата
- **инфекционный фактор**
- эндокринная патология
- иммунологические нарушения
- соматические заболевания
- хронические интоксикации.



- психоэмоциональные факторы, которые нередко являются пусковым механизмом на фоне действия иных предрасполагающих факторов
- травмы (автокатастрофы, падение с высоты, телесные повреждения вследствие избиений)



**Любая из вышеперечисленных причин в конечном итоге приводит к усилению сократительной активности матки, отделению плодного яйца от стенок матки и его изгнанию**

# *Причины самопроизвольного аборта*

- Генитальные факторы:
  - Генитальная инфекция !
  - Дисфункция яичников
    - Нарушение функции желтого тела
    - Прогестероновая недостаточность
    - инфантилизм
    - СПКЯ и другие эндокринные факторы
  - Миома матки, эндометриоз и другие гинекологические заболевания
  - Рубец на матке и внутриматочные синехии

# *Экстрагенитальные факторы*

- Заболевания ССС
- Диабет
- Вирусная инфекция (паротит, цитомегаловирус, краснуха и др.)
- Хроническая интоксикация (алкоголь, наркотики, курение)
- Физическое и психологическое утомление
- Неблагоприятная окружающая среда
- Коагуляционные и иммунологические факторы:
  - тромбофилии
  - антифосфолипидный синдром

## *Стадии клинического течения самопроизвольного аборта*

- ❑ Угрожающий аборт
- ❑ Начавшийся аборт
- ❑ Аборт в ходу
- ❑ Свершившийся аборт:
  - Неполный аборт
  - Полный аборт
- ❑ Септический (инфицированный) аборт

# *Угрожающий аборт*

- Усиление сократительной активности мышц матки,
- Плодное яйцо полностью сохраняет связь с маткой.
- *Клинически* данная форма выкидыша проявляется ноющими болями в нижних отделах живота и/или в крестце.
- Кровотечение отсутствует.

# *Клинические симптомы и классификация самопроизвольных абортов*

- Боль и незначительное кровотечение из половых путей
- Кровотечение из половых путей:
  - **Начавшийся аборт**
  - Аборт в ходу
  - Неполный аборт
  - Полный аборт
  - Несостоявшийся выкидыш
- Септический аборт

# *Клинические симптомы и классификация самопроизвольных абортов*

- Схваткообразные боли и усиление кровотечения. Часть эмбриона или хориона находится в цервикальном канале
- Кровотечение из половых путей:
  - Начавшийся аборт
  - **Аборт в ходу**
  - Неполный аборт
  - Полный аборт
  - Несостоявшийся выкидыш
- Септический аборт



# Клинические симптомы и классификация самопроизвольных абортов

- Часть эмбриона или хориона выпадает из половых путей.  
Кровотечение или усиливается (если матка плохо сокращается) или ослабевает (если сгустки тампонируют полость матки)
- Кровотечение из половых путей:
  - Начавшийся аборт
  - Аборт в ходу
  - **Неполный аборт**
  - Полный аборт
  - Несостоявшийся выкидыш
- Септический аборт

# *Клинические симптомы и классификация самопроизвольных абортов*

- Плодное яйцо полностью вышло из матки. Матка сократилась, кровотечения нет или оно в виде мажущих выделений короткое время.
- Кровотечение из половых путей:
  - Начавшийся аборт
  - Аборт в ходу
  - Неполный аборт
  - **Полный аборт**
  - Несостоявшийся выкидыш
- Септический аборт

# *Клинические симптомы и классификация самопроизвольных абортов*

- Эмбрион погиб, но плодное яйцо находится в полости матки. Начинается резорбция жидкостей и тканей плодного яйца.
- Кровотечение из половых путей:
  - Начавшийся аборт
  - Аборт в ходу
  - Неполный аборт
  - Полный аборт
  - **Несостоявшийся выкидыш**
- Септический аборт

# *Клинические симптомы и классификация самопроизвольных абортов*

- Самопроизвольный или криминальный аборт с инфекционными осложнениями
- Кровотечение из половых путей:
  - Начавшийся аборт
  - Аборт в ходу
  - Неполный аборт
  - Полный аборт
  - Несостоявшийся выкидыш
- *Септический аборт*

# *Диагностика самопроизвольных выкидышей*

- жалобы
- анамнез
- данные общего и гинекологического обследования
- результаты гормональных исследований
- результаты УЗ-метода исследования.

## *Принципы лечения угрожающего и начавшегося выкидыша*

- Стационарное лечение.
- Полный психический, физический и половой покой (постельный режим).
- Полноценная сбалансированная, богатая витаминами диета.
- Использование немедикаментозных методов воздействия.
- Медикаментозная терапия.

# Лечение

- **Обследование и консервативное лечение в случае *живого эмбриона***

- Хирургическое опорожнение полости матки. При септическом аборте и риске перитонита выполняется радикальная операция – экстирпация матки с трубами.
- Противовоспалительное лечение
- Профилактика Rh-иммунизации антиRh-иммунным глобулином у первобеременных с Rh-отрицательной кровью
- В случае гиповолемического шока – реанимационное обеспечение

# *Профилактика абортов*

- Репродуктивное поведение !?
- Контрацепция
- Профилактика ИППП и ВИЧ
- Здоровый образ жизни
- Лечение общих и гинекологических заболеваний до наступления беременности
- Исключение эмбриотоксических влияний



# ***Варикозная болезнь вульвы и влагалища***

- Для остановки кровотечения производится тампонада влагалища.
- Цель – обеспечить компрессию кровоточащей поверхности вульвы к стенкам таза.
- Тампон находится во влагалище в течение 2-х часов.
- В это время проводится интенсивная терапия по восстановлению ОЦК и гемостаза.
- Если тампонада и гемостатическая терапия не дает эффекта, производится лапаротомия и перевязка магистральных сосудов – а. iliaca interna с обеих сторон.

# *Рак шейки матки*

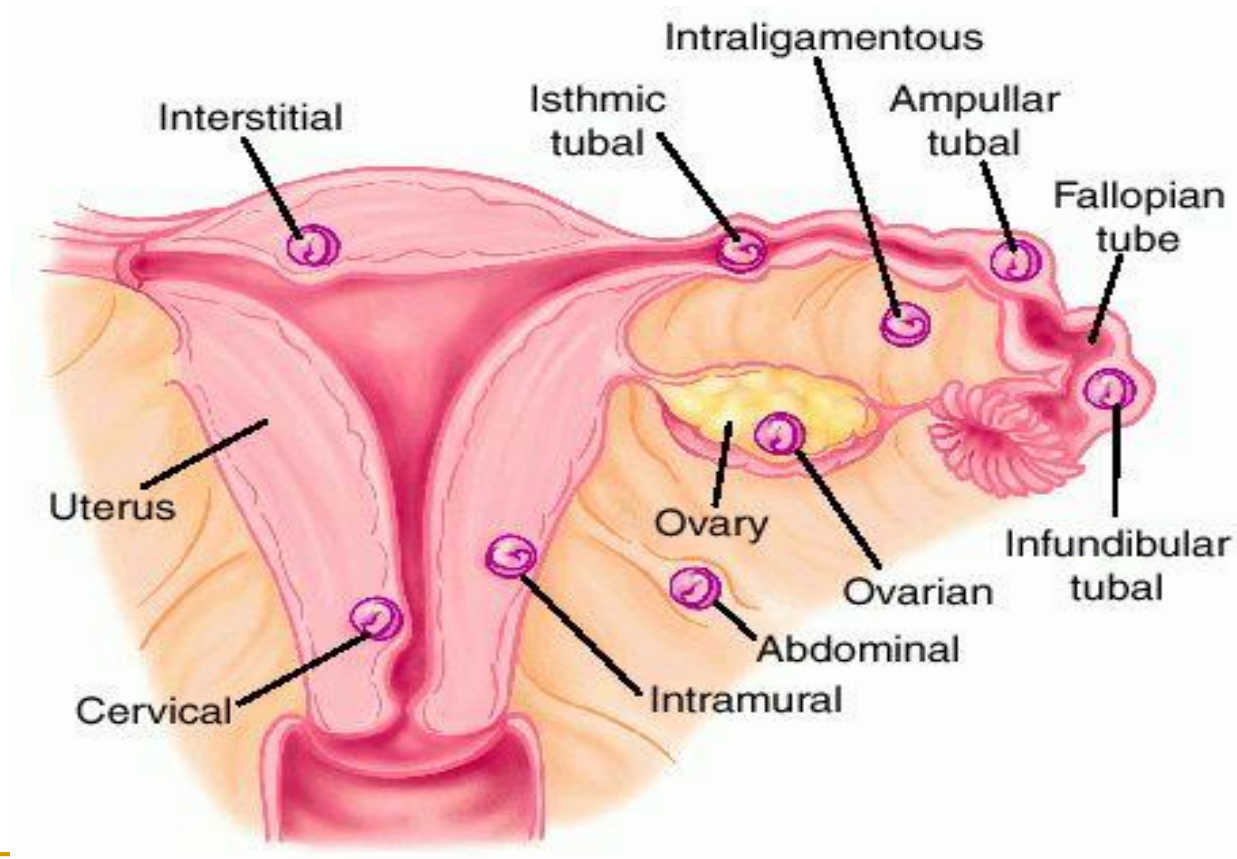
- Беременность должна быть прервана тотчас после постановки диагноза:
- в ранние сроки – экстирпация матки с придатками
- в поздние – кесарево сечение с последующей экстирпацией, после чего проводится лучевая терапия.

# *Полипоз шейки матки*

- Дистанционная полипэктомия хирургическим лазером или сургитроном.
- Хирургический метод применяется с 16 недель, когда созрела доминанта беременности и риск прерывания беременности минимальный

# Эктопическая беременность

- Беременность, при которой плодное яйцо имплантируется вне полости матки



# *Классификация (по расположению)*

## **Выделяют:**

■ ***проксимальную эктопическую беременность:***

если плодное яйцо локализовано выше полости матки

■ ***дистальную эктопическую беременность:***

если плодное яйцо локализовано ниже полости матки

## *По локализации выделяют:*

- **трубную беременность:** ампулярную, истмическую, интерстициальную
- **яичниковую беременность,** развивающуюся на поверхности яичника или внутри фолликула
- **беременность, расположенную в рудиментарном роге матки**
- **брюшную беременность:** первичную (имплантация первоначально происходит на париетальной брюшине, сальнике или любых органах брюшной полости) и вторичную (прикрепление плодного яйца в брюшной полости после изгнания плодного яйца из матки)
- **шеечную** (плодное яйцо развивается в канале шейки матки) и перешеечно-шеечную беременность (плодовместилищем являются шейка матки и область перешейка)

## *По частоте встречаемости различают:*

- Часто встречающиеся формы:  
ампулярная и истмическая трубная беременность.
- Редко встречающиеся формы:  
интерстициальная, яичниковая, брюшная, беременность в добавочном роге матки, шеечная и шеечно-перешеечная беременность

## *По клиническому течению выделяют:*

- Прогрессирующую эктопическую беременность.
- Нарушенную эктопическую беременность:
  - по типу **наружного разрыва** плодоемности (разрыв яичника, рудиментарного рога матки, интерстициального отдела трубы, истмического отдела трубы);
  - по типу **внутреннего разрыва** плодоемности (нарушение беременности, расположенной в ампулярном отделе трубы).

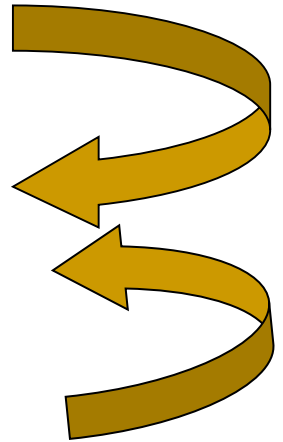


# *Этиология*

нарушения транспортной функции маточных  
труб

*Эктопическая беременность*

изменение свойств самого плодного яйца.



## *Патогенез*

- Нарушение транспортной функции маточной трубы или ускорение развития бластоцисты может привести к имплантации плодного яйца проксимальнее полости матки.
- Преобладающую роль играет неспецифическая инфекция, распространению которой способствуют аборты, ВМК, внутриматочные диагностические вмешательства, осложненное течение родов и послеродового периода, ИППП, оперативные вмешательства на маточных трубах.
- Сократительная деятельность маточной трубы тесно связана с характером гормонального статуса организма.

## *Патогенез*

- Неадекватность развития бластоцисты месту физиологической имплантации связывают с чрезмерной биологической активностью самого плодного яйца, приводящей к ускоренному развитию трофобласта и возможной нидации, не доходя до полости матки.
- В трубе, яичнике, брюшной полости и даже в зачаточном роге матки нет мощной специфически развитой слизистой оболочки.
- Прогрессирующая внематочная беременность растягивает плодоемностище, а ворсины хориона растягивают подлежащую ткань, в том числе и кровеносные сосуды. В зависимости от локализации этот процесс может протекать быстрее или медленнее, сопровождаться большим или меньшим кровотечением.

# Симптоматика

- Классическая триада
  - Аменорея
  - Скудные кровянистые выделения из влагалища (кровомазанье)
  - Боль внизу живота
- Вторичные симптомы
  - Геморрагический шок при отсутствии значимого наружного кровотечения

# ДИАГНОСТИКА

## ■ Прогрессирующая ВБ

- ❑ Аменорея (до 4-х недель беременности)
- ❑ УЗИ (отсутствие плодного яйца в матке)
- ❑ ХГЧ (медленная скорость прироста концентрации b-ХГЧ)

## ■ Прервавшаяся ВБ

- ❑ Кровомазанье
- ❑ Коллапс
- ❑ Боль в животе
- ❑ Частый и слабый пульс
- ❑ УЗИ (утолщение маточной трубы)
- ❑ Позадиматочная гематома (нависание или уплощение заднего свода влагалища, боль во время сидения)

# *Диагностический алгоритм внематочной беременности*

Концентрация  $\beta$ -ХГЧ



Трансвагинальное УЗИ



Внематочная беременность

$Sac > 4 \text{ sm}$

$Sac < 4 \text{ sm}$



Хирургическое лечение



Метотрексат

Выскабливание матки – если УЗИ и увеличение  $\beta$ -hCG не позволяют уточнить диагноз.

## *Дополнительные методы исследования:*

### ■ *Определение в сыворотке крови ХГЧ*

(устанавливает факт наличия беременности без уточнения ее локализации)

■ *УЗИ* (выявляет отсутствие плодного яйца в полости матки, увеличение придатков, наличие уровня жидкости в прямокишечно-маточном углублении)

■ *Лапароскопия* (позволяет почти со 100% точностью проводить диф. диагноз)

■ *Пункция заднего свода влагалища* (получение жидкой темной крови с мелкими сгустками подтверждает наличие трубной беременности)

## *Беременность, нарушенная по типу разрыва трубы*

- Острое начало на фоне общего благополучия, которому у некоторых женщин (не у всех!) предшествует задержка очередных месячных от одного дня до нескольких недель.
- Внезапные резкие боли в нижних отделах живота справа или слева, с иррадиацией в задний проход, в под- и надключичную область, плечо или лопатку, в подреберье.
- Боли сопровождаются головокружением вплоть до потери сознания, тошнотой или рвотой, иногда жидким стулом.
- Общее состояние больной ухудшается вплоть до развития тяжелых степеней шока.



## *Объективное исследование*

- Больная чаще заторможена, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, конечности холодные, дыхание частое поверхностное.
- Отмечается тахикардия и снижение АД, язык влажный не обложен.
- Живот может быть несколько вздутым, при пальпации болезненный в нижних отделах живота, особенно на стороне поражения, здесь же выявляются симптомы раздражения брюшины.

## *Объективное исследование*

- При перкуссии обнаруживают притупление в отлогих местах живота.
- При осмотре ш/матки в зеркалах можно обнаружить разную степень цианоза или бледность слизистой оболочки, ш/матки сформирована, цервикальный канал закрыт, выделений из него нет.
- Бережное бимануальное исследование выявляет уплощение или выпячивание заднего и одного из боковых сводов. Матка легко смещается, как бы «плавает» в свободной жидкости.

## *Прерывание беременности по типу трубного аборта*

- Представляет значительные диагностические трудности.
- Данный вариант может длиться от нескольких дней до нескольких недель.
- Периодически возобновляющаяся частичная отслойка плодного яйца сопровождается умеренным кровотечением в просвет трубы и в брюшную полость, не оказывая заметного влияния на общее состояние больной.

## *Прерывание беременности по типу трубного аборта*

- Следует обращать особое внимание при сборе анамнеза на следующие моменты:
  - ***Во-первых***, на наличие в прошлом эктопической беременности, воспалений гениталий, абортов, бесплодия, аппендэктомии, использования КОК и индукторов овуляции.
  - ***Во-вторых***, на задержку месячных, боли в животе и кровянистые выделения из влагалища.

## *Клиническая картина*

- **Боль** чаще всего возникает приступообразно без видимой причины на фоне общего благополучия, локализуется в нижних отделах живота, длится от нескольких минут до нескольких часов, может иррадиировать в задний проход, плечо, лопатку, ключицу, подреберье. Приступы болей могут сопровождаться слабостью, головокружением, появлением холодного пота, тошнотой.

## *Клиническая картина*

- Обычно через несколько часов после приступа болей появляются **крованистые выделения** из половых путей, они обусловлены отторжением децидуальной оболочки в результате падения уровня гормонов. Выделения носят упорный характер, не поддаются никаким медикаментозным воздействиям, скудные, черного или коричневого цвета.

## *Клиническая картина*

- *Задержка месячных* не является определяющим симптомом, так как кровянистые выделения могут появиться в срок ожидаемой менструации.
- *В момент приступа* отмечается бледность кожных покровов, умеренная тахикардия на фоне нормальных цифр АД.
- Живот мягкий не вздут, при пальпации болезненный в нижних отделах, там же определяются более или менее выраженные симптомы раздражения брюшины.
- *При осмотре вне приступа* кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, изменений со стороны ССС нет, живот мягкий, болезненный во всех отделах, признаков раздражения брюшины нет.

## *Клиническая картина*

- При осмотре *влагалища и ш/матки* в зеркалах наблюдается цианоз и выделения из цервикального канала.
- При *бимануальном исследовании* пальпируют увеличенную матку, но меньше срока предполагаемой гестации.
- Обнаруживаются изменения со стороны *пораженных придатков*. В их области пальпируется образование нечетких контуров, болезненное при исследовании, иногда может быть в едином конгломерате с маткой. Однако подвижность образования ограничена, а пальпация болезненна.
- *При смещении шейки матки* по направлению к лону: при наличии даже небольшого количества крови в прямокишечно-маточном углублении натяжение крестцовых связок вызывает резкую болезненность.



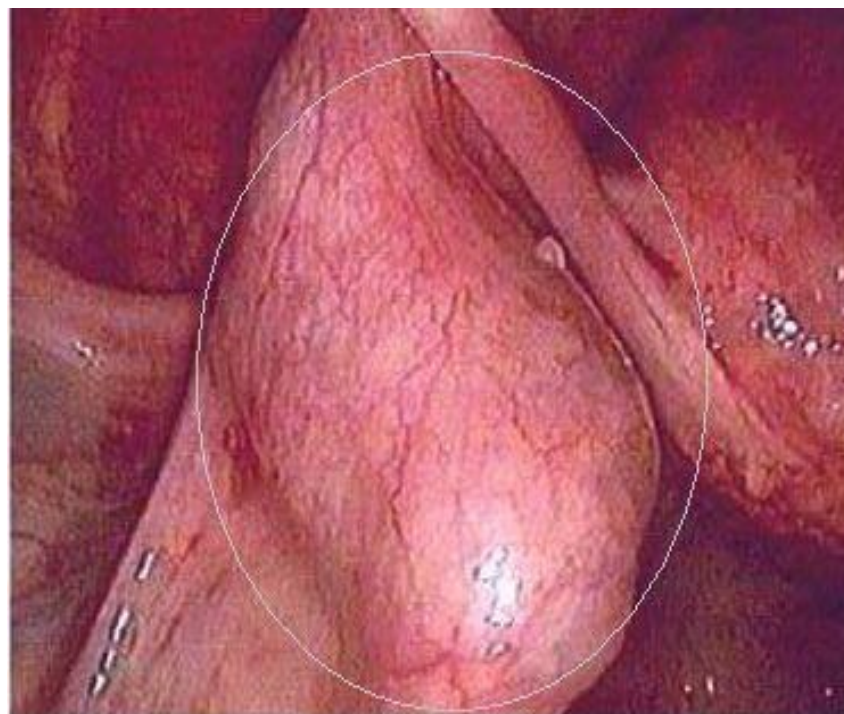
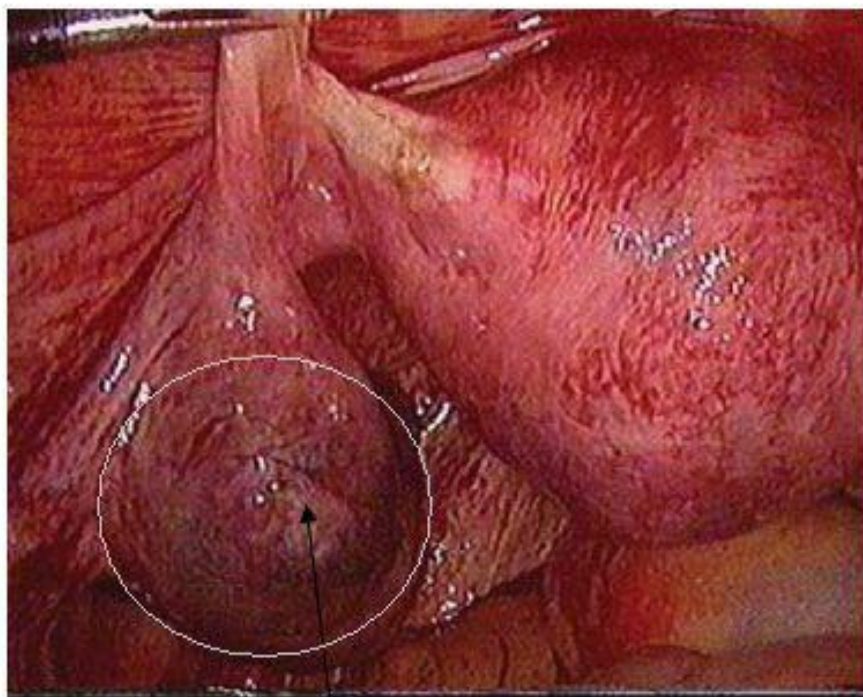
## *Дифференциальный диагноз*

- начавшимся самопроизвольным выкидышем;
- апоплексией яичника;
- острым воспалением придатков матки;
- нарушением питания миомы матки с субсерозным расположением узла;
- перекрутом ножки опухоли яичника;
- аппендицитом.

## *Прогрессирующая трубная беременность*

- диагностируется редко, так как отсутствует убедительная симптоматика. Хотя ранняя диагностика способствует адекватному лечению, сохраняющему не только здоровье, но и репродуктивную функцию женщины.

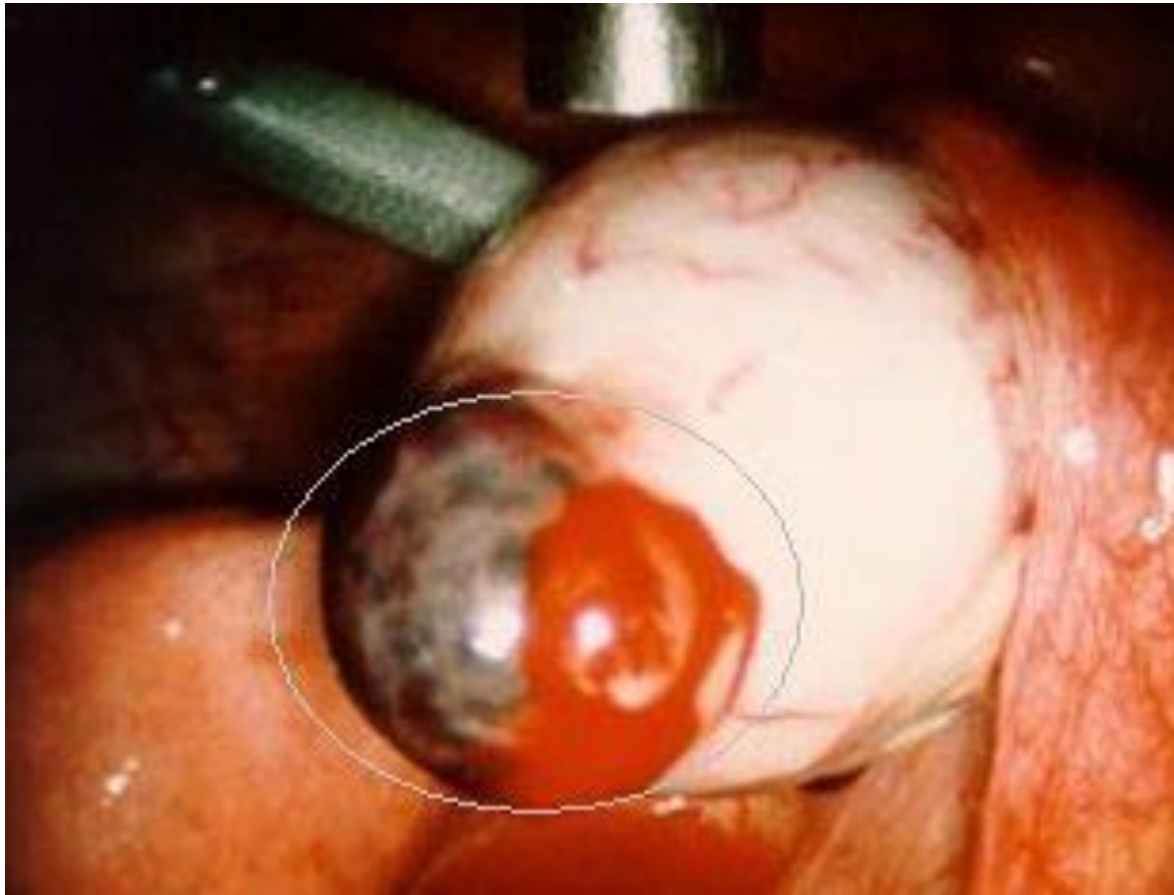
# *Левосторонняя трубная прогрессирующая беременность*



Левосторонняя трубная беременность

## ■ Редкий случай яичниковой беременности.

Плодное яйцо прикреплено к яичнику, пока кровотечения нет.



# *Лечение*

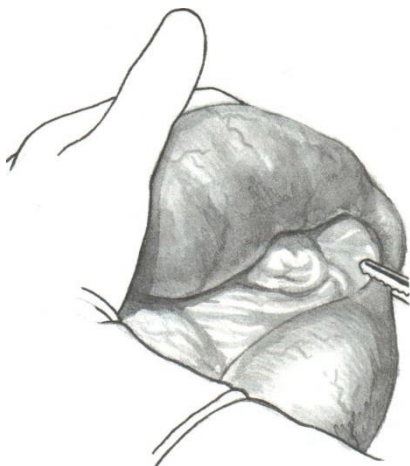
## ■ Консервативное

- Метотрексат (антагонист фолиевой кислоты – ингибитор синтеза пуринов в клетках трофобласта).

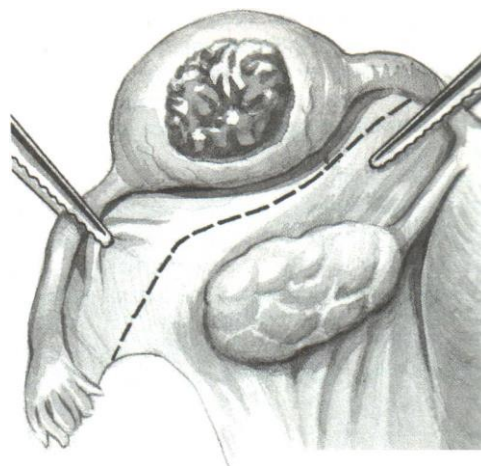
## ■ Оперативное

- Радикальное (сальпингэктомия)
- Консервативно-пластическое:
  - Трубное кесарево
  - Сальпингостомия
  - Сегментарная резекция трубы
  - Реанастомоз
  - Кюретаж трубы
- Симптоматическая (противошоковая терапия)
- Реинфузия излившейся крови

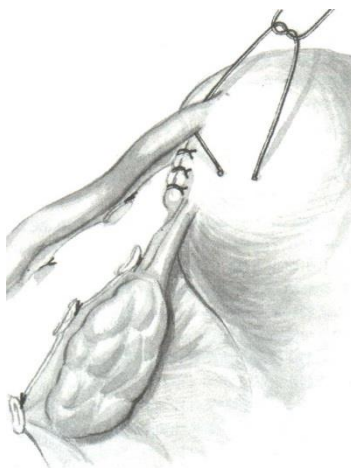
# Сальпингэктомия



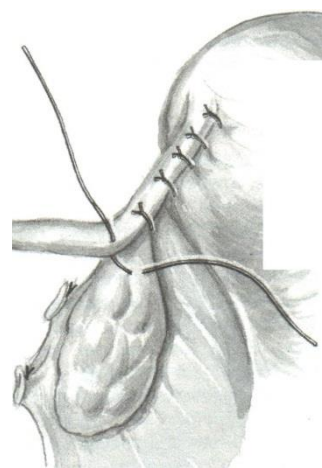
a



b



c



d



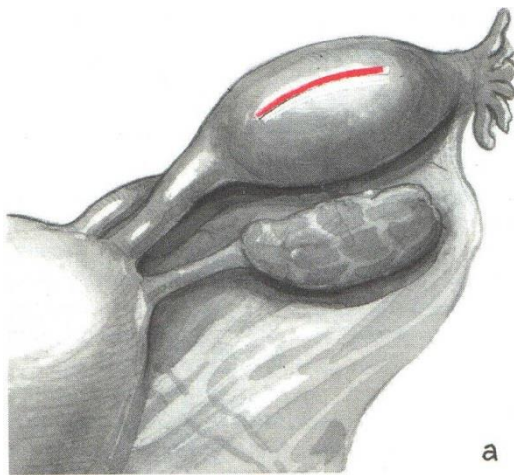
- Правосторонняя трубная беременность, начавшееся кровотечение



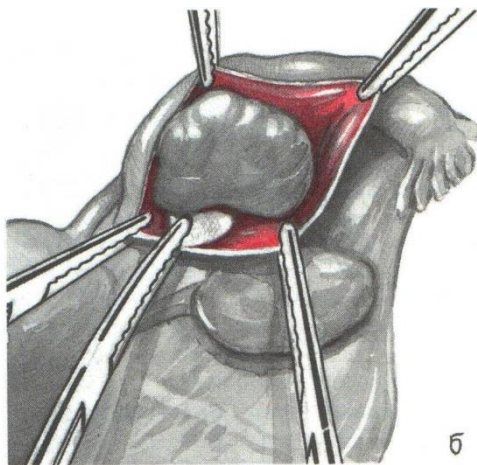
- Удалены правые придатки матки



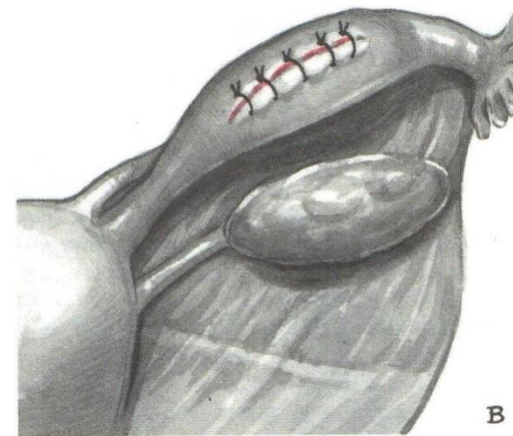
# Трубное кесарево сечение



а



б

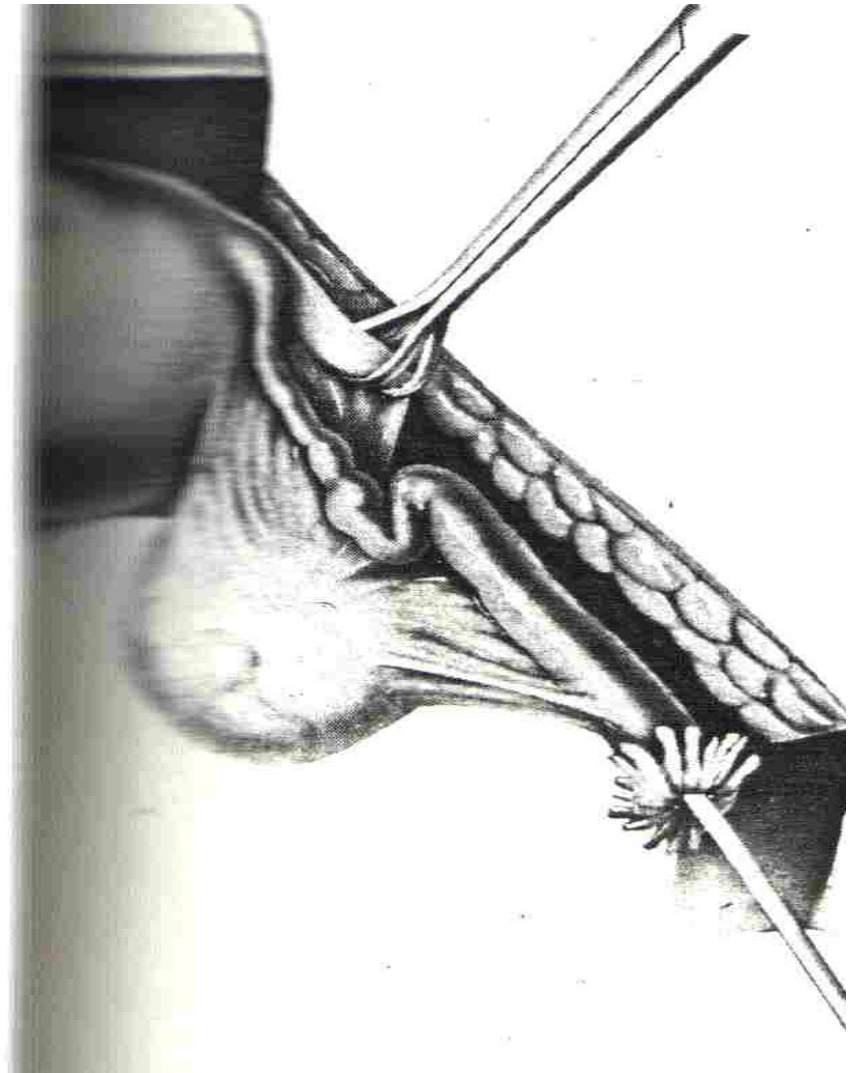


в

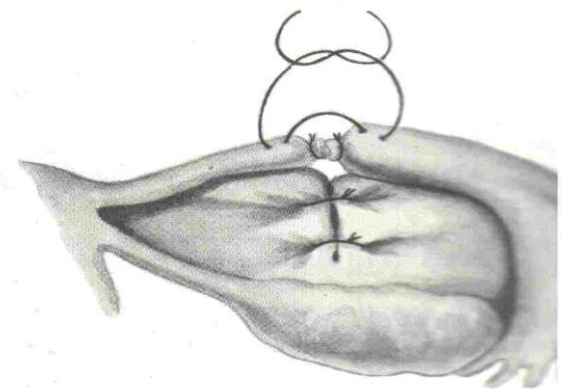
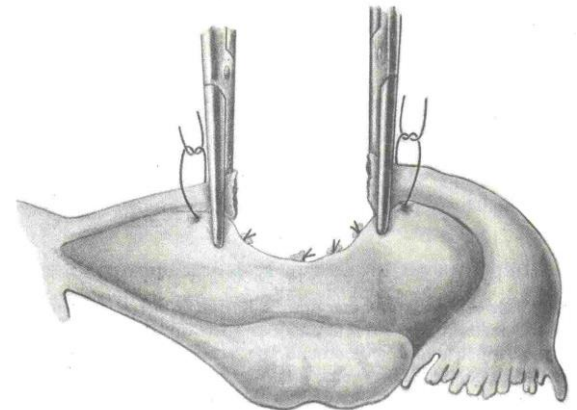
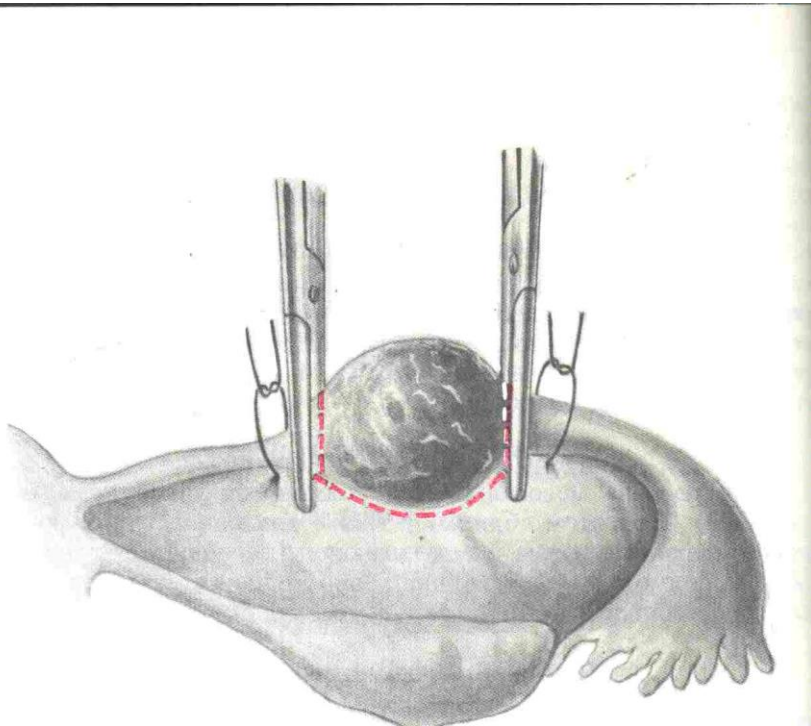


# Кюретаж трубы

- Выскабливание ампулы трубы микрокюреткой

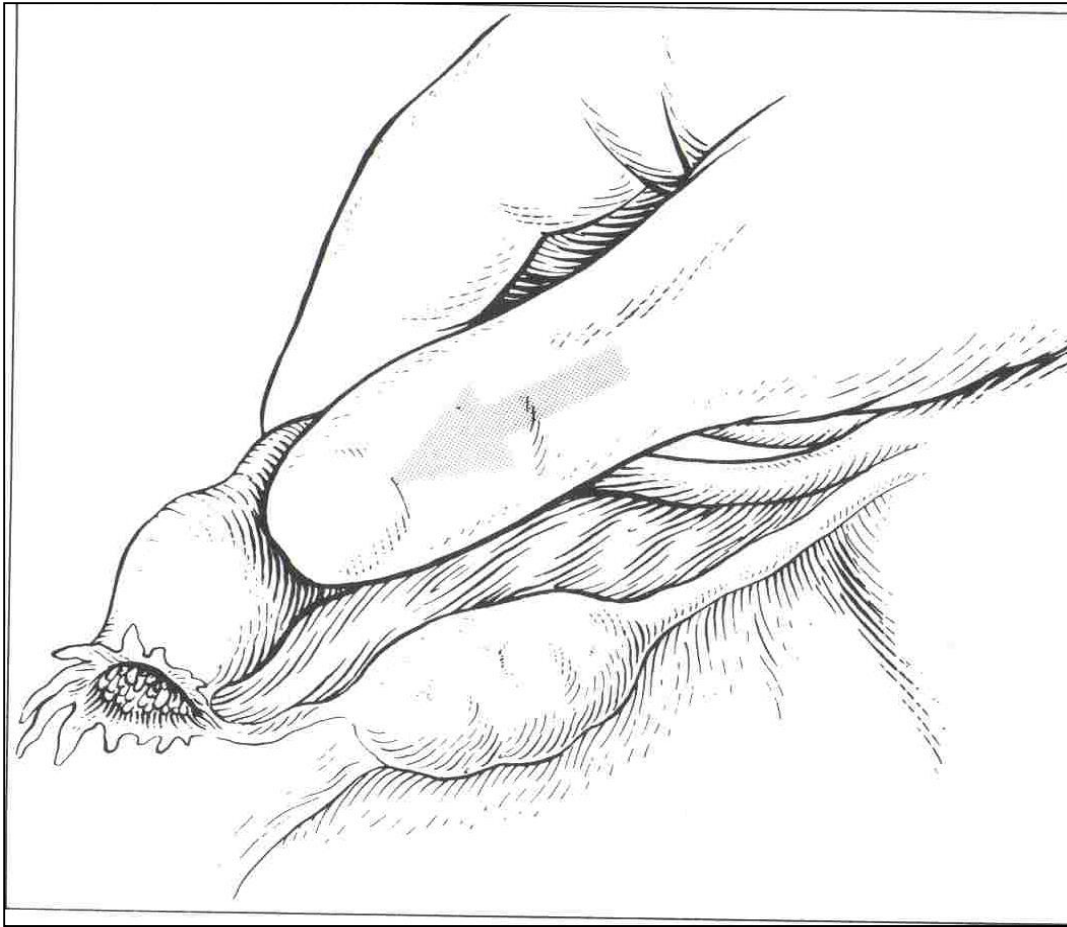


# Реанастомоз



Самостоятельно выполните разрез мезосальпинкса с

# Выдавливание плодного яйца из трубы пальцами (манипулятором)



## *Прогноз*

- после лечения эктопической беременности нельзя назвать благоприятным, так как в 30% случаев женщины имеют повторную внематочную беременность, а 25-50% случаев женщины страдают бесплодием трубно-перитонияльного или смешанного генеза.

# Реабилитация

- Противовоспалительное лечение
- Профилактика спаечной непроходимости трубы (гидротубации + вагинальная лазеротерапия)
- Гормональное лечение (контрацепция)
- Физиотерапия (трофотропная физиотерапия)
- Контрацепция

---

## *Шеечная и шеечно-перешеечная беременность*

- Возникновение дистальной эктопической беременности связывают с невозможностью имплантации плодного яйца в полости матки (неполноценность эндометрия).
  - Такие условия возникают у женщин, которые имели осложненное течение предыдущих родов и послеродового периода, многократные аборты, оперативные вмешательства на матке, миому матки, истмико-цервикальную недостаточность.
  - Ворсины хориона, в таком случае внедряются в мышечный слой, что приводит к кровотечению и нарушению развития беременности.
-

## *Клиника*

- Во многом определяется сроком беременности и уровнем имплантации плодного яйца.
- Основным проявлением является кровотечение из половых путей на фоне предшествующей задержки месячных, которое может быть умеренным, обильным и профузным.
- У многих женщин до начала кровотечения появляются скудные мажущие кровянистые выделения.

## *Диагностика*

- Представляет определенные трудности.
- Общее состояние больной соответствует объему кровопотери.
- При осмотре шейки матки в зеркалах обнаруживают эксцентрическое расположение наружного зева.
- При бимануальном исследовании шейка матки представляется бочкообразно увеличенной, мягкой консистенции, и на ней пальпируется маленькое, плотное тело матки, сразу же за наружным зевом пальпируется плодное яйцо, плотно связанное со стенками шейки, попытка пальцевого или инструментального его отделения сопровождается усилением кровотечения.
- Диагноз подтверждается УЗИ.



## *Лечение*

- При *прогрессирующей* беременности сроком до 6-7 недель, возможна эмболизация шейных сосудов, с последующим опорожнением плодовместилища.
- При *прервавшейся* шейной беременности лечение только оперативное в объеме экстирпации матки без придатков.

# Трофобластическая болезнь

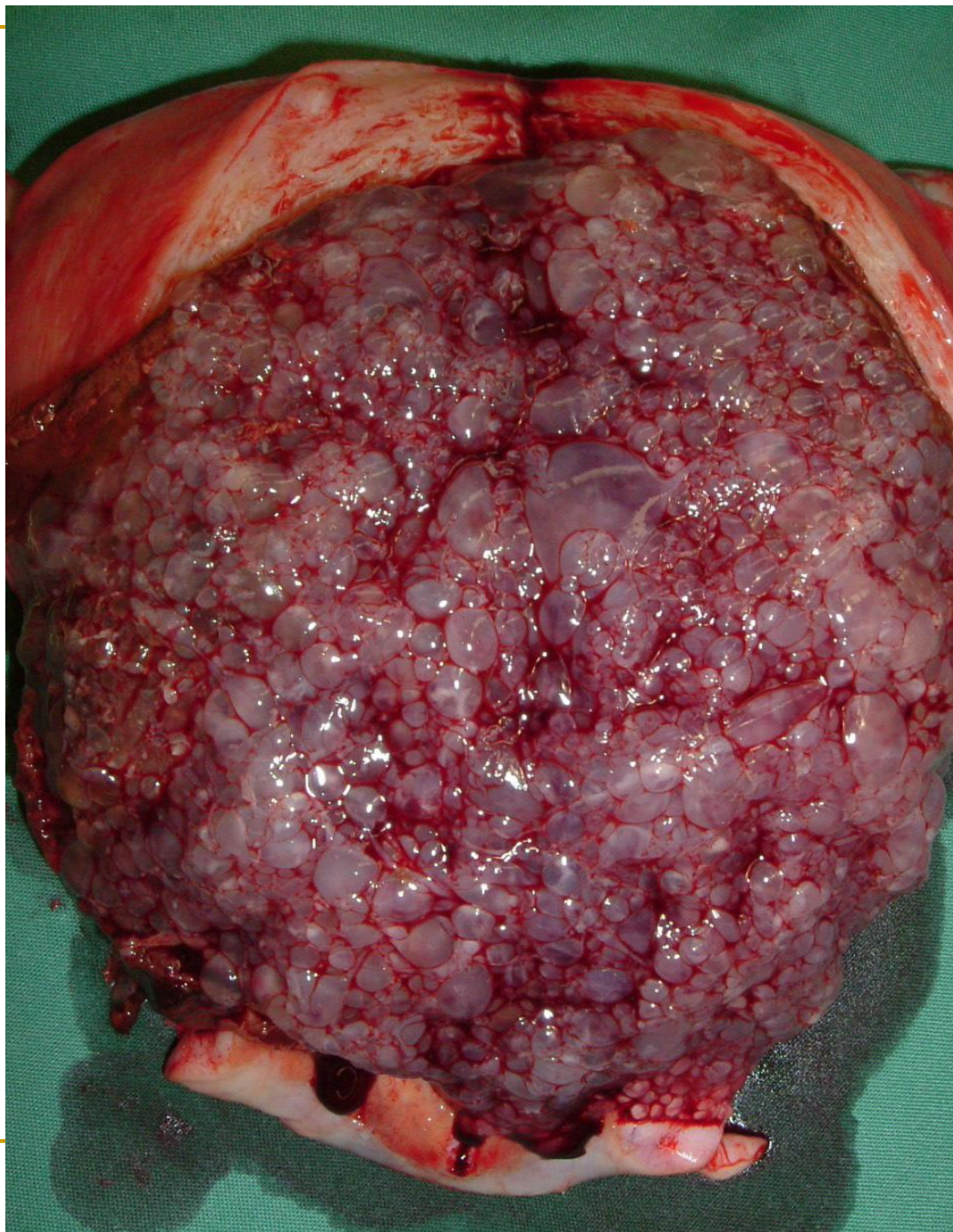
Доброкачественные и злокачественные опухоли трофобласта, приводящие к высокому уровню материнской смертности на пике репродуктивного возраста

Гистологическая классификация:

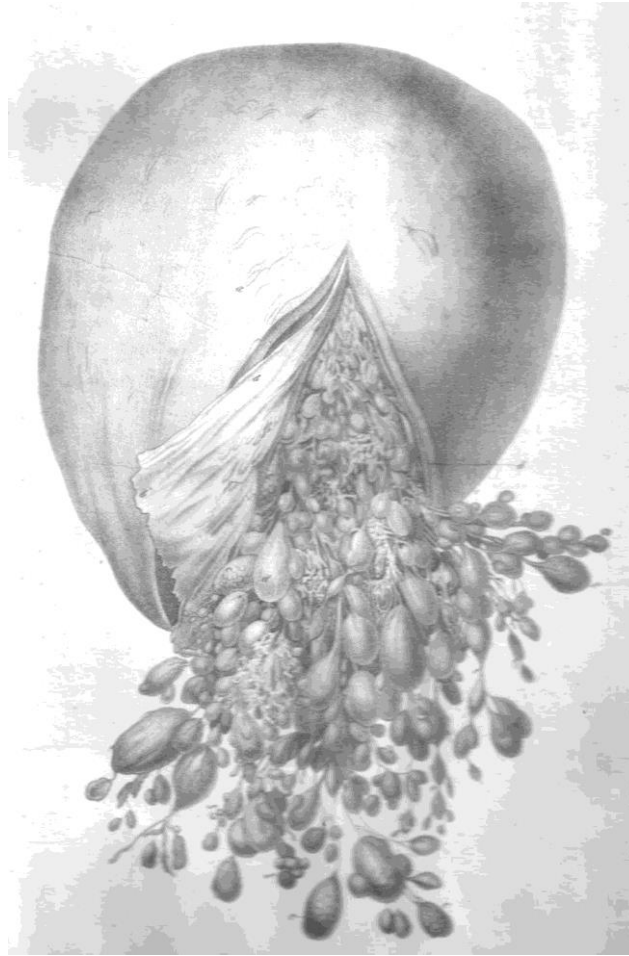
1. Пузырный занос (Hydatidiform mole)
2. Деструирующий пузырный занос (chorioadenoma destruens)
3. Хориокарцинома.

# Пузырный занос

- Водянка ворсин хориона 1 - 3 см в диаметре, напоминающего гроздь винограда
- Высокая концентрация ХГЧ (маркер прогресса и регресса пузырного заноса).



# Деструирующий пузырьный занос



# ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

- Размеры матки больше гестационного возраста.
- Отсутствие сердцебиения плода.
- Кровотечение из влагалища и самопроизвольный аборт сопровождается появлением атипичных пузырьков.
- У 20% пациенток обнаруживаются лютеиновые кисты яичников.
- Могут появляться симптомы легочной недостаточности, гипертензии, гипертиреозидизма.

# Диагноз

- Клинический диагноз основывается на указанной симптоматике и ультразвуковой картине «снежной бури» .

# Инвазивный пузырный занос

Инвазивный пузырный занос  
(chorioadenoma destruens)

гистологически идентичен пузырному заносу, но с инвазией в стенку матки.

Прогрессирование деструирующего пузырного заноса приводит к перфорации матки и внутреннему кровотечению.



# Хориокарцинома

- Хориокарцинома – высокодифференцированная раковая опухоль плаценты (хориона) из клеток трофобласта.
- Ворсины хориона отсутствуют.
- Быстро распространяется по организму (метастазирование) - в миометрий, легкие, ЦНС вызывая геморрагический синдром из метастатических участков.
- Легкие и влагалище – первый уровень метастазирования, второй – ЦНС, почки, печень и ЖКТ.

# Хориокарцинома

- Может развиваться после любой беременности, в том числе эктопической. Более 50% случаев хориокарциномы развивается из пузырного заноса одинаково часто после родов, внематочной беременности и самопроизвольного аборта.
- Может проявляться даже спустя несколько лет после последней беременности.

# Факторы риска

- Пузырный занос при предыдущих беременностях (риск в 4-5 раз выше). Ранний и поздний репродуктивный возраст беременных.
- Частота встречаемости – один случай на 1500 - 2000 беременностей. Деструирующий пузырный занос осложняет 15% - 20% от всех случаев пузырного заноса.
- Хориокарцинома имеет место один раз на 40 пузырных заносов, 1 раз на 5000 внематочных беременностей, один раз на 15000 аборт и 1 раз на 150000 нормальных беременностей.

# ЛЕЧЕНИЕ

- Удаление пузырного заноса  
(вакуумотсасывание пузырьков и  
выскабливание стенок полости матки)
- Удаление матки (при деструирующем  
заносе и хорионэпителиоме)
- Противораковая терапия  
(химиотерапия цитостатиками)

