Трофобластические опухоли

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C58 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы»

Трофобластические опухоли — группа связанных с беременностью заболеваний трофобласта: от пузырного заноса до злокачественных опухолей. Рекомендация описывает диагностику по анамнезу, динамике β-ХГЧ и распространённости процесса, эвакуацию пузырного заноса, риск-адаптированную химиотерапию и длительное наблюдение.

Главное

- Злокачественные трофобластические опухоли могут возникать спустя месяцы и годы после беременности, чаще после полного пузырного заноса; после эвакуации полного заноса персистенция или малигнизация развивается примерно в 15–20% случаев, после частичного — в 3–7%.
- Для установления диагноза злокачественной трофобластической опухоли достаточно сочетания беременности в анамнезе и динамического повышения сывороточного β-ХГЧ; обязательная морфологическая верификация не требуется.
- После пузырного заноса специфическое лечение начинают при плато β-ХГЧ в 4 пробах за 3 недели, повышении β-ХГЧ в 3 пробах за 2 недели, сохранении повышенного β-ХГЧ более 6 месяцев, сочетании повышенного β-ХГЧ с отдалёнными метастазами либо при гистологически подтверждённой злокачественной опухоли.
- Риск лекарственной резистентности оценивают по FIGO-WHO: до 6 баллов — низкий риск, 7–12 — высокий, 13 и более — сверхвысокий; при 5–6 баллах риск может быть повышен при отдалённых метастазах или хориокарциноме.
- После эвакуации пузырного заноса β-ХГЧ контролируют еженедельно до трёх отрицательных результатов, затем ежемесячно до года; контрацепция обязательна не менее года после нормализации β-ХГЧ.
- Основной метод лечения злокачественных трофобластических опухолей — химиотерапия; у большинства пациенток она позволяет добиться полного выздоровления даже при отдалённых метастазах.

Диагностика

1. Собрать анамнез беременности и её исхода, уточнить нарушения менструального цикла, кровянистые выделения, боли, одышку, кашель, кровохарканье, головную боль и признаки токсикоза или тиреотоксикоза. У пациенток после пузырного заноса при нарушении цикла определить сывороточный β-ХГЧ. УУР С, УДД 5.
2. Выполнить бережный осмотр наружных половых органов, влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное исследование и забор цитологического материала; оценить размеры матки, наличие пузырьковой или сосудистой опухоли и тека-лютеиновых кист. УУР С, УДД 5.
3. Определить общий β-ХГЧ в сыворотке крови у всех пациенток. После эвакуации пузырного заноса исследовать удалённые ткани патолого-анатомически с иммуногистохимией, но не задерживать лечение ради морфологической верификации, если уже выполнены другие критерии злокачественной опухоли. УУР С, УДД 5.
4. В день обращения выполнить комплексное УЗИ органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства; исследование может выявить пузырный занос, тека-лютеиновые кисты, первичную опухоль и метастазы. УУР С, УДД 4.
5. Для поиска метастазов в лёгких выполнить исследование органов грудной полости; предпочтительна КТ с внутривенным болюсным контрастированием. УУР С, УДД 5.
6. При метастазах в лёгких выполнить контрастную МРТ головного мозга для оценки распространённости и планирования лечения. При рецидиве перед локальным лечением использовать ПЭТ-КТ с 18-ФДГ для поиска резистентных очагов. УУР С, УДД 5 и УДД 4 соответственно.

Лечение

- При нежизнеспособном плоде выполнить вакуум-эвакуацию пузырного заноса с контрольным бережным кюретажем под УЗ-контролем в акушерско-гинекологическом стационаре и направить материал на патолого-анатомическое исследование. При резус-отрицательной крови ввести антирезусный иммуноглобулин Rho[D]. УУР С, УДД 5.
- После эвакуации контролировать свободную β-субъединицу ХГЧ еженедельно до трёх последовательных отрицательных результатов, затем ежемесячно до года; УЗИ выполнить после эвакуации и через 2–4 недели, рентгенографию или КТ лёгких — в первые 2 суток. Контрацепцию соблюдать не менее года после нормализации β-ХГЧ.
- При злокачественной опухоли выбрать первую линию по FIGO-WHO. Для низкого риска используют метотрексат с кальция фолинатом: например, метотрексат 1 мг/кг внутримышечно в 1, 3, 5 и 7-й дни, кальция фолинат 0,1 мг/кг внутримышечно во 2, 4, 6 и 8-й дни; для высокого риска применяют EMA-CO. УУР С, УДД 5.
- При низком риске альтернативой может быть метотрексат 0,4 мг/кг внутривенно в 1–5-й дни каждые 14 дней, максимум 25 мг в сутки, либо дактиномицин 0,5 мг внутривенно в 1–5-й дни или 1,25 мг/м² в 1-й день. Дактиномицин не используют при резистентности к метотрексату и при верифицированной хориокарциноме.
- При массивном поражении паренхиматозных органов или мозга, угрозе профузного кровотечения, перфорации либо другом неотложном состоянии допустима индукция: цисплатин 20 мг/м² в 1–2-й дни плюс этопозид 100 мг/м² внутривенно в 1–2-й дни, повтор с 8-го дня, всего 1–3 цикла, затем переход на стандартную схему высокого риска. УУР С, УДД 4.
- β-ХГЧ контролируют у больных низкого риска в 0, 14 и 28-й дни и далее перед каждым курсом, у больных высокого и сверхвысокого риска — в 0, 7, 14 и 22-й дни и далее еженедельно. Химиотерапию продолжают до нормализации β-ХГЧ, затем проводят обычно 3–4 консолидирующих курса; при исходных 0–2 баллах возможны 2 курса. УУР С, УДД 5 и УДД 4.
- При резистентности после низкорисковой монохимиотерапии повторно рассчитать FIGO: при сумме до 6 баллов использовать дактиномицин или EMA-CO, при 7 и более — EMA-CO, а при сверхвысоком риске — EMA-CO или платиносодержащие схемы. При исходно высоком риске второй линией служит EMA-EP или другой платиносодержащий режим.
- Хирургическое лечение показано при угрожающем кровотечении, перфорации матки, резистентной первичной опухоли без отдалённых метастазов, резистентном солитарном метастазе при возможности удалить все очаги и при локальном рецидиве после подтверждения ПЭТ-КТ. При ограниченном поражении возможно органосохраняющее удаление опухоли или резекция поражённого органа. УУР С, УДД 4.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении онкологического заболевания направить пациентку к онкологу; для уточнения диагноза, стадии и тактики лечения пациенток с кодами C58 и D39 направляют в онкологический диспансер или иную профильную организацию, при необходимости организуя консультацию национального медицинского исследовательского центра.
- Редкие формы — опухоль плацентарного ложа и эпителиоидную опухоль — вести с дистанционными телемедицинскими консультациями профильных центров; все такие пациентки относятся к высокому риску лекарственной резистентности.
- Экстренная или неотложная госпитализация нужна при осложнениях опухоли или лечения, требующих специализированной помощи. Плановая госпитализация показана для сложных интервенционных диагностических вмешательств и противоопухолевого лечения, требующего наблюдения в дневном или круглосуточном стационаре.
- При церебральных метастазах лечение начинают в первые сутки после установления диагноза; до начала терапии проводят консилиум с неврологом или нейрохирургом. УУР С, УДД 4.

Частые вопросы

Когда после пузырного заноса ставят диагноз злокачественной трофобластической опухоли?

Достаточно одного из критериев: плато β-ХГЧ в 4 пробах за 3 недели, рост в 3 пробах за 2 недели, сохранение повышенного β-ХГЧ более 6 месяцев, повышенный β-ХГЧ с отдалёнными метастазами либо гистологически подтверждённая опухоль. Морфологическая верификация нужна не всегда.

Как контролировать β-ХГЧ после эвакуации пузырного заноса?

Исследовать его еженедельно до трёх последовательных отрицательных результатов, затем два раза в месяц в первые 3 месяца и далее ежемесячно до года. При плато, росте β-ХГЧ или сохранении его повышенным более 16 недель нужна консультация онколога и акушера-гинеколога.

Как выбрать первую линию химиотерапии?

Сначала рассчитывают сумму баллов FIGO-WHO: до 6 баллов — низкий риск, 7–12 — высокий, 13 и более — сверхвысокий. При низком риске применяют метотрексат с кальция фолинатом или дактиномицин, при высоком — EMA-CO; при сверхвысоком возможны EMA-CO и платиносодержащие режимы.

Можно ли сохранять беременность при пузырном заносе и живом плоде?

Решение принимает только консилиум специалистов третьего уровня после акушерских скринингов, генетического консультирования, оценки кариотипа и пороков развития плода, динамики ХГЧ и исключения малигнизации. Продолжение беременности возможно при нормальном кариотипе, отсутствии пороков, умеренном акушерском риске, отсутствии признаков малигнизации и согласии пациентки.

Когда нужна операция при злокачественной трофобластической опухоли?

Основные показания — угрожающее кровотечение, перфорация матки, резистентная первичная опухоль без отдалённых метастазов, резистентный солитарный метастаз при возможности полного удаления и локальный рецидив после ПЭТ-КТ. При ограниченном поражении стремятся удалить все очаги, по возможности сохраняя репродуктивную функцию.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/80-trofoblasticheskie-opuholi. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/80_2