

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЛАГОПОЛУЧНОГО ВЕДЕНИЯ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ДВОЙНЕЙ С ЧАСТИЧНЫМ ПУЗЫРНЫМ ЗАНОСОМ

**А.Э. Протасова, И.Е. Зазерская, Е.Д. Степановых, О.А. Ли, А.Б. Ильин,
Н.Г. Солодовникова, Т.Ю. Рощина, Н.А. Осипова, Ф.А. Овсянников**

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Многоплодная беременность с развивающимся плодом и наличием пузырного заноса — редкое явление, частота встречаемости которого составляет 1 из 22 000–100 000 беременностей [4]. Однако в последнее время в литературе все чаще описывают подобные клинические случаи, причем в большинстве из них рекомендуется прерывание беременности сразу после установки диагноза. Но, по мнению некоторых авторов, приблизительно 40% случаев пузырного заноса с развивающимся плодом приводят к успешному завершению беременности без существенного увеличения риска последующей малигнизации процесса [4, 8]. В данной статье представлено описание клинического случая успешного ведения и родоразрешения беременной с двойней при наличии частичного пузырного заноса. Продемонстрирован алгоритм диагностики с целью исключения злокачественного процесса согласно рекомендациям, исключения пороков развития плода. Показана целесообразность пролонгирования подобной беременности в случае стабильного ее течения, отсутствия маркеров хромосомных аномалий и пороков развития по ультразвуковой картине, а также наличия крайней заинтересованности пациентки в беременности. Также обращаем внимание на необходимость динамического наблюдения, предупреждения и раннего выявления возможных гестационных осложнений. Родоразрешение в данном клиническом случае произошло на недоношенном сроке в связи с самостоятельным развитием родовой деятельности на фоне имеющейся истмико-цервикальной недостаточности с благоприятным исходом для матери и новорожденного. В дальнейшем пациентка наблюдалась у онколога, повышения уровня β -ХГЧ не зарегистрировано.

Ключевые слова: многоплодная беременность, трофобластическая болезнь, частичный пузырный занос, частичный пузырный занос и развивающийся плод.

CLINICAL CASE OF SUCCESSFUL MANAGEMENT AND OUTCOME OF TWIN PREGNANCY IN PATIENT WITH PARTIAL MOLAR PREGNANCY

**A.E. Protasova, I.E. Zazerskaya, E.D. Stepanovych, O.A. Li, A.B. Ilyin,
N.G.Solodovnikova, T.Yu. Rotschina, N.A. Osipova, F.A.Ovsyannikov**

Federal State Budgetary Institution «V.A. Almazov National Medical Research Center»
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint-Petersburg

Multiple birth pregnancy with fetal development and with the presence of partial molar pregnancy — is a rare phenomenon, whose incidence makes up 1 of 22000-100000 pregnancies [4]. However, lately scholarly literature has reported an increase of similar clinical cases, and termination of pregnancy right after the diagnosis is recommended in most cases. But some authors argue that approximately 40% of molar pregnancies with developing fetus result in successful outcomes without significant increase of the risk of subsequent process malignization [4,8]. This article presents the description of a clinical case of successful management and outcome of twin pregnancy in patient with partial molar pregnancy. Algorithm for diagnosis provided to exclude malignant process pursuant to the recommendations, as well as to exclude fetal malformations is demonstrated. The paper considers the viability to continue such pregnancy to term in case of its stable course, absence of markers of chromosomal abnormalities and fetal malformations evaluated using ultrasound, as well as in the event of patient's extreme concernment for continuing pregnancy. The work also brings into focus the necessity of case follow-up, prevention and early detection of possible pregnancy complications. Delivery in the given clinical case occurred in the preterm stage due to spontaneous onset of early labor caused by existing isthmus and cervical insufficiency, outcome of this pregnancy was favorable for both mother and baby. Subsequently, the patient was followed-up by oncologist, the increase of β -human chorionic gonadotropin (hCG) measurements was not observed.

Keywords: multiple birth pregnancy, trophoblastic disease, partial molar pregnancy and developing fetus.

Введение

Понятие «трофобластическая болезнь» (ТБ), синонимы — «трофобластические опухоли», «трофобластические неоплазии», представляет собой спектр поражений, характеризующийся аномальной пролиферацией и патологическими абберациями, возникающими в трофобласте на этапе трофобластической дифференцировки при плацентации. Гистологически ТБ включает в себя: полный пузырный занос, частичный пузырный занос, инвазивный пузырный занос, хориокарциному, опухоль плацентарного ложа и эпителиоидную трофобластическую опухоль. Инвазивный пузырный занос, хориокарцинома, опухоль плацентарного ложа и эпителиоидная опухоль относятся к злокачественным трофобластическим опухолям [1–3].

Многоплодная беременность с развивающимся плодом и наличием пузырного заноса — редкое явление, частота встречаемости составляет одну из 22 000–100 000 беременностей [4], причем в большинстве случаев это сочетание живого плода и полного пузырного заноса; регистрируемая распространенность частичного пузырного заноса с развивающимся плодом составляет 0,005–0,01% беременностей [5].

Представляем собственный клинический случай благоприятного исхода ведения беременной и роженицы с развивающимся плодом и частичным пузырным заносом.

Описание клинического случая

Пациентка Т., 36 лет, поступила в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» в отделение патологии беременности с диагнозом: «Беременность 20 3/7 недель. ЭКО. Угрожающий поздний выкидыш. Трофобластическая болезнь? Гестационный сахарный диабет, диетотерапия? Анемия легкой степени. Дискинезия желчевыводящих путей. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Низкая плацентация». Из анамнеза известно, что менструальный цикл без особенностей. В течение 7 лет — бесплодие, по поводу чего обследовалась. В 2013 г. по данным диагностической лапароскопии установлен диагноз эндометриоз, лечение не проводилось. В 2016 и 2017 гг. выпол-

нены две неудачные попытки ЭКО. Настоящая беременность первая, возникла в результате 3-й попытки ЭКО (перенос двух эмбрионов). Беременность протекала на фоне угрозы прерывания, со срока гестации 3/4 нед — четыре госпитализации в стационары г. Калининград со стандартной терапией. На 9 нед на основании гипергликемии (натощак 5,6 ммоль/л) установлен диагноз гестационного сахарного диабета, назначена диетотерапия. По данным скринингового ультразвукового исследования (УЗИ) при сроке 12/13 нед зафиксирована самопроизвольная редукция II плода (в дне визуализируется гетероэхогенное включение диаметром 20 мм).

В 19–20 нед по данным скринингового УЗИ впервые выявлены изменения в плаценте: по передней и левой боковой стенкам, в дне визуализировалось образование (конгломерат) ячеистой структуры размерами 130×70 мм. При цветном доплеровском картировании — единичные локусы кровотока, размеры плода соответствовали сроку гестации, без особенностей. В связи с чем направлена в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» для дообследования и уточнения дальнейшей тактики ведения.

При поступлении отмечалась клиника угрозы прерывания беременности: тянущие боли в нижних отделах живота, мажущие коричневые выделения из половых путей. Проводились токолитическая, гемостатическая терапия, поддержка прогестероном. По данным УЗИ, выполненного в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» при сроке гестации 20 3/7 нед, в полости матки определялся один живой плод, размеры плода соответствовали сроку гестации, плацента расположена по задней стенке матки, нижний край — в 22 мм от внутреннего зева (низкая плацентация), степень зрелости соответствовала сроку беременности, к ней примыкало расположенное по передней и левой боковой стенкам матки изоэхогенное образование размером 114×56 мм с анэхогенными включениями, без интенсивного кровотока (рис. 1).

В течение 2 нед пациентка находилась в отделении патологии беременности. Для уточнения диагноза, согласно рекомендациям



Рис. 1. УЗ-картина образования ячеистой структуры по передней стенке матки

[1], проводилась УЗИ в динамике (табл. 1), выполнялся контроль уровня β -субъединицы хорионического гонадотропина (β -ХГЧ) в сыворотке крови (рис. 2). С целью исключения инвазии в миометрий были выполнены магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза, а для исключения отдаленных метастазов — МРТ головного мозга, рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях.

Содержание β -ХГЧ в сроке 20 4/7 нед составило 285384,0 IU/l. По данным рентгенографии, на момент исследования патологии органов грудной клетки не выявлено, МРТ головного мозга — без признаков объемных и очаговых образований. По данным МРТ органов малого таза: в правой 2/3 матки определялся один живой плод, плацента его — нормально-строения и структуры, расположена по задней стенке матки. Слева в трубном углу матки

Таблица 1

Динамика данных ультразвукового исследования плода

	Дата (срок)					
	31.08.2018 (12 6/7 н)	16.10.2018 (19 3/7 н)	23.10.2018 (20 3/7 н)	07.11.2018 (22 4/7 н)	10.12.2018 (27 2/7 н)	09.01.2019 (31 4/7 н)
Заключение	1 живой плод	1 живой плод ПМП 324 г, размеры на 20 нед	1 живой плод	1 живой плод ПМП 580 г, размеры на 23 1/7 нед	1 живой плод ПМП 1200 г, размеры на 28 нед	1 живой плод ПМП 1910 г, размеры на 31 6/7 нед
		Плацента по задней стенке	Плацента по задней стенке	Плацента по задней стенке	Плацента по задней стенке	Плацента по задней стенке
	Самопроизвольная редукция II плода (в дне — гетерозогенное включение \varnothing 22мм)	По передней, левой боковой стенкам и в дне образование ячеистой структуры 130×70 мм	Образование ячеистой структуры 114×56 мм	Образование ячеистой структуры 110×50 мм	Образование ячеистой структуры 100×43 мм	Образование ячеистой структуры 100×48 мм
		Цервикальный канал 37 мм, внутренний зев закрыт	Цервикальный канал 34 мм, внутренний зев закрыт	Цервикальный канал 28 мм, внутренний зев расширен до 12 мм		

Динамика ХГЧ

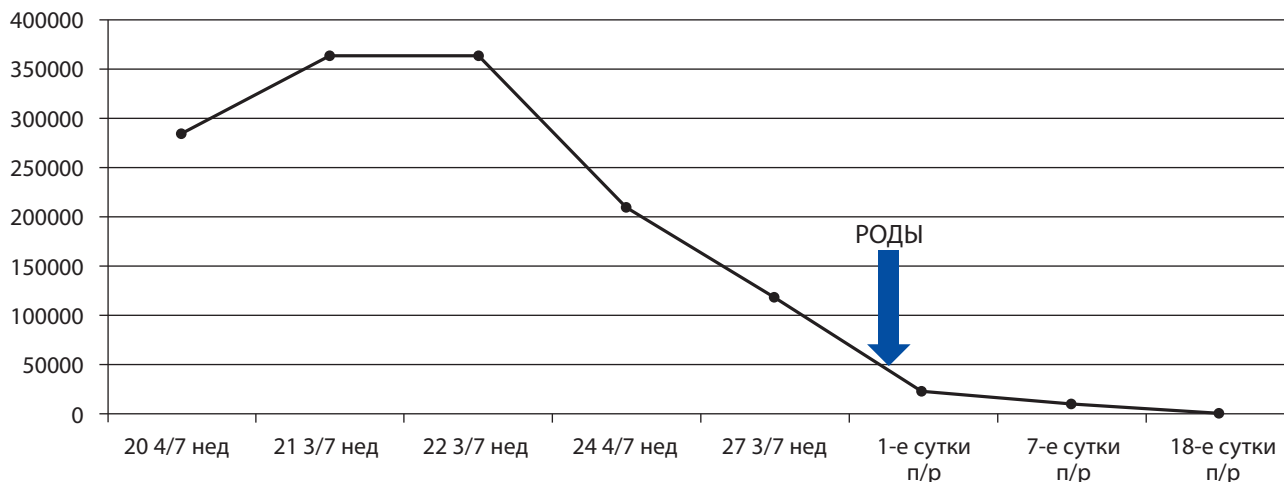


Рис. 2. Динамика содержания β -ХГЧ

имелась вертикальная амниотическая перегородка с практически полностью перерожденной плацентой в виде кист разного диаметра, с однородным содержимым, без визуализации второго плода и амниотической жидкости. Увеличенных лимфатических узлов, объемных образований в области сканирования не определялось. Параметрий и паракольпий — без особенностей. Граница между миометрием и материнской частью плаценты отчетливо прослеживается, контур ее ровный. Левый и правый яичники расположены типично, увеличены: правый — $60 \times 21 \times 37$ мм, левый — $44 \times 21 \times 39$ мм, изменения по типу мультифолликулярных, с множественными текалютеиновыми кистами.

Также с целью гистологического подтверждения диагноза выполнена биопсия образования. Учитывая мировой опыт, а также данные о частом сочетании пузырного заноса с хромосомными аномалиями у плода, обсуждался вопрос выполнения кордоцентеза с последующим кариотипированием плода. Но в связи с высоким риском развития осложнений для матери и плода ввиду его близкого расположения к образованию от выполнения данной манипуляции решено воздержаться. По данным гистологического исследования биоптата, полученного в сроке гестации 21/22 нед: в небольшом материале, представленном тканью плаценты, соответствующей сроку беременности, откровенно отчетные ворсины хорио-

на отсутствуют, пролиферация клеток трофобласта слабо выражена. Отмечаются маленький участок пролиферации трофобласта, одиночные складчатые структуры эпителиальной выстилки ворсин хориона. Убедительных признаков пузырного заноса в представленном материале обнаружено не было.

По результатам обследования проведен консилиум, решением которого являлось: учитывая отсутствие данных за злокачественное течение ТБ, удовлетворительное состояние беременной и плода, прогрессирующую беременность, развитие плода соответственно сроку гестации, беременность решено пролонгировать под динамическим наблюдением за состоянием матери и плода, контролем уровня β -ХГЧ, УЗИ в динамике (см. табл. 1).

Учитывая явления истимико-цервикальной недостаточности по данным УЗИ, купирование угрозы прерывания беременности, в сроке гестации 22 5/7 нед был установлен акушерский разгружающий пессарий.

При динамическом контроле содержание β -ХГЧ в крови составило $364560,0$ IU/l– $364058,0$ IU/l, по данным ультразвукового исследования отмечалось уменьшение размеров образования, что свидетельствовало об отсутствии прогрессирования ТБ (см. табл. 1). За время наблюдения в отделении патологии беременности контроль артериального давления удовлетворительный, общий анализ мочи — в пределах нормы.

Учитывая отсутствие жалоб, удовлетворительное состояние беременной и плода, отсутствие нарастания концентрации β -ХГЧ, пациентка в стабильном состоянии в сроке гестации 22 6/7 нед была выписана под наблюдение акушера-гинеколога консультативно-диагностического отделения Перинатального центра ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» с последующей госпитализацией в отделение патологии беременности в сроке гестации 27 2/7 нед или ранее по показаниям.

Амбулаторно продолжалось динамическое наблюдение, выполнялось УЗИ в динамике (рис. 3), уровень β -ХГЧ при сроке гестации 24 4/7 нед составил 210000,0 IU/l (см. рис. 2). Также при сроке гестации 24/25 нед по данным пробы на толерантность к глюкозе подтвержден диагноз гестационного сахарного диабета.

При сроке гестации 27 2/7 нед повторно госпитализирована в отделение патологии беременности. По данным УЗИ, в полости

матки один живой плод, размеры плода соответствовали сроку гестации, по передней стенке определялось неоднородное «ячеистое» образование толщиной 110x50 мм. Уровень β -ХГЧ в сроке гестации 27 3/7 нед составил 119111,0 IU/l. Была проведена профилактика синдрома дыхательных расстройств плода дексаметазоном в общей дозировке 24 мг; учитывая высокие риски тромбоэмболических осложнений, в сроке гестации 28 нед была начата терапия низкомолекулярными гепаринами в профилактической дозировке. В стабильном состоянии в сроке гестации 28 2/7 нед пациентка была выписана на амбулаторный этап наблюдения.

За время амбулаторного наблюдения состояние беременной и плода оставалось удовлетворительным. Клинических проявлений преэклампсии (повышения артериального давления, протеинурии, отеков) не отмечалось. Контроль гликемии на фоне диеты был удовлетворительным. Данные лабораторного



Рис. 3. Ультразвуковая картина измененной плаценты и нормальной плаценты 1 плода, четкая граница между ними

обследования оставались в пределах референтных значений. По данным УЗИ в динамике, роста образования не зафиксировано. По данным 3-го скринингового УЗИ при сроке гестации 31 4/7 нед, в полости матки — один живой плод. Предполагаемая масса плода 1910 г, размеры плода соответствуют 31 6/7 нед. Амниотический индекс 139 мм. Плацента по задней стенке — толщиной 31 мм, 2-й степени зрелости; по передней стенке — неоднородное образование ячеистой структуры 100x48 мм толщиной. Нарушений кровообращения в системе мать–плацента–плод не выявлено.

23.01.19 г. в сроке гестации 33 4/7 нед больная обратилась в приемный покой ФСПЦ (Федеральный специализированный перинатальный центр ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова») в связи с клиническими проявлениями угрозы преждевременных родов: отмечала жалобы на тянущие боли в нижних отделах живота, умеренные кровянистые выделения из половых путей. По данным кардиотокографии зафиксировано удовлетворительное состояние плода, регистрировалась маточная активность. Проводимые токолитическая, гемостатическая терапии — без эффекта. Роды

велись в условиях адекватной аналгезии на фоне продолжающейся токолитической терапии под постоянным мониторингом наблюдением за состоянием плода, роженицы, контролем системы гемостаза. В 10:35 23.10.19 г. родился живой недоношенный мальчик без видимых пороков развития, массой 2480 г, длиной 45 см, в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Через 5 мин самостоятельно отделилась плацента и выделился послед — весь. Одновременно с последом выделилось образование пузырчатой структуры размером 5x6 см (рис. 4). Материал отправлен для гистологического исследования. С целью профилактики гипотонического кровотечения был применен карбетоцин. Общая кровопотеря — 250 мл. Продолжительность родов составила 7 ч 55 мин, безводный промежуток — 4 ч 5 мин.

По данным гистологического исследования: в представленном фрагменте плаценты ворсины очень крупного размера, преимущественно неправильной формы, с выраженным отеком стромы, бессосудистые, большая часть которых покрыта типовым двухрядным трофобластом. На этом фоне определяются множественные

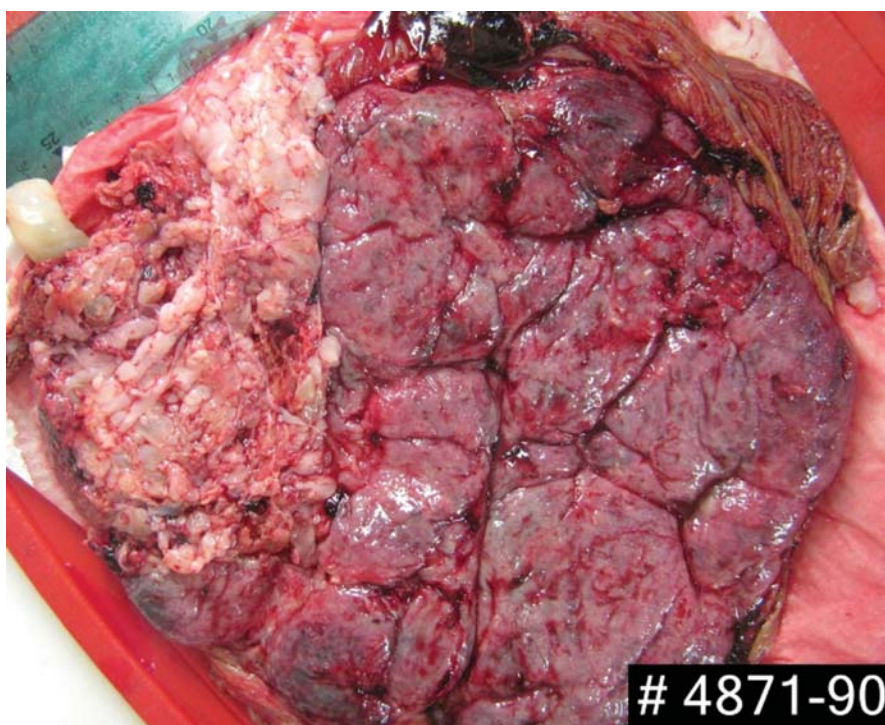


Рис. 4. Макропрепарат. Плацента 1 плода с прилегающим к ней образованием пузырчатой структуры

мелкие очаги пролиферации трофобласта с умеренным полиморфизмом и гиперхромазией ядер. Часть ворсин — в состоянии асептического аутолиза. Гистологическая картина соответствовала диагнозу частичного пузырного заноса (рис. 5).

На 8-е сутки послеродового периода выполнено МРТ органов малого таза: инволюция матки соответствовала суткам послеродового периода. В области дна и по задней стенке в поверхностном миометрии визуализировалась локальная гипоинтенсивная зона размером 3,2×3,9×1,2 см — плацентарная площадка. Образований в полости матки или признаков инвазивного пузырного заноса не выявлено.

При дальнейшем динамическом контроле уровня β -ХГЧ в сыворотке крови наблюдалось его прогрессивное снижение (см. рис. 2): 22768,0 IU/l (1-е сутки после родов) — 1105,0 IU/l (7-е сутки после родов) — 93 IU/l (18-е сутки после родов).

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 8-е сутки послеродового периода под наблюдение онкогинеколога с рекомендациями динамического контроля за уровнем β -ХГЧ 1 раз в месяц.

Новорожденный на 8-е сутки переведен в отделение патологии новорожденных. Выписан домой на 13-е сутки жизни с массой тела 2605 г.

Обсуждение

Беременность двойней с пузырным заносом и развивающимся плодом, заканчивающаяся рождением здорового ребенка, встречается редко, поскольку пролонгирование такой беременности связано с высоким риском развития осложнений, таких как самопроизвольный аборт, преждевременные роды, внутриутробная гибель плода, кровотечение, преэклампсия, тиреотоксикоз, анемия, эмболия легочной артерии клетками трофобласта, злокачественная трансформация элементов трофобласта [6, 7]. В 2002 г. было высказано предположение о том, что беременные с полным пузырным заносом и развивающимся плодом имеют шанс на рождение живого ребенка, и пролонгирование их беременности рассматривалось среди других альтернатив лечения. N.J. Sebire и соавт. пришли к выводу, что приблизительно 40% случаев полного пузырного заноса с развивающимся плодом приводят к успешному завершению беременности без существенного увеличения риска последующей малигнизации процесса, и сообщили, что трофобластическая малигнизация составила 19,5% [4, 8]. Данный клинический случай подтверждает мнение авторов.

При описании указанного клинического случая авторы данной статьи продемонстрировали проведение ряда диагностических мероприятий (МРТ органов малого таза

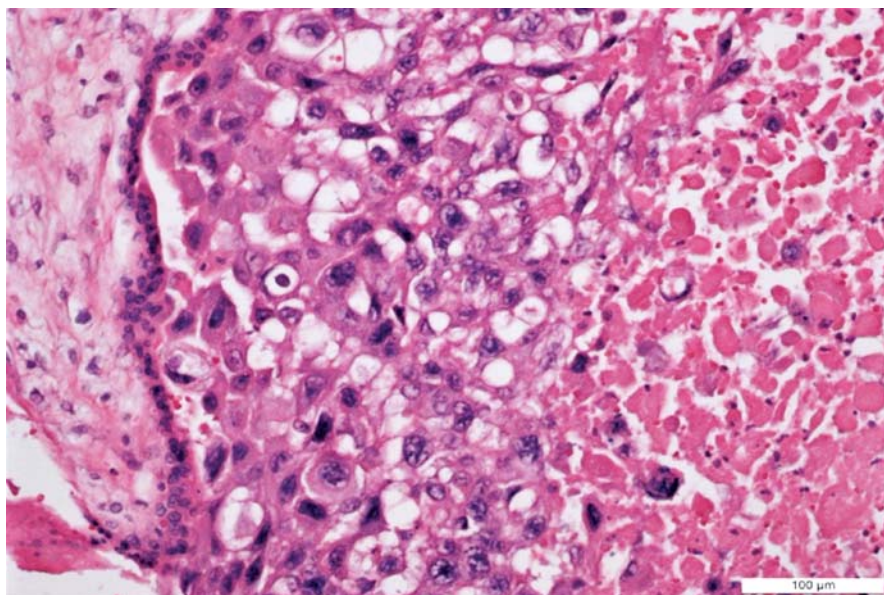


Рис. 5. Микрорепарат

и головного мозга, рентгенография органов грудной клетки, контроль уровня ХГЧ, УЗИ в динамике), направленных на уточнение диагноза и определение оптимальной тактики ведения беременности. Дифференциальная диагностика частичного пузырного заноса с полным и исключение признаков малигнизации существенны, так как озлокачествление встречается в 15–20% наблюдений при полном пузырном заносе и 0,5–0,6% при частичном [3].

I. Niemann и соавт. пришли к выводу, что риск малигнизации при наличии пузырного заноса и развивающегося плода не выше, чем при простом пузырном заносе [9]. В связи с этим авторы предлагают вместо немедленного прерывания беременности рассматривать выжидательную тактику, поскольку риск малигнизации не нарастает с увеличением гестационного срока [10]. Ведение данного клинического случая подтверждает мнение этих авторов.

Успех ведения беременности с пузырным заносом и ее исходы для матери и новорожденного, по данным литературы, напрямую связаны с ранним выявлением и организацией динамического наблюдения за пациенткой и плодом. УЗИ позволяет предположить наличие пузырного заноса уже в первом триместре [11]. В представленном случае диагноз пузырного заноса был заподозрен в сроке гестации 19–20 нед, несмотря на то что пациентка неоднократно находилась на стационарном лечении по поводу угрозы прерывания и УЗИ ей выполнялось в каждую госпитализацию. К сожалению, в предоставленной медицинской документации отсутствовали снимки исследований, были предоставлены уже сами заключения, которые не содержали описания пузырного заноса.

Уровень β -ХГЧ в сыворотке может быть «полезным маркером» при подозрении на наличие пузырного заноса. В случае успешных исходов беременности с жизнеспособными плодами уровень β -ХГЧ в сыворотке обычно начинал снижаться с начала второго триместра, а УЗИ, как правило, выявляло уменьшение размеров пузырного заноса [12]. В пред-

ставленном случае отмечались отсутствие нарастания и в дальнейшем снижение уровня β -ХГЧ в сыворотке, начиная со 2-й половины второго триместра, а также уменьшение размеров пузырного заноса.

Принятие решения о пролонгировании беременности зависит не только от исключения малигнизации трофобластической болезни, но и от состояния плода. С целью исключения патологии плода на ранних сроках беременности целесообразно выполнение кордоцентеза с последующим кариотипированием плода [10], поскольку, как уже было сказано ранее, такая беременность связана с высоким риском развития гестационных осложнений, в первую очередь для матери. В данном клиническом случае определение кариотипа плода на ранних сроках не проводилось в связи с отсутствием диагноза. В дальнейшем на более поздних сроках от выполнения кордоцентеза решено отказаться по причине преобладания развития осложнений для матери и плода в связи с анатомическими особенностями. Кроме того, по данным УЗИ, маркеров хромосомных аномалий, врожденных пороков развития или задержки роста плода не определялось.

Таким образом, ведение беременности двойней с развивающимся одним плодом и пузырным заносом возможно, хотя и сопряжено с высокими рисками развития осложнений. Но при наличии благоприятно протекающей беременности, нормального кариотипа, отсутствии грубых отклонений по ультразвуковой картине и при крайней заинтересованности пациентки в беременности разумно разрешить пролонгировать беременность до тех пор, пока осложнения у матери отсутствуют или контролируются, предварительно подробно обсудив с парой тактику ведения беременности и получив их информированное согласие [7, 13].

Заключение

На примере описанного клинического случая при сопоставлении данных мировой литературы можно сделать заключение, что ведение беременной с развивающимся плодом

и пузырьным заносом может иметь благоприятный исход для матери и плода. Ведение такой беременной направлено на осуществление контроля за развитием трофобластической болезни, прежде всего для исключения инвазивного процесса, а также на динамическое наблюдение за состоянием плода и развитием у него возможных аномалий, наблюдение за состоянием беременной и проведение комплекса профилактических мероприятий с целью предупреждения и раннего выявления сочетанных гестационных осложнений.

Считаем, что основаниями для пролонгирования подобной беременности являются отсутствие роста образования по данным УЗИ, снижение уровня ХГЧ в динамике, наличие жизнеспособного плода без хромосомных аномалий и пороков развития и его удовлетворительное состояние, стабильные показатели

гемодинамики и удовлетворительное состояние беременной. Способ родоразрешения в каждом конкретном случае должен определяться индивидуально. Данный клинический случай демонстрирует возможность ведения родов через естественные родовые пути.

Ведение беременной с развивающимся плодом и пузырьным заносом должно проводиться мультидисциплинарной командой специалистов, включая врача акушера-гинеколога, врача-онколога, врачей функциональной диагностики, что позволит своевременно определить объем обследования, тактику профилактики акушерских осложнений, сроки и способ родоразрешения. После родоразрешения показано динамическое наблюдение у онколога.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации «Трофобластические опухоли». — Министерство здравоохранения РФ, 2017.
2. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е. Акушерство: национальное руководство. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
3. Sunkesula S., Lingeswara Rao B., Arasi T. Gestational Trophoblastic Disease: A Prospective Study of 82 Cases and Utility of P57 Immunohistochemistry in Differentiating Complete and Partial Mole // Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences. 2014;3(68):14607–14614, doi:10.14260/jemds/2014/3962.
4. Sebire N.J., Fosskett M., Paradinas F.J., Fisher R.A., Francis R.J., Short D., et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin // Lancet. 2002;359:2165–2166, doi: 10.1016/S0140–6736(02)09085–2.
5. Vejerslev LO. Clinical Management and Diagnostic Possibilities in Hydatidiform Mole with Coexistent Fetus // Obstetric Gynecol Surv. 1991;46(9):577–588.
6. Rai L., Shripad H., Guruvare S., et al. Twin pregnancy with hydatidiform mole and co-existent live fetus: Lessons Learnt // Malaysian J Med Sci. 2014;21:60–63.
7. Achour R., Ben Aissa I., Neji K. Twin pregnancy with both complete hydatiform mole and coexistent alive fetus: Case report // Asian Pacific Journal of Reproduction. 2015; 4(4):331–333, doi 10.1016/j.apjr.2015.07.013.
8. Lin L.H., Maestá I., Braga A., Sun S.Y., Fushida K., Francisco R.P.V., Elias K.M., Horowitz N., Goldstein D.P., Berkowitz R.S. Multiple pregnancies with complete mole and coexisting normal fetus in North and South America: A retrospective multicenter cohort and literature review // Gynecologic Oncology. 2017;145(1):88–95.
9. Niemann I., Sunde L., Petersen L.K. Evolution of the risk of persistent trophoblastic disease after twin pregnancy with diploid hydatidiform mole and coexisting normal fetus // Am J Obstet Gynecol. 2007;197:451–455.
10. Vimercati A., De Gennaro C., Cobuzzi I., Grasso S., Abuzzese M., Fascilla F.D., et al. Two cases of complete hydatiforme mole and coexistent live fetus // J Prenat Med. 2013;7(1):1–4.
11. Montes-de-Oca-Valero F., Macara L., Shaker A. Twin pregnancy with a complete mole and co-existing fetus following in vitro fertilization // Hum Reprod. 1999;14:2905–2907.
12. Lee S.W., Kim M.Y., Chung J.H., Yang J.H., Lee Y.H., Chun Y.K. Clinical findings of multiple pregnancy with a complete hydatidiform mole and coexisting fetus // J Ultrasound Med. 2010;29:271–280.
13. Moini A., Ahmadi F., Eslami B., Zafarani F. Dizygotic twin pregnancy with a complete hydatiforme mole and a coexisting viable fetus // Iran J Radiol. 2011;8(4):249–252.
14. Himoto Y., Kido A., Minamiguchi S., Moribata Y., Okumura R., Mogami H., Nagano T., Konishi I., Togashi K. Prenatal differential diagnosis of complete hydatidiform mole with a twin live fetus and placental mesenchymal dysplasia by magnetic resonance imaging // J Obstet Gynaecol Res. 2014 Jul; 40(7):1894–1900.

АВТОРЫ

Протасова Анна Эдуардовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2, e-mail: protasova1966@yandex.ru

Protasova Anna E., MD, Ph.D, DSc, professor of the Department of obstetrics and gynecology, Federal State Budgetary Institution «V.A. Almazov National Medical Research Center» of the Ministry of Health of the Russian Federation, e-mail: protasova1966@yandex.ru

Зазерская Ирина Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2, e-mail: zazera@mail.ru

Zazerskay Irina E., MD, Ph.D, DSc, professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Federal State Budgetary Institution «V.A. Almazov National Medical Research Center» of the Ministry of Health of the Russian Federation, e-mail: zazera@mail.ru

Степановых Екатерина Дмитриевна, врач акушер-гинеколог отделения патологии беременности, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2, e-mail: nifredil@list.ru

Stepanovykh Ekaterina D., Gynecologist of the Department of Pathological Pregnancy, Federal State Budgetary Institution «V.A. Almazov National Medical Research Center» of the Ministry of Health of the Russian Federation, e-mail: nifredil@list.ru

Ли Ольга Алексеевна, кандидат медицинских наук, зам. главного врача по лечебной работе ФСПЦ, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2, e-mail: lee_87@list.ru

Lee Olga A., Ph.D, Deputy chief medical officer for medical work, Federal State Budgetary Institution «V.A. Almazov National Medical Research Center» of the Ministry of Health of the Russian Federation, e-mail: lee_87@list.ru

Ильин Алексей Борисович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2, e-mail: a-ilyin@inbox.ru

Ilyin Alexey B., Ph.D, Senior Lecture, Federal State Budgetary Institution «V.A. Almazov National Medical Research Center» of the Ministry of Health of the Russian Federation, e-mail: a-ilyin@inbox.ru

Солодовникова Нелли Григорьевна, кандидат медицинских наук, зав. родовым отделением, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2, e-mail: nsolodovnikova75@mail.ru

Solodovnikova Nelly G., Ph.D., Head of the Obstetric Department, Federal State Budgetary Institution «V.A. Almazov National Medical Research Center» of the Ministry of Health of the Russian Federation, e-mail: nsolodovnikova75@mail.ru

Осипова Наталья Анатольевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, зав. отделением патологии беременности, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2, e-mail: nosipova@mail.ru

Osipova Natalya A., Ph.D, Senior Lecture, Head of the Department of Pathological Pregnancy, Federal State Budgetary Institution «V.A. Almazov National Medical Research Center» of the Ministry of Health of the Russian Federation, e-mail: nosipova@mail.ru

Рощина Татьяна Юрьевна, врач-патологоанатом патологоанатомического отделения, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2, e-mail: tanya.roshchina.69@mail.ru

Roshchina Tatyana Y., Pathologist of the Department of morbid anatomy, Federal State Budgetary Institution «V.A. Almazov National Medical Research Center» of the Ministry of Health of the Russian Federation, e-mail: tanya.roshchina.69@mail.ru

Овсянников Филипп Андреевич, кандидат медицинских наук, врач функциональной диагностики, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2, e-mail: sivers1@yandex.ru

Ovsyannikov Philipp A., Ph.D., Functional diagnostician, Federal State Budgetary Institution «V.A. Almazov National Medical Research Center» of the Ministry of Health of the Russian Federation, e-mail: sivers1@yandex.ru