

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00988&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00988. Гестаційна трофобластична хвороба

Автор: Mikko Loukovaara  
Редактор оригінального тексту: Heidi Alenius  
Дата останнього оновлення: 2018-08-09

## Основні положення

- Гестаційну трофобластичну хворобу слід запідозрити, якщо у вагітної жінки виникають вагінальні кровотечі нез'ясованої етіології або якщо кровотечі після викидня чи пологів (лохії) тривають патологічно довго.
- Діагноз підтверджують на основі ультразвукового дослідження матки та дослідженні рівня сироваткового хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ).

## Визначення

- Міхурний занос - це захворювання, що характеризується гіперплазією трофобласту та ворсин хоріона із грноподібним (міхуровим) набуханням.
  - Міхурний занос буває повним і неповним, поділ відбувається на основі гістопатологічних особливостей. Їх каріотип та клінічні прояви відрізняються один від одного (таблиця [\[табл. T1\]](#)).
  - Нелікований міхурний занос може проростати в міометрій (інвазивний міхурний занос).
- Хоріокарцинома - це злоякісне новоутворення.

- Близько половини хоріокарцином виникають внаслідок повного міхурного заносу, а інші - внаслідок неповного міхурного заносу, доношеної вагітності, викидня чи ектопічної вагітності.

Таблиця Т1. Порівняння повного та неповного міхурного заносу

	Повний міхурний занос	Неповний міхурний занос
Каріотип	Диплоїдний	Триплоїдний
Плід	Немає	Можливо наявний
Метастазування	4%	Дуже рідко
Персистуюча хвороба	20 %	5 %
Ризик розвитку хоріокарциноми	2–4 %	Дуже малий ризик

## Захворюваність

- Є значні розбіжності у рівнях захворюваності на гестаційну трофобластичну хворобу у різних частинах світу. Захворюваність є нижчою у західних промислово розвинених країнах, ніж в Африці або в Південно-Східній Азії.
- Ризик підвищується у жінок молодше 20 років або старше 40 років. Наявність міхурного заносу в анамнезі є фактором ризику його повторного виникнення у випадку наступної вагітності.

## Ознаки та симптоми

- Найчастіший симптом - вагінальна кровотеча (виникає у більше, ніж 90% випадків).
  - Тривалі кровотечі нез'ясованої етіології після викидня чи пологів (лохії) вимагають визначення рівня ХГЛ для виключення гестаційної трофобластичної хвороби.
- Висока концентрація ХГЛ може бути пов'язана із блюванням вагітних (hyperemesis gravidarum) або тека-лютеїновими кістами яєчників.
- У випадку повного міхурного заносу та хоріокарциноми концентрація сироваткового ХГЛ може бути значно підвищеною у порівнянні із нормальною вагітністю.
  - У випадку неповного міхурного заносу концентрація ХГЛ часто знаходиться в межах норми, як у разі звичайної одноплідній вагітності (< 200 000 ОД/л).

- У випадку повного міхурного заносу ультразвукове дослідження зазвичай виявляє типову картину “снігової бурі” (зображення [зображення|00984|Ultrasonography of a hyd...]) і відсутність тканин плоду. У випадку неповного міхурного заносу ультразвукове дослідження виявляє такі ж ознаки, як і разі викидня або завмерлої вагітності.
- Метастази можуть розвиватись, як у випадку міхурного заносу, так і хоріокарциноми.
  - Легені - це найчастіше місце локалізації метастазів, у таких пацієнток може виникати диспное та кровохаркання.
  - Метастази також можуть виникати у піхві, печінці та мозку.

## Лікування [доказ|07140|C]

- Методом вибору для видалення міхурного заносу є вакуумна аспірація. Рішення щодо гістеректомії може бути прийняте, якщо пацієнтка більше не планує вагітніти.
- Якщо після проведення процедури концентрація ХГЛ не знижується, як очікувалося, показана цитотоксична хіміотерапія. Хіміотерапія також показана за наявності метастазів.
- Хоріокарциному лікують за допомогою хіміотерапії. [доказ|06307|A]

## Спостереження

- Повний міхурний занос
  - Концентрацію сироваткового ХГЛ визначають через 2 дні після вакуумної аспірації, з подальшим контролем кожні 1-2 тижні, доки вона не буде в межах норми у 3-х послідовних тестах. Після цього концентрацію ХГЛ визначають щомісяця, впродовж 6 місяців.
- Неповний міхурний занос
  - Концентрацію сироваткового ХГЛ після вакуумної аспірації визначають кожні 1-2 тижні, доки вона не буде в межах норми у 2-х послідовних тестах.
- Під час періоду спостереження пацієнтці слід користуватись надійним методом контрацепції. Одразу після вакуумної аспірації можна почати прийом оральних контрацептивів.

- На початку наступних вагітностей проводять ультразвукове дослідження матки (ризик рецидиву після одного міхурового занеску — 1,3%, а після двох — 15%). Після пологів проводять гістологічне дослідження плаценти, а також виконують визначення концентрації сироваткового ХГЛ матері через 6 тижнів.
- Хоріокарцинома
  - Після лікування хоріокарциноми концентрацію сироваткового ХГЛ вимірюють кожні 2 тижні впродовж 3 місяців, а потім щомісяця, поки аналіз не буде в межах норми впродовж 1 року. Після цього ризик рецидиву є менше 1%. Пацієнтці не рекомендують вагітніти впродовж 1 року після завершення цитотоксичної хіміотерапії.

## Прогноз

- Прогноз сприятливий; 5-річна виживаність становить 85-100%.

## Пов'язані ресурси

- Література [пов'язані] [01033] [Gestational trophoblasti...]

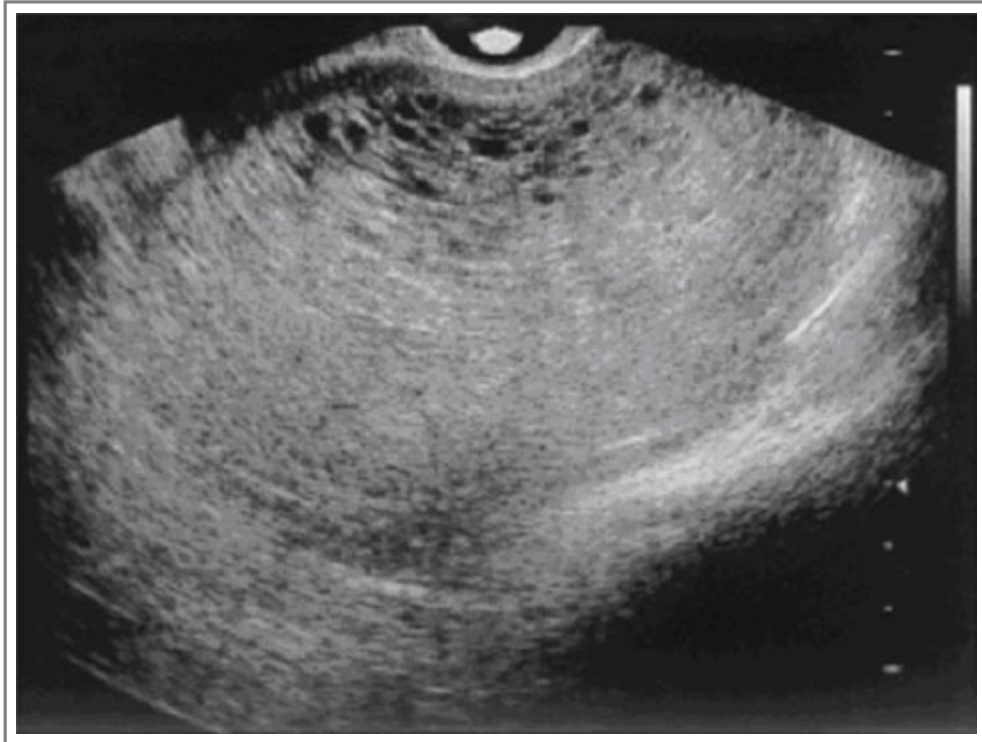
## Джерела інформації

R2. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. Am J Obstet Gynecol 2010;203(6):531-9. [PubMedID|20728069]

R3. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease II: classification and management of gestational trophoblastic neoplasia. Am J Obstet Gynecol 2011;204(1):11-8. [PubMedID|20739008]

## Зображення

- [Зображення 00984](#). Ultrasonography of a hydatid mole.



Автори та власники авторських прав: Mikko Loukovaara

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 07140](#). Prophylactic chemotherapy for hydatidiform mole to prevent gestational trophoblastic neoplasia.  
Дата оновлення: 2017-10-12  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Prophylactic chemotherapy may reduce the risk of progression to gestational trophoblastic disease in women with complete hydatidiform mole compared with no treatment.
- [Доказовий огляд 06307](#). First line chemotherapy in low risk gestational trophoblastic neoplasia.  
Дата оновлення: 2016-12-28  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Dactinomycin is superior to methotrexate in achieving primary cure without significantly increasing toxicity in low risk gestational trophoblastic neoplasia.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

# Настанова 00988. Гестаційна трофобластична хвороба

---

---

Ідентифікатор: ebm00988    Ключ сортування: 026.013    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2018-08-09

---

Автор(и): Mikko Loukovaara    Редактор(и): Heidi Alenius  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian LampeMaarit Green    Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd  
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

## Навігаційні категорії

EBM Guidelines    Gynaecology    Obstetrics

---

## Ключові слова індексу

speciality: Gynaecology    speciality: Obstetrics    mesh: Trophoblastic Neoplasms    Gestational trophoblastic disease  
Placental site trophoblastic tumors    Molar pregnancy    mesh: Hydatidiform Mole    mesh: Hydatidiform Mole, Invasive  
mesh: Choriocarcinoma    mesh: Pregnancy Complications, Neoplastic    Complete mole    Partial mole    Cystic mole  
Trophoblastic hyperplasia    mesh: Pregnancy    mesh: Pregnancy Complications    mesh: Vaginal Discharge    Vaginal bleeding  
mesh: Chorionic Gonadotropin    icd-10: O01.9    icpc-2: W84    icpc-2: X81    icpc-2: W73