

DOI: 10.18027/2224-5057-2023-13-3s2-1-280-290

Цитирование: Ульрих Е.А., Тюляндина А.С., Проценко С.А., Хохлова С.В., Урманчеева А.Ф. и соавт. Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных трофобластических опухолей. Практические рекомендации RUSSCO, часть 1. Злокачественные опухоли, 2023 (том 13), #3s2, стр. 280–290.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ

Авторы: Ульрих Е.А., Тюляндина А.С., Проценко С.А., Хохлова С.В., Урманчеева А.Ф.

Ключевые слова: хориокарцинома, трофобластическая болезнь, трофобластическая неоплазия, опухоль плацентарного ложа, эпителиоидная трофобластическая опухоль, инвазивный пузырный занос

Трофобластическая болезнь (ТБ) представлена спектром расстройств, связанных с беременностью, которые включают доброкачественные/предраковые заболевания (полный и частичный пузырный занос, атипичский узел плацентарного ложа), а также злокачественные процессы, такие как инвазивный пузырный занос, хориокарцинома, трофобластическая опухоль плацентарного ложа и эпителиоидная трофобластическая опухоль (табл. 1). Трофобластическая неоплазия — термин, используемый для злокачественных и резистентных опухолей.

1. КЛАССИФИКАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАДИИ

Морфологическая классификация и принципы стадирования трофобластической болезни представлены в табл. 1 и 2, классификация факторов риска резистентности — в табл. 3.

Таблица 1. Международная морфологическая классификация трофобластической болезни (IARC, 5-е издание, Лион, 2020 г.).

Источник	Гистологический тип	Морфологический код ¹	МКБ-10
Ворсины хориона	Полный пузырный занос	9100/0	O01
	Частичный пузырный занос	9103/0	O01
	Инвазивный/метастатический пузырный занос	9100/1	D39
	Атипичский ворсинчатый хорион	–	–

Источник	Гистологический тип	Морфологический код ¹	МКБ-10
Промежуточный трофобласт	Хориокарцинома	9100/3	C58
	Трофобластическая опухоль плацентарного ложа	9104/1	D39
	Гиперэргическая реакция плацентарного ложа	–	–
	Эпителиоидная трофобластическая опухоль	9105/3	C58
	Узел плацентарного ложа/атипический узел плацентарного ложа	–	–
	Смешанные трофобластические опухоли	–	–

¹ Морфологический код: цифра под дробью "1" означает: 0 — доброкачественная (опухоль), 1 — граничная (опухоль), 3 — злокачественная (опухоль).

Таблица 2. Стадии трофобластической болезни в соответствии с классификацией FIGO, 2020 г. (аналогичны классификации FIGO 2000 г. для трофобластической болезни).

Стадия	Локализация опухоли
I	Локализуется в пределах матки
II	Распространяется за пределы матки, но ограничена половыми органами (придатки, широкая связка матки, влагалище)
III	Метастазы в легких в сочетании или без поражения половых органов
IV	Метастазы другой локализации

Таблица 3. Группы риска развития резистентности к лекарственной терапии при трофобластической болезни (прогностические критерии FIGO, 2020 г., аналогичны классификации FIGO 2000 г. для трофобластической болезни).

Параметр/ количество баллов	0	1	2	4
Возраст	< 40 лет	≥ 40 лет	–	–
Предшествовавшая беременность	Пузырный занос	Аборт	Доношенная беременность	–
Интервал между окончанием последней беременности и началом ХТ	< 4 мес.	4–6 мес.	7–12 мес.	> 12мес.
Уровень β-ХГЧ в крови до начала ХТ, мМЕ/мл	< 1000	1000–< 10000	10000–< 100000	≥ 100000
Размер наибольшей опухоли (включая опухоль в матке), см	< 3	3–5	≥ 5	–
Локализация метастазов	Легкие	Селезенка, почки	ЖКТ	Головной мозг, печень
Количество метастазов	–	1–4	5–8	> 8
Предшествующая неэффективная ХТ (количество препаратов)	–	–	1	≥ 2

Сумма баллов ≤ 6 соответствует низкому риску развития резистентности опухоли к лекарственной терапии, сумма баллов ≥ 7 соответствует высокому риску развития резистентности опухоли к лекарственной терапии.

2. ДИАГНОСТИКА

2.1. Клинические проявления

Пузырный занос не является злокачественной опухолью, однако, в 1–15% случаев возможна его малигнизация (табл. 4), опухоль характеризуется кровянистыми выделениями из половых путей, болями внизу живота, токсикозом и несоответствием размеров матки предполагаемому сроку беременности.

Таблица 4. Критерии высокого риска развития трофобластической неоплазии после пузырного заноса.

Критерии	Пузырный занос высокого риска
Возраст	< 19 лет либо > 40 лет
Уровень β -ХГЧ перед эвакуацией пузырного заноса	> 100,000 мМЕ/мл
Количество беременностей	≥ 4
Размеры матки	Больше, чем предполагаемый срок гестации (> 4–6 нед., размер > 6 см)
Текалютеиновые кисты яичников	Билатеральные, ≥ 6 см
Другие	Осложнения во время беременности (гипертиреозидизм, токсикоз, преэклампсия, дыхательная недостаточность и т. п.) Рецидивирующие пузырные заносы в анамнезе Плохая приверженность к последующему наблюдению

Основной симптом хориокарциномы — маточные кровотечения во время беременности или после ее окончания.

Клиническая манифестация метастазов зависит от их локализации (легкие, головной мозг, печень): кровохарканье, острая неврологическая симптоматика и др.

- Любая женщина с продолжающимися маточными кровотечениями после беременности (роды/аборт) относится к группе риска наличия трофобластической болезни.
- При маточных кровотечениях, продолжающихся в течение более чем 8 нед. после беременности (роды/аборт) должен быть выполнен тест на наличие β -ХГЧ в моче.

2.2. Обследование

Диагностика включает следующие обследования:

- для установления диагноза гистологическая верификация не является обязательной, достаточными являются клиническая картина и уровень/динамика β -ХГЧ;

- гинекологический анамнез с подробным выяснением особенностей предшествовавшей беременности;
- гинекологический осмотр;
- УЗИ/МРТ органов малого таза с в/в контрастированием, УЗИ/КТ органов брюшной полости с в/в контрастированием;
- определение уровня β -ХГЧ в крови (в табл. 5 представлены показатели β -ХГЧ вне беременности и при нормально протекающей беременности);
- рентгенография/КТ легких;
- при наличии метастазов в легких — МРТ головного мозга с в/в контрастированием;
- при подозрении на пузырный занос — эвакуация пузырного заноса с гистологическим исследованием удаленных тканей и дальнейшим мониторингом уровня β -ХГЧ и инволюции матки;
- периодичность мониторинга β -ХГЧ после эвакуации пузырного заноса:
 - при частичном пузырном заносе — 1 раз в нед. до нормализации, далее — контроль через 1 мес. (см. пункт 3.7);
 - при полном пузырном заносе — 1 раз в нед. до нормализации (см. пункт 2.3), далее — ежемесячно в течение 6 мес. (см. пункт 2.3 и 3.7);
- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- коагулограмма;
- общий анализ мочи.

Таблица 5. Значения β -ХГЧ в отсутствие беременности и в различные сроки беременности в норме.

Сроки беременности, акушерские недели	Показатель β -ХГЧ, мМЕ/мл
Небеременные женщины	0–5
Результат сомнительный	5–25
• Беременность 3–4 неделя	25–156
• Беременность 4–5 неделя	101–4870
• Беременность 5–6 неделя	1110–31500
• Беременность 6–7 неделя	2560–82300
• Беременность 7–8 неделя	23100–151000
• Беременность 8–9 неделя	27300–233000
• Беременность 9–13 неделя	20900–291000
• Беременность 13–18 неделя	6140–103000
• Беременность 18–23 неделя	4720–80100
• Беременность 23–41 неделя	2700–78100

2.3. Критерии диагноза, необходимые для инициации лечения (достаточно одного из признаков)

- Плато уровня β -ХГЧ в 4 последовательных пробах в течение 3 нед. после эвакуации пузырного заноса (1-й, 7-й, 14-й, 21-й дни);
- увеличение на 10% и более уровня β -ХГЧ в 3 пробах в течение 2 нед. (1-й, 7-й, 14-й дни) после эвакуации пузырного заноса;
- персистенция β -ХГЧ в течение более 6 мес. после эвакуации полного пузырного заноса;
- повышенный уровень β -ХГЧ и наличие отдаленных метастазов (в легких и/или печени и/или головном мозге) при выявленной связи с предшествующей беременностью;
- гистологически верифицированная хориокарцинома.

3. ЛЕЧЕНИЕ

Основным методом лечения гестационной трофобластической неоплазии является противоопухолевая лекарственная терапия, позволяющая достичь выздоровления у большинства больных с сохранением репродуктивной функции. Лечение должно быть начато в кратчайшие сроки и проводиться в специализированных отделениях, имеющих опыт лечения таких больных. Кровотечение из опухоли не является противопоказанием к началу ХТ, которую необходимо проводить одновременно с интенсивной гемостатической терапией.

3.1. Пузырный занос

- Вакуум-аспирация пузырного заноса, при необходимости — острый кюретаж полости матки и цервикального канала с обязательным исследованием биопсийного (операционного) материала матки. Пациенткам с резус-отрицательным фактором необходимо ввести антирезус-иммуноглобулин. ХТ после эвакуации пузырного заноса в рутинной практике не проводится.
- Хирургическое лечение (гистерэктомия с сальпингэктомией может рассматриваться как начальное лечение только у пациенток, не желающих сохранять фертильность).
- Мониторинг β -ХГЧ после эвакуации пузырного заноса:
 - при частичном пузырном заносе — 1 раз в нед. до нормализации, далее — контроль через 1 мес.;
 - при полном пузырном заносе — 1 раз в нед. до нормализации, далее — ежемесячно в течение 6 мес.

3.2. Инвазивный пузырный занос и хориокарцинома

- Данные опухоли высоко чувствительны к ХТ. Лекарственная терапия (в сочетании с хирургическим вмешательством или без него) эффективна в 90–100% случаях трофобластической неоплазии низкого риска и в 80–90% случаях высокого риска. Для определения прогноза и тактики лечения необходимо классифицировать опухоль по стадии и группе риска развития резистентности (табл. 2, 3). Лечение

следует проводить в специализированной клинике, располагающей современными возможностями диагностики и опытом успешного лечения этой категории больных.

Тактика лечения должна быть определена на мультидисциплинарном консилиуме:

- при опухолях низкого риска развития резистентности (≤ 6 баллов) рекомендуется монокимиотерапия (табл. 6);
- при опухолях высокого риска развития резистентности (≥ 7 баллов) — ХТ по схеме ЕМА-СО (табл. 6);
- при опухолях ультравысокого риска развития резистентности (≥ 13 баллов) возможно использование схемы ЕМА-СО, однако предпочтительнее схема ЕР/ЕМА. Для профилактики неконтролируемого лизиса опухоли и кровотечения, особенно при метастазах в головном мозге, а также в случае неудовлетворительного общего состояния пациентки (ЕСОГ ≥ 3 баллов), целесообразно начинать индукционную ХТ с использования редуцированного режима: эпозид 100 мг/м² в/в и цисплатин 20 мг/м² в/в в 1-й и 2-й дни, 1–3 курса еженедельно под контролем β -ХГЧ до начала стандартной ХТ;
- у пациентов с метастазами в головном мозге увеличение дозы метотрексата в режимах ЕР/ЕМА и ЕМА-СО до 1000 мг/м² улучшает проникновение через гематоэнцефалический барьер; необходимо увеличить длительность инфузии с 12 до 24 часов и дополнительно использовать кальция фолинат 15 мг внутрь каждые 6 часов, 12 доз, начиная через 32 часа после начала инфузии метотрексата;
- при метастазах в головном мозге возможно стереотаксическое облучение или облучение гамма-ножом, а также ЛТ всего головного мозга в СОД 30 Гр суточными фракциями по 2 Гр одновременно с ХТ;
- самостоятельное хирургическое лечение (гистерэктомия с сальпингэктомией) при неметастатической форме может рассматриваться только у пациенток, не желающих сохранять фертильность;
- лекарственное лечение рекомендуется проводить до нормализации β -ХГЧ с последующими 2–3 консолидирующими курсами;
- требуется строгое соблюдение сроков начала очередного курса ХТ;
- мониторинг после лечения включает анализ β -ХГЧ ежемесячно в течение 12 мес.;
- в течение 12 мес. после лечения рекомендуется контрацепция, предпочтительны гормональные оральные контрацептивы.

Таблица 6. Режимы химиотерапии 1-й линии трофобластических опухолей.

Группа риска	Режим химиотерапии
Низкий риск	<ul style="list-style-type: none"> • Метотрексат 1 мг/кг в/м в 1-й, 3-й, 5-й, 7-й дни + кальция фолинат 0,1 мг/кг в/м во 2-й, 4-й, 6-й, 8-й дни, через 30 ч после введения метотрексата; повторение курсов каждые 2 недели (с 15-го дня, считая от 1-го дня предыдущего курса)¹ • Дактиномицин 0,5 мг в/в струйно в 1–5-й дни (с противорвотной терапией); повторение курсов каждые 2 недели, (с 15-го дня, считая от 1-го дня предыдущего курса)

Группа риска	Режим химиотерапии
Высокий риск	<p>ЕМА-СО</p> <ul style="list-style-type: none"> • Этопозид 100 мг/м² в/в кап. в 1-й и 2-й дни • Дактиномицин 500 мкг в/в в 1-й и 2-й дни • Метотрексат^{2,3}300 мг/м² в/в кап. 12-часовая инфузия (либо 100 мг/м² в/в струйно с последующей 12-часовой инфузией в дозе 200 мг/м²) в 1-й день <ul style="list-style-type: none"> + кальция фолинат 15 мг в/м через 24 часа после введения метотрексата, затем — каждые 12 ч (всего 4 дозы) • Циклофосамид 600 мг/м² в/в кап. в 8-й день • Винкристин 0,8 мг/м² (максимально до 2 мг) в/в струйно в 8-й день <ul style="list-style-type: none"> + Г-КСФ (короткого действия) 5 мкг/кг п/к в течение 3–4 дней в неделю, т. е. на 4-й, 5-й, 6-й, (7-й) дни и на 10-й, 11-й, 12-й, (13-й) дни каждого курса ЕМА-СО <p>Повторение курсов с 15-го дня, считая от 1-го дня предыдущего курса</p>
Ультравысокий риск ^{4,5}	<p>ЕМА-ЕР</p> <ul style="list-style-type: none"> • Этопозид 100 мг/м² в/в кап. в 1-й день • Метотрексат^{2,3}300 мг/м² в/в кап. 12-часовая инфузия (либо 100 мг/м² в/в струйно с последующей 12-часовой инфузией в дозе 200 мг/м²) в 1-й день <ul style="list-style-type: none"> + кальция фолинат 15 мг в/м через 24 ч после введения метотрексата, затем — каждые 12 ч (всего 4 дозы) • Дактиномицин 500 мкг в/в в 1-й день • Этопозид 100–150 мг/м² в/в кап. в 8-й день • Цисплатин 75 мг/м² в/в кап. в 8-й день <ul style="list-style-type: none"> + Г-КСФ (короткого действия) 5 мкг/кг п/к в 9–14-й дни <p>Повторение курсов с 15-го дня, считая от 1-го дня предыдущего курса</p> <p>ЕР-ЕМА</p> <ul style="list-style-type: none"> • Этопозид 100–150 мг/м² в/в кап. в 1-й день • Цисплатин 75 мг/м² в/в кап. в 1-й день • Этопозид 100 мг/м² в/в кап. в 8-й день • Метотрексат^{2,3}300 мг/м² в/в кап. 12-часовая инфузия (либо 100 мг/м² в/в струйно с последующей 12-часовой инфузией в дозе 200 мг/м²) в 8-й день <ul style="list-style-type: none"> + кальция фолинат 15 мг в/м через 24 ч после введения метотрексата, затем — каждые 12 ч (всего 4 дозы) • Дактиномицин 500 мкг в/в в 8-й день <ul style="list-style-type: none"> + Г-КСФ (короткого действия) 5 мкг/кг п/к с 3-го по 6-й и с 10-го по 13-й дни <p>Повторение курсов с 15-го дня, считая от 1-го дня предыдущего курса</p>

¹ Чаринг-Кросский протокол, используемый в ряде экспертных клиник: метотрексат 50 мг в/м в 1-й, 3-й, 5-й, 7-й дни, кальция фолинат 15 мг внутрь во 2-й, 4-й, 6-й, 8-й дни через 24 часов после введения метотрексата. Повторение курсов с 15-го дня, считая от 1-го дня предыдущего курса.

² Длительность инфузии метотрексата не должна превышать 12 часов в силу меньшей эффективности более длительной инфузии.

³ При метастазах в головном мозге рекомендуется увеличить дозу метотрексата до 1000 мг/м², увеличить продолжительность инфузии с 12 до 24 часов, дополнительно использовать кальция фолинат 15 мг внутрь каждые 6 часов, всего 12 доз, начиная через 32 часа после начала инфузии метотрексата.

⁴ Возможно использование режима ЕМА-СО, однако, предпочтительнее режимы ЕМА-ЕР либо ЕР-ЕМА.

⁵ Для профилактики неконтролируемого лизиса опухоли и кровотечения, особенно при метастазах в головном мозге, целесообразно начинать лечение с режима "щадящей" индукции (этопозид 100 мг/м² в/в кап. и цисплатин 20 мг/м² в/в кап. в 1-й и 2-й дни, повторение курсов еженедельно в течение 1–3 недель до начала стандартной ХТ). У пациентов с метастазами в головном мозге увеличение дозы метотрексата до 1000 мг/м² улучшает проникновение через гематоэнцефалический барьер.

При метастазах в головном мозге возможно стереотаксическое облучение или облучение гамма-ножом, либо ЛТ всего головного мозга в СОД 30 Гр суточными фракциями по 2 Гр одновременно с ХТ.

Решение вопроса о ЛТ должно приниматься на консилиуме с участием специалистов, имеющих опыт лечения таких больных.

3.3. Опухоль плацентарного ложа и эпителиоидная трофобластическая опухоль

- Эти опухоли менее чувствительны к ХТ, имеют более высокую вероятность развития резистентности. Первым этапом рекомендуется хирургическое лечение (гистерэктомия с биопсией тазовых л/у, удаление потенциально операбельных метастатических очагов);
- для I стадии болезни после выполнения гистерэктомии возможно наблюдение при четком мониторинге с помощью определения β -ХГЧ или КТ/МРТ (при неинформативности β -ХГЧ) при соблюдении всех следующих условий:
 - интервал от последней беременности менее 2 лет;
 - поверхностная инвазия;
 - отсутствие некротической ткани в опухоли;
 - количество митозов менее 5/10;
- во всех остальных случаях показано проведение системной лекарственной терапии с назначением адъювантной ХТ или ХТ 1-й линии при метастатических формах заболевания [ХТ с включением препаратов платины (ЕМА/ЕР, ЕР/ЕМА) либо другие режимы (ТР/ТЕ, ВЕР, VIP, ICE)].

3.4. Лечение резистентных форм

Резистентность опухоли к ХТ 1-й линии возможна в 5% случаев трофобластической болезни низкого риска и в 30–40% трофобластической неоплазии высокого риска. Признаками резистентности являются:

- отсутствие снижения β -ХГЧ (плато) или снижение уровня β -ХГЧ менее чем на 10% в трех последовательных анализах крови, сданных в течение 10 дней;
- увеличение уровня β -ХГЧ во время или после окончания ХТ (в ближайшие 6 мес.) в трех последовательных анализах крови, сданных в течение 10 дней. Необходимо повторное полное клинико-инструментальное обследование с перерасчетом группы риска по FIGO (в соответствии с новой суммой баллов, табл. 3), лекарственное/комбинированное лечение (табл. 7).

Таблица 7. Лечение резистентных форм трофобластических опухолей.

Группа риска	Режим химиотерапии
Низкий риск ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Дактриномицин² 500 мкг в/в струйно в 1–5-й дни (с противорвотной терапией); повторение курсов с 15-го дня, считая от 1-го дня предыдущего курса • ЕМА-СО³ (см. табл. 6)

Группа риска	Режим химиотерапии
Высокий риск ¹	<ul style="list-style-type: none"> • ЕМА-ЕР (см. табл. 6) • ЕР-ЕМА (см. табл. 6) • ТР/ТЕ (чередование режимов с повторением курсов с 15-го дня, считая от первого дня предыдущего курса): <ul style="list-style-type: none"> – ТР: • паклитаксел 135 мг/м² в/в в 1-й день • цисплатин 60–75 мг/м² в/в в 1-й день – ТЕ: • паклитаксел 135 мг/м² в/в в 1-й день • этопозид 150 мг/м² в/в в 1-й день Г-КСФ (пролонгированного действия) 6 мг п/к во 2-й и в 16-й дни • ВЕР: <ul style="list-style-type: none"> – блеомицин 30 мг в/в в 1-й, 3-й, 5-й дни или в 1-й, 8-й, 15-й дни – этопозид 100 мг/м² в/в в 1–5-й дни – цисплатин 20 мг/м² в/в в 1–5-й дни Г-КСФ⁴ (пролонгированного действия) 6 мг в 8-й день или Г-КСФ⁴ (короткого действия) 5 мкг/кг п/к в 6–14-й дни Повторение курсов каждые 3 нед., считая от первого дня предыдущего курса • ВИР <ul style="list-style-type: none"> – этопозид 75 мг/м² в/в в 1–5-й дни – ифосфамид 1200 мг/м² в/в в 1–5-й дни • месна 100% от дозы ифосфамида в/в болюсно за 15 мин. до введения ифосфамида, затем — через 4 и 8 часов после введения ифосфамида в 1–5-й дни <ul style="list-style-type: none"> – цисплатин 20 мг/м² в/в в 1–5-й дни Г-КСФ (пролонгированного действия) 6 мг в 8-й день или Г-КСФ (короткого действия) 5 мкг/кг п/к в 6–14-й дни Повторение курсов каждые 3 нед., считая от первого дня предыдущего курса • ICE: <ul style="list-style-type: none"> – ифосфамид 1200 мг/м² в/в в 1–3-й дни • месна 100% от дозы ифосфамида в/в болюсно за 15 мин. до введения ифосфамида, затем — через 4 и 8 часов после введения ифосфамида в 1–3-й дни <ul style="list-style-type: none"> – карбоплатин АUC4 в/в в 1-й день – этопозид 75 мг/м² в/в в 1–3-й дни Г-КСФ (пролонгированного действия) 6 мг п/к в 4-й день или Г-КСФ (короткого действия) 5 мкг/кг п/к в 6–14-й дни Повторение курсов каждые 3 нед., считая от первого дня предыдущего курса • TIP: <ul style="list-style-type: none"> – паклитаксел 250 мг/м² в/в в 1-й день – ифосфамид 1500 мг/м² в/в во 2–5-й дни • месна 100% от дозы ифосфамида в/в болюсно за 15 мин. до введения ифосфамида, затем — через 4 и 8 часов после введения ифосфамида во 2–5-й дни <ul style="list-style-type: none"> – цисплатин 25 мг/м² в/в во 2–5-й дни Повторение курсов каждые 3 нед., считая от первого дня предыдущего курса • Дополнительные режимы⁵: <ul style="list-style-type: none"> – авелумаб 800 мг в/в каждые 2 нед. – пембролизумаб 200 мг в/в каждые 3 нед. или 400 мг в/в каждые 6 нед. – ниволумаб 240 мг в/в каждые 2 нед. или 480 мг в/в каждые 4 нед.

¹ Хирургическое лечение (гистерэктомия с сальпингэктомией или повторное выскабливание полости матки) в дополнение к лекарственному лечению могут быть рассмотрены, если заболевание локализовано только в матке. Гистерэктомия предпочтительнее, когда сохранение фертильности не требуется. Сохранение яичников целесообразно даже при наличии текалютеиновых кист.

² Хороший ответ на первоначальную терапию, но с последующим выходом на плато уровня β -ХГЧ (< 300 МЕ/мл).

³ Хороший ответ на первоначальную терапию, но с последующим быстрым повышением уровня β -ХГЧ (≥ 300 МЕ/мл) либо отсутствие ответа на первоначальную терапию.

⁴ По показаниям.

⁵ Лекарственные препараты, которые продемонстрировали эффективность при лечении резистентных форм в выборочных исследованиях.

3.5. Трофобластическая болезнь на фоне развивающейся беременности

Трофобластическая болезнь на фоне успешно развивающейся беременности — крайне редкое состояние и встречается с частотой 1 случай на 22–100 тыс. беременностей; наблюдается при бихориальных беременностях (на фоне замещения пузырным заносом одного из плодов), крайне редко — при монохориальных беременностях (в случае интраплацентарной хориокарциномы). Существует возможность пролонгирования таких беременностей.

Диагностика

- гистологической верификации не требуется;
- УЗИ малого таза, брюшной полости;
- МРТ малого таза, брюшной полости без контрастирования;
- оценка уровня β -ХГЧ в динамике;
- рентгенография легких с экранированием области матки или МРТ легких;
- пренатальное инвазивное тестирование кариотипа плода в случае сомнения, является ли беременность полным пузырным заносом с сосуществующим нормальным близнецом или возможной одноплодной беременностью при частичном пузырном заносе;
- пренатальное инвазивное тестирование кариотипа плода при монохориальной беременности в случаях подозрения на интраплацентарную хориокарциному;
- оценка функции щитовидной железы;
- оценка акушерских рисков.

Необходимо совместное принятие решения о пролонгировании/прерывании беременности междисциплинарным консилиумом с участием онколога, акушера-гинеколога, неонатолога. В случае пролонгирования беременности существует риск преждевременных родов, замершей беременности, кровотечения, перинатальных осложнений.

Ведение пациентки осуществляется акушером-гинекологом, онкологом. Наблюдение и родоразрешение должны осуществляться в специализированном перинатальном центре, имеющем опыт ведения таких пациенток.

В случае пролонгирования беременности после родов обязательно гистологическое исследование опухоли, мониторинг уровня β -ХГЧ, мониторинг инволюции матки, КТ грудной, брюшной полости.

3.6. Лечение пациенток с остаточной опухолью

В составе комбинированного лечения резистентных опухолей рассматривается в том числе хирургический метод лечения (гистеротомия, гистерэктомия, метастазэктомия).

Остаточные «опухолевые узлы» после завершения лечения и нормализации уровня β -ХГЧ не всегда требуют хирургического удаления, возможно их динамическое наблюдение. Нормальный уровень β -ХГЧ даже при наличии визуализируемой «остаточной опухоли» в матке или других локализаций свидетельствует о ремиссии и дополнительного лечения не требует.

Повышение уровня β -ХГЧ (в 3 последовательных исследованиях в течение 14 дней) в период ремиссии у больных с «остаточной опухолью» свидетельствует о неизлеченности (резистентности) опухоли. Если после тщательного обследования «остаточная опухоль» является единственной локализацией, следует рассмотреть вопрос о хирургическом лечении.

3.7. Наблюдение

Необходим тщательный мониторинг за больными трофобластическими новообразованиями:

- после удаления частичного пузырного заноса наблюдение завершается после двух отрицательных результатов β -ХГЧ, полученных с интервалом 4 нед. (получение отрицательного результата, далее — контроль через 4 нед., при отрицательном β -ХГЧ наблюдение завершается);
- после удаления полного пузырного заноса и нормализации уровня β -ХГЧ в течение 56 дней наблюдение следует продолжать еще 6 мес. от момента удаления пузырного заноса (с ежемесячным определением β -ХГЧ);
- после удаления полного пузырного заноса в отсутствие нормализации β -ХГЧ в течение 56 дней следует продолжать наблюдение до его нормализации и далее в течение еще 6 мес. от момента нормализации β -ХГЧ (с ежемесячным определением β -ХГЧ);
- после окончания лечения по поводу злокачественной трофобластической болезни рекомендуется ежемесячное определение β -ХГЧ в течение года;
- контрацепция после окончания лечения злокачественной трофобластической болезни рекомендуется в течение 1 года, предпочтение отдается гормональным контрацептивам.