Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «25» сентября 2026 года
Протокол №261

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

АНОМАЛИЯ ЗАЧАТИЯ ПЛОДА (ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС)

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Код(ы) Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) / Международной классификации болезней 11-го пересмотра (далее – МКБ-11):

Код МКБ-10	Наименование заболеваний и состояний	Код МКБ-11	Наименование заболеваний и состояний
O01	Пузырный занос	JA60	Пузырный занос
O01.0	Пузырный занос классический	JA60.0	Пузырный занос классический (полный)
O01.1	Пузырный занос частичный и неполный	JA60.1	Пузырный занос неполный (частичный)
		JA60.Y	Другой уточненный пузырный занос.
O01.9	Пузырный занос неуточненный	JA60.Z	Пузырный занос неуточненный

1.2. Дата разработки и пересмотра клинического протокола: 2015 год (пересмотр 2025/2026 год).

1.3. Сокращения, используемые в клиническом протоколе:

АД	артериальное давление
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ПЗ	пузырный занос
ИПЗ	инвазивный пузырный занос
ГТБ	гестационнаятрофобластическая болезнь
ГТН	гестационнаятрофобластическая неоплазия
УЗИ	ультразвуковое исследование
ХГЧ	хорионический гонадотропин
ЭКГ	электрокардиография
ЦДК	цветовое доплеровское картирование
КТ	компьютерная томография

1.4. Пользователи клинического протокола: врачи акушеры-гинекологи, врачи общей практики, врачи онкогинекологи.

1.5. Категория пациентов: пациентки с подозрением или установленным диагнозом пузырного заноса, а также пациентки после его эвакуации, находящиеся на динамическом наблюдении.

1.6. Шкала уровня доказательности:

УД	Пояснение
A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор рандомизированное контролируемое испытание (РКИ) или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественных (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

1.7. Термины и определения [3,5,18]

Гестационная трофобластическая болезнь (ГТБ) – группа заболеваний, связанных с патологической пролиферацией трофобласта и включающих пузырный занос и гестационную трофобластическую неоплазию. Риск развития пузырного заноса повышен при крайних значениях репродуктивного возраста, особенно у пациенток старше 40 лет, а также при пузырном заносе в анамнезе.

Пузырный занос (ПЗ) – предопухолевая форма гестационной трофобластической болезни, возникающая вследствие аномального оплодотворения и характеризующаяся гидропической дегенерацией ворсин хориона и пролиферацией трофобласта, с риском развития постмолярной гестационной трофобластической неоплазии. Различают:

- полный пузырный занос – характеризуется отсутствием эмбриональных структур;
- частичный пузырный занос – характеризуется очаговыми изменениями трофобласта с возможным сохранением элементов эмбриона или плода.

Гестационная трофобластическая неоплазия (ГТН) – злокачественные формы гестационной трофобластической болезни.

1.8. Классификация заболевания:

Классификация Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ):

- доброкачественные (предраковые) формы:
  - ✓ полный пузырный занос;
  - ✓ частичный пузырный занос;
- злокачественные формы (трофобластическая неоплазия):
  - ✓ инвазивный пузырный занос;
  - ✓ хориокарцинома;
  - ✓ трофобластическую опухоль плацентарного ложа;
  - ✓ эпителиоидную трофобластическую опухоль (УД - В) [3,18].

Клиническая классификация:

- пузырный занос полный (классический);
- пузырный занос частичный (неполный) (УД - С) [5].

Морфологическая классификация гестационных трофобластических заболеваний:

- полный пузырный занос;
- частичный пузырный занос;
- инвазивный пузырный занос;
- хориокарцинома;
- трофобластическая опухоль плацентарного ложа;
- эпителиоидная трофобластическая опухоль (УД - В) [3,11].

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ:

2.1. Диагностические критерии:

1) Жалобы и анамнез

Жалобы: [3-6]

- кровянистые выделения из половых путей различной интенсивности (до 46%) (УД - С);
- боли внизу живота (до 35%) (УД - С);
- выраженная тошнота и рвота беременных / гиперемезис беременных (УД - С);
- редко – отхождение пузырьковидной ткани из половых путей (УД - С).

Другие возможные клинические проявления и осложнения:

- текалютеиновые кисты яичников (УД - С);
- признаки гипертиреоза (УД - С);
- раннее развитие преэклампсии (до 20 недель беременности) (УД - С).

Анамнез [3-6]:

- задержка менструации (УД - С);
- положительный тест на беременность (УД - С);
- пузырный занос в анамнезе;
- крайние значения репродуктивного возраста, особенно возраст старше 40 лет.

2) Физикальное обследование:

При осмотре в зеркалах:

- при осмотре влагалища и шейки матки оценивают источник, характер и интенсивность кровотечения; возможно обнаружение пузырьковидной ткани.

При подозрении на ГТН проводят осмотр с целью выявления опухолевых очагов влагалища и шейки матки (УД - С) [3,6,18].

При бимануальном исследовании:

- размеры матки могут превышать предполагаемый срок беременности;
- матка может иметь мягкую, тестоватую консистенцию;
- возможно двустороннее увеличение яичников за счёт текалютеиновых кист (УД - С) [3,5].

3) Лабораторные и инструментальные исследования:

Лабораторные исследования:

Основные лабораторные исследования:

- Стандартизированное количественное определение общего ХГЧ в сыворотке крови (УД - А) [3,8];
- *ожидаемые изменения:* уровень общего ХГЧ в сыворотке крови может значительно превышать значения, ожидаемые для соответствующего срока беременности, особенно при полном пузырном заносе. Нормальный или умеренно повышенный уровень общего ХГЧ в сыворотке крови не исключает частичный пузырный занос (УД - В) [3,18].
- Гистологическое исследование всего эвакуированного материала является обязательным и служит основным методом морфологической верификации диагноза пузырного заноса (УД - А) [3,8].
- *ожидаемые изменения:* гидропическая дегенерация ворсин хориона и пролиферация трофобласта, выраженность и распространённость которых различаются при полном и частичном пузырном заносе.

Примечание: *при диагностических трудностях проводится иммуногистохимическое исследование экспрессии p57. Отсутствие экспрессии p57 в цитотрофобласте и строме ворсин хориона при положительном внутреннем контроле характерно для полного пузырного заноса. Сохранённая экспрессия p57 не позволяет разграничить частичный пузырный занос и немолярную беременность. При неоднозначных результатах морфологического и иммуногистохимического исследований, а также для разграничения частичного пузырного заноса и немолярной беременности показано молекулярное генотипирование методом анализа коротких тандемных повторов (STR) (УД - В) [3,4].*

Дополнительные лабораторные исследования:

- определение ХГЧ в моче – по показаниям, при несоответствии клинических данных уровню общего ХГЧ в сыворотке крови, в том числе при подозрении на интерференцию лабораторного исследования сыворотки крови («фантомный ХГЧ») (УД - В) [10,15].

Инструментальные исследования

Основные инструментальные исследования:

- **ультразвуковое исследование органов малого таза,** предпочтительно трансвагинальное, является основным методом визуализации при подозрении на пузырный занос (УД - В) [3,5,20]:

– при полном пузырном заносе могут определяться отсутствие эмбриона или плода и диффузно изменённая внутриматочная ткань с множественными мелкими кистозными включениями;
– при частичном пузырном заносе могут выявляться утолщённая плацента с очаговыми кистозными изменениями, аномалии или задержка развития эмбриона/плода;
– возможно наличие двусторонних текалютеиновых кист яичников.

Дополнительные: при подозрении на ГТН или метастатическое заболевание
● УЗИ органов брюшной полости – при подозрении на метастатическое поражение или в рамках стадирования подтверждённой ГТН (УД - С);
● Рентгенография органов грудной клетки – при подозрении на ГТН, наличии респираторных симптомов или в рамках стадирования (УД - С) [8,12];
● Компьютерная томография органов грудной клетки – при подтверждённой или предполагаемой ГТН для уточнения распространённости заболевания (УД - С) [8,12];
● УЗИ органов малого таза с ЦДК – по показаниям; возможны усиление васкуляризации и низкорезистентный кровоток. Результаты ЦДК не являются самостоятельным критерием диагностики инвазивного пузырного заноса (УД - С) [3,5].
● гистероскопия – по индивидуальным показаниям при подозрении на остаточную внутриматочную ткань и недостаточной информативности УЗИ (УД - С).
Примечание: на ранних сроках типичные УЗ-признаки пузырного заноса могут отсутствовать; частичный пузырный занос может имитировать неразвивающуюся беременность. Окончательный диагноз подтверждается гистологически.

4) Консультации узких специалистов:
- **консультация онкогинеколога:**

показания:
➢ плато или повышение уровня общего ХГЧ в сыворотке крови, соответствующие диагностическим критериям постмолярной ГТН;
➢ гистологически подтверждённая хориокарцинома; подозрение на инвазивный пузырный занос или метастатическое заболевание (УД - В) [3,8];
цель: подтверждение диагноза ГТН, стадирование, оценка риска по системе FIGO/WHO и определение тактики противоопухолевого лечения.
- **консультация онколога:**

показания:
➢ выявление или подозрение на экстрагенитальные метастазы, необходимость мультидисциплинарного определения тактики лечения (УД - В) [3,18].
цель: участие в оценке распространённости заболевания и мультидисциплинарном определении тактики лечения.
- консультация терапевта

показания:
➢ подготовка к оперативному лечению, наличие сопутствующих соматических заболеваний (УД - С).

цель: оценка общего соматического статуса и коррекция сопутствующей патологии;

- **консультация анестезиолога-реаниматолога**

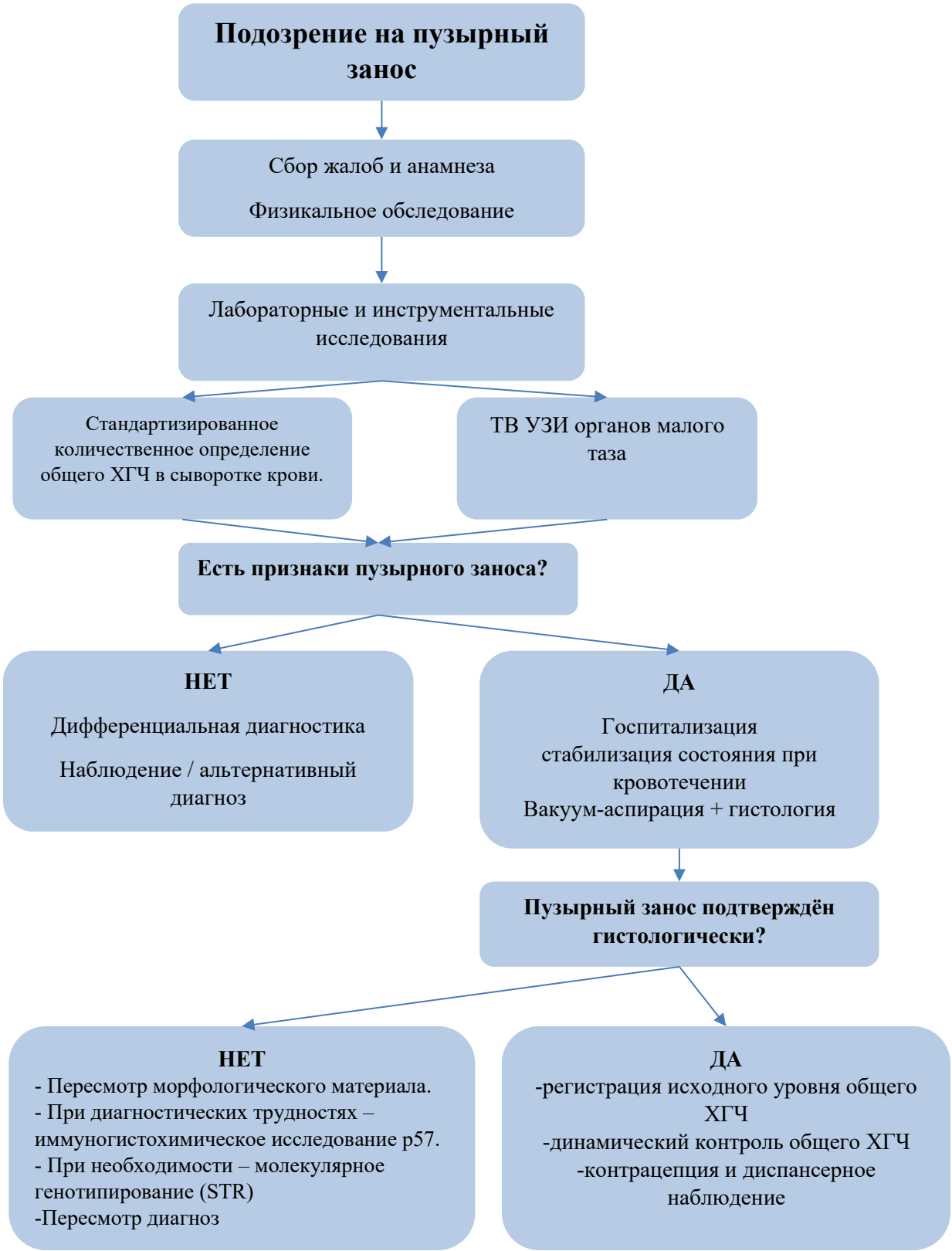
показания:

➢ планируемое оперативное вмешательство (УД - С).

цель: оценка анестезиологического риска, выбор метода анестезии и подготовка к операции.

2.2. Алгоритм диагностики

Схема 1.



2.3. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований: [5,16,20,22]

Таблица 1.

Диагноз	Обоснования для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии в пользудиагноза
Неразвивающаяся беременность	Кровянистые выделения, отсутствие жизнеспособности эмбриона	Стандартизированное количественное определение общего ХГЧ в сыворотке крови в динамике; трансвагинальное УЗИ; гистология	Эмбрион или плодное яйцо без признаков жизнеспособности; отсутствие характерных молярных изменений; отсутствие морфологических признаков пузырного заноса
Самопроизвольный выкидыш	Кровянистые выделения, схваткообразные боли, отхождение тканей	Осмотр; стандартизированное количественное определение общего ХГЧ в сыворотке крови; трансвагинальное УЗИ; гистология	Деформация или низкое расположение плодного яйца, отслойка хориона, раскрытие шейки матки, отсутствие молярной ткани
Внематочная беременность	Боли внизу живота, кровянистые выделения, отсутствие плодного яйца в матке	Стандартизированное количественное определение общего ХГЧ в сыворотке крови в динамике; трансвагинальное УЗИ	Образование в области придатков и/или свободная жидкость в брюшной полости, отсутствие внутриматочной беременности

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ: нет.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1. Показания для плановой госпитализации: беременные женщины с подозрением или установленным диагнозом пузырного заноса по данным ультразвукового исследования органов малого таза при отсутствии кровотечения и признаков осложнённого течения.

4.2. Показания для экстренной госпитализации: кровотечение из половых путей, клинические признаки осложнённого течения заболевания.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ:

5.1. Немедикаментозное лечение:

- режим - I-III (в зависимости от тяжести состояния пациентки);
- диета - стол №15.

5.2. Медикаментозное лечение:

Медикаментозная эвакуация при полном пузырном заносе не рекомендуется при наличии возможности выполнения вакуум-аспирации (УД - B) [3,4,8].

Примечание: *При частичном пузырном заносе медикаментозная эвакуация может рассматриваться, если размеры плодных частей препятствуют выполнению вакуум-аспирации [8]. При сочетании пузырного заноса с немолярной беременностью этот метод допускается при тех же технических ограничениях, если принято решение о прерывании беременности либо произошла гибель сопутствующего плода (УД — B) [8]. Ведение таких пациенток осуществляется мультидисциплинарной командой с участием врача-акушера-гинеколога, онкогинеколога и онколога.*

1) Основные лекарственные средства:

Таблица 2.

Фармако-терапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	УД
Гормоны задней доли гипофиза и их аналоги	Окситоцин	Окситоцин 10 ЕД, разведённый в 500 мл раствора натрия хлорида 0,9%, внутривенно капельно. Начало инфузии – после дилатации шейки матки непосредственно перед вакуум-аспирацией либо во время вмешательства; продолжение после завершения эвакуации – по клиническим показаниям.	C [3,22]

Лекарственные средства для антибиотикопрофилактики:

Таблица 3.

Фармако-терапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	УД
Антибактериальные препараты системного	Доксициклин	200 мг внутрь однократно не менее чем за 1 час до вакуум-	B

действия, тетрациклины		аспирации. Рутинное введение дополнительной дозы после завершения вмешательства не предусматривается.	[8,23,24]

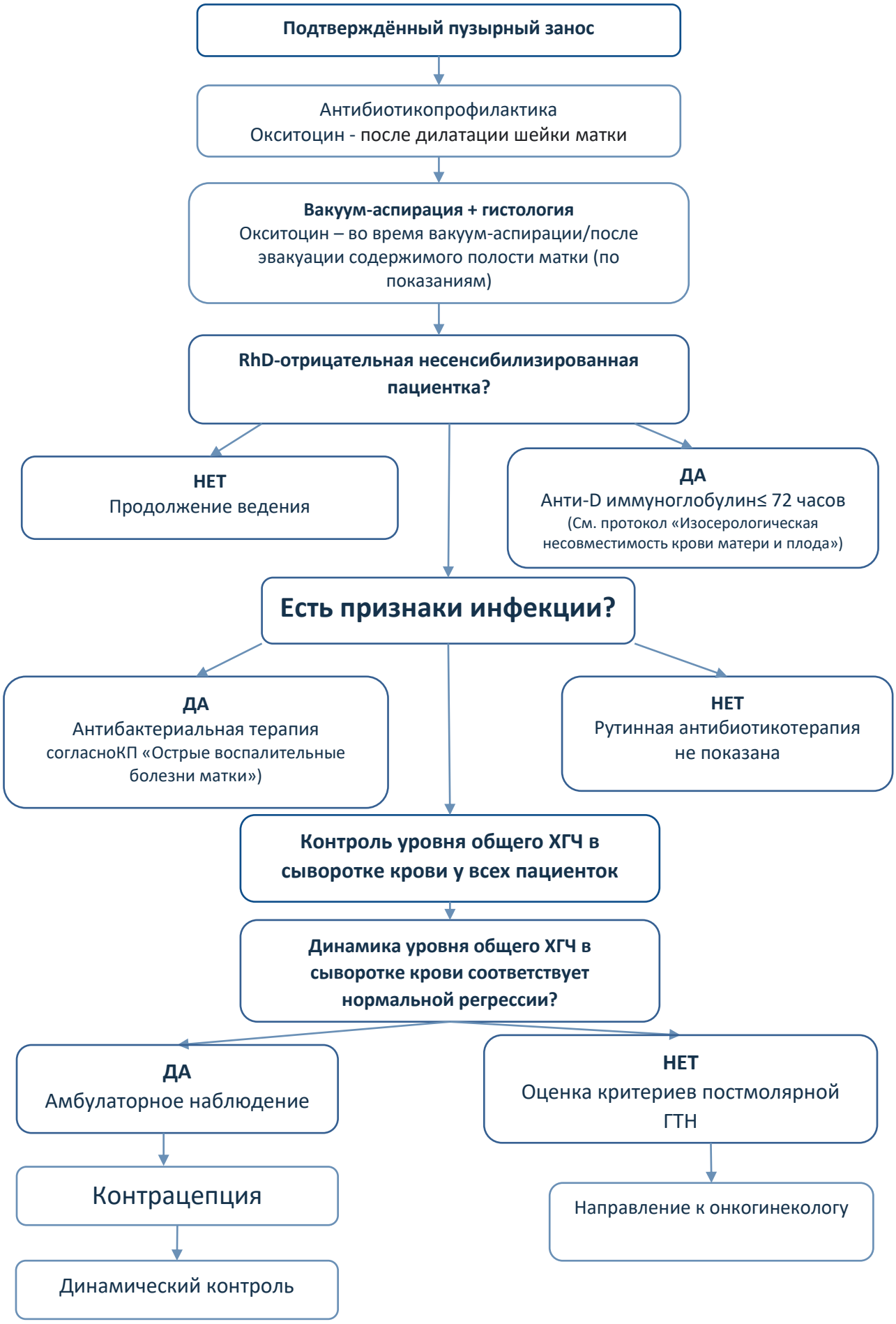
2) Дополнительные лекарственные средства:

Таблица 4.

Фармако-терапевтическая группа	**МНН лекарственного средства**	**Способ применения**	**УД**
Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс.	Натрия хлорид 0,9%	500 мл внутривенно капельно в качестве растворителя для окситоцина; при коррекции гиповолемии объём и скорость введения определяются состоянием гемодинамики и объёмом кровопотери.	С
Иммунные сыворотки и иммуноглобулины	Иммуноглобулин человека антирезусный Rho (D)	1250-1500 МЕ (250-300 мкг) внутримышечно однократно в течение 72 часов после эвакуации у RhD-отрицательных несенсибилизированных пациенток.	В [8] (см. клинический протокол «Изосерологическая несовместимость крови матери и плода»).

Алгоритм лечения

Схема 2.



Антибиотикопрофилактика:

- рекомендуется проведение антибиотикопрофилактики до хирургической эвакуации пузырного заноса (В) [8,23,24]. Схемы антибиотикопрофилактики представлены в таблице 3.

Примечание: *при гистерэктомии или другом расширенном хирургическом вмешательстве антибиотикопрофилактику проводят в соответствии с действующими рекомендациями по хирургической антимикробной профилактике: цефазолин либо цефазолин в сочетании с метронидазолом. При тяжёлой аллергии на β-лактамы применяют клиндамицин в сочетании с гентамицином либо метронидазол в сочетании с гентамицином [9, 24].*

Утеротонические препараты:

Внутривенная инфузия окситоцина может быть начата после дилатации шейки матки непосредственно перед началом вакуум-аспирации либо во время её проведения с целью усиления сокращения матки и уменьшения кровопотери. При необходимости инфузию продолжают в течение нескольких часов после завершения эвакуации. Продолжительность введения определяется сократительной активностью матки, интенсивностью кровотечения и состоянием пациентки. Доза и способ введения представлены в таблице 2 [3,22].

Примечание: *при применении утеротонических препаратов учитывают теоретический риск эмболизации трофобластической ткани и обеспечивают контроль гемодинамики и дыхательной функции. При значительном кровотечении применение утеротоников не должно задерживать необходимую хирургическую эвакуацию [8,22].*

Анти-D иммуноглобулин:

RhD-отрицательным несенсибилизированным пациенткам рекомендуется введение иммуноглобулина человека антирезусного Rho(D); доза, путь и сроки введения представлены в таблице 4 (УД - В) [8] (см. клинический протокол «Изосерологическая несовместимость крови матери и плода»).

Антибактериальная терапия:

(см. клинический протокол «Острые воспалительные болезни матки»)

• Рутинная антибактериальная терапия при отсутствии клинических и лабораторных признаков инфекции не показана (УД - В) [8,21];
• антибактериальная терапия проводится при наличии клинических и/или лабораторных признаков инфекционного осложнения в соответствии с действующим клиническим протоколом.

Дополнительные положения:

- При массивном кровотечении эвакуация содержимого полости матки должна быть ускорена;
- После эвакуации редко возможно развитие острой дыхательной недостаточности, связанной с эмболизацией трофобластической ткани; в раннем послеоперационном периоде рекомендуется мониторинг частоты дыхания, SpO_2 и гемодинамики (УД - С) [3,18].

5.3. Хирургическое лечение:

Метод выбора: вакуум-аспирация содержимого полости матки (УД - А) [3,8], предпочтительно под УЗ-контролем для снижения риска перфорации и обеспечения максимально полной эвакуации патологической ткани (УД - С) [8].
Примечание: *допускается применение как ручной, так и электрической вакуум-аспирации; выбор метода определяется оснащённостью медицинской организации и опытом хирургической команды. Оба метода сопоставимы по эффективности и безопасности.*

Показания:

- установленный диагноз пузырного заноса;
- подозрение на пузырный занос по данным клинико-инструментального обследования.

Противопоказания: специфические противопоказания к вакуум-аспирации как методу выбора отсутствуют. При нестабильном состоянии одновременно проводят стабилизацию жизненно важных функций; срочность вмешательства определяется интенсивностью кровотечения и состоянием пациентки.

Возможные осложнения:

- маточное кровотечение;
- перфорация матки;
- острая дыхательная недостаточность, в том числе связанная с эмболизацией трофобластической ткани;
- инфекционно-воспалительные осложнения.

Особенности хирургической тактики:

- Рутинное контрольное выскабливание металлической кюреткой не рекомендуется. Повторное вмешательство при подозрении на остаточную ткань выполняет опытный специалист, предпочтительно под УЗ-контролем (УД - С) [4,8,22].
- При продолжающемся кровотечении устанавливают причину, корректируют гиповолемию и коагулопатию; по показаниям применяют утеротоники, баллонную тампонаду, эмболизацию маточных артерий или хирургический гемостаз. Органосохраняющие методы не должны задерживать экстренную операцию при жизнеугрожающем кровотечении [4,8].
- При подозрении на перфорацию вмешательство прекращают, оценивают гемодинамику, кровопотерю и возможное повреждение смежных органов, выполняют УЗИ. При нестабильности, продолжающемся внутрибрюшном кровотечении или подозрении на повреждение органов показана срочная хирургическая ревизия. Наблюдение допустимо только в стационаре после оценки опытным специалистом, при стабильном состоянии и отсутствии указанных признаков [4].
- Гистерэктомию при неэффективности вакуум-аспирации рассматривают индивидуально с учётом возможности органосохраняющего лечения и репродуктивных планов. При жизнеугрожающем кровотечении и неэффективности либо невозможности безопасного органосохраняющего гемостаза её выполняют по жизненным показаниям. Остаточная ткань без неконтролируемого кровотечения не является безусловным показанием к гистерэктомии [3,4,8].
- После гистерэктомии обязателен динамический контроль общего ХГЧ в сыворотке крови ввиду сохраняющегося риска постмолярной ГТН [4,22].

Особенности анестезиологического пособия: метод анестезии определяется состоянием пациентки, объёмом кровопотери, сроком беременности и предполагаемым объёмом вмешательства. Необходима готовность к коррекции массивного кровотечения, тиреотоксикоза и дыхательных осложнений.

5.4. Дальнейшее ведение:

Динамическое наблюдение за уровнем общего ХГЧ в сыворотке крови

- Повышение уровня общего ХГЧ определяется как увеличение показателя более чем на 10% при трёх последовательных измерениях в течение не менее 2 недель (например, на 1-й, 7-й и 14-й дни) (УД - В) [3,8].
- Плато (стабилизация) уровня общего ХГЧ определяется как колебания показателя в пределах ±10% при четырёх последовательных измерениях в течение не менее 3 недель (например, на 1-й, 7-й, 14-й и 21-й дни) (УД - В) [3,8].
- Гистологически подтверждённая хориокарцинома является основанием для диагностики ГТН независимо от динамики уровня общего ХГЧ (УД - В) [3].

Пациентки, соответствующие диагностическим критериям постмолярной ГТН, подлежат направлению к онкогинекологу для подтверждения диагноза, стадирования, оценки группы риска и определения тактики лечения (УД - В) [3,18] (см. клинический протокол МЗ РК «Злокачественные трофобластические неоплазии»).

Схема наблюдения:

- Стандартизированное количественное определение общего ХГЧ в сыворотке крови проводится каждые 1–2 недели до нормализации показателя (УД - В) [3,8].
- При полном пузырном заносе после нормализации уровня общего ХГЧ проводится ежемесячный контроль показателя в течение 6 месяцев (УД - В) [3].
- При частичном пузырном заносе проводится контрольное определение общего ХГЧ в сыворотке крови через 1 месяц после первой нормализации; при сохранении нормального результата наблюдение завершается (УД - В) [3].

Дополнительные положения:

- При последующей беременности рекомендуется раннее УЗИ. Контроль уровня общего ХГЧ в сыворотке крови после завершения беременности проводится по клиническим показаниям (УД - С) [5].
- Планирование беременности рекомендуется после завершения установленного периода наблюдения и подтверждения стойкой нормализации уровня общего ХГЧ (УД - В) [3,8]:

после частичного пузырного заноса – после получения контрольного нормального значения общего ХГЧ через 1 месяц после первой нормализации;

после полного пузырного заноса – после завершения шестимесячного наблюдения.

- УЗИ органов малого таза проводится по клиническим показаниям, в том числе при продолжающемся кровотечении, болевом синдроме, замедленном снижении уровня общего ХГЧ или подозрении на остаточную ткань (УД - С).

Контрацепция:

- Контрацепция рекомендуется на протяжении всего периода наблюдения для исключения беременности, затрудняющей интерпретацию уровня общего ХГЧ (УД - С).
- Комбинированные гормональные контрацептивы или прогестинсодержащие методы могут применяться сразу после эвакуации пузырного заноса при отсутствии противопоказаний (УД - В) [3,8,22].
- Внутриматочную контрацепцию рекомендуется отложить до нормализации уровня общего ХГЧ (УД - С) [8].

Динамическое наблюдение:
- После завершения специализированного наблюдения дальнейшее ведение проводится в рамках стандартной гинекологической помощи.

5.5. Индикаторы эффективности лечения:
- нормализация уровня общего ХГЧ в сыворотке крови (УД - А) [3,8].
- отсутствие диагностических критериев постмолярной ГТН (УД - В) [3].

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА:

6.1. Наименование организации разработчика:

1) АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»
2) АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии»

6.2. Список разработчиков клинического протокола:

1) Уразбаева Гульфайруз Галимовна – кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории.
2) Аимбетова Алия Робертовна – доктор медицинских наук, заместитель Председателя Правления АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории.
3) Нартаева Мухабат Моминовна – кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор, руководитель отдела непрерывного образования АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории.
4) Кукубасов Ерлан Каирлыевич – кандидат медицинских наук, руководитель онкогинекологической службы АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории.
5) Бекмолдакызы Мөлдір – врач акушер-гинеколог второй квалификационной категории, преподаватель отдела непрерывного образования АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии».
6) Мүтәліп Ғайникамал Жайнарбекқызы – врач клинический фармаколог АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии».
7) Пак Светлана Владимировна – руководитель отделения «Платных услуг» АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории.

8) Кыздарбаева Люция Избасаровна – кандидат медицинских наук, руководитель отделения «Мать и дитя» АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории.

6.3. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.4. Данные рецензентов:
1) Султанова Жанат Умирзаковна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», врач акушер-гинеколог высшей категории.
2) Кайрбаев Мурат Решатович – доктор медицинских наук, врач онкогинеколог высшей категории Sema Hospital.

6.5. Указание условий пересмотра протокола:
1) пересмотр не реже 1 раза в 5 лет и не чаще 1 раза в 3 года при наличии новых методов диагностики и лечения с уровнем доказательности;
2) включение/исключение лекарственных средств в соответствии с рекомендациями Формулярной комиссии.

6.6. Список использованной литературы:
1. CapozziVA, ButeraD, ArmanoG, MonfardiniL, GaianoM, GambinoG, etal. Obstetric outcomes after complete and partial molar pregnancy: review of the literature and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;259:18–25. PMID: 33550107.
2. World Health Organization. *The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book.* Geneva: WHO; 2022. Available from: official WHO publication repository. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/365135/WHO-MHP-HPS-EML2022.02-eng.pdf
3. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, Braga A, Garrett A. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2025 update. *Int J Gynaecol Obstet.* 2025;171(Suppl 1):78–86. doi: 10.1002/ijgo.70275.
4. Braga A, Chagas M, Asrani M, Soares JP, Sun SY, Araujo Júnior E, Mattar R, Amim Junior J, Rezende-Filho J, Horowitz NS, et al. Diagnosis and surgical treatment of hydatidiform mole. Diagnostics (Basel). 2025;15(16):2068. doi:10.3390/diagnostics15162068.
5. Lok C, Frijstein M, van Trommel N. Clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021;74:42–52. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.12.001.
6. Sun SY, Melamed A, Goldstein DP, Bernstein MR, Horowitz NS, Moron AF, et al. Changing presentation of complete hydatidiform mole at the New England Trophoblastic Disease Center over the past three decades: does early diagnosis alter risk for gestational trophoblastic neoplasia? *Gynecol Oncol.* 2015;138(1):46–49. doi: 10.1016/j.ygyno.2015.05.002.
7. Vargas R, Barroilhet LM, Esselen K, Diver E, Bernstein M, Goldstein DP, Berkowitz RS, Horowitz NS. Subsequent pregnancy outcomes after complete and

partial molar pregnancy, recurrent molar pregnancy, and gestational trophoblastic neoplasia: an update from the New England Trophoblastic Disease Center. J Reprod Med. 2014;59(5–6):188–194. PMID:24937955.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Gestational Trophoblastic Disease. Green-top Guideline No. 38. *BJOG.* 2021;128(3):e1–e27. doi: 10.1111/1471-0528.16266.
9. **World Health Organization.** *Abortion care guideline. 2nd ed.* Geneva: WHO; 2025. Chapter 3: Recommendations and best practice statements across the continuum of abortion care. ISBN: 978-92-4-010420-4. Available from: WHO publication repository.
10. Alazzam M, Young T, Coleman R, Hancock B, Drew D, Wilson P, Tidy J. Predicting gestational trophoblastic neoplasia (GTN): is urine hCG the answer? *Gynecol Oncol.* 2011;122(3):595–599. doi:10.1016/j.ygyno.2011.05.035.
11. FIGO Oncology Committee. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;77(3):285–287. doi:10.1016/S0020-7292(02)00063-2. PMID: 12065144.
12. Khoo S.K., Sidhu M., Baartz D. et al. Persistence and malignant sequelae of gestational trophoblastic disease: clinical presentation, diagnosis, treatment and outcome. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2010;50(1):81-6.
13. Padrón L, Rezende Filho J, Amim Junior J, Sun SY, Charry RC, Maestá I, et al. Manual compared with electric vacuum aspiration for treatment of molar pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;131(4):652–659. doi:10.1097/AOG.0000000000002512.
14. Seckl MJ, Sebire NJ, Fisher RA, Golfier F, Massuger L, Sessa C; ESMO Guidelines Working Group. Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2013;24(Suppl 6):vi39–vi50. doi:10.1093/annonc/mdt345.
15. McMahon LM, Joyce CM, Cuthill L, Mitchell H, et al. Measurement of human chorionic gonadotrophin in women with gestational trophoblastic disease. *Gynecol Obstet Invest.* 2024;89(3):178–197. doi: 10.1159/000531499.
16.Lukinovic N, Malovrh EP, Takac I, Sobocan M, Knez J. Advances in diagnostics and management of gestational trophoblastic disease. *Radiol Oncol.* 2022;56(4):430–439. doi: 10.2478/raon-2022-0038.
17. Eiriksson L, Dean E, Sebastianelli A, Salvador S, Comeau R, Jang JH, et al. Guideline No. 408: Management of gestational trophoblastic diseases. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021;43(1):91–105.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2020.03.001.
18. Horowitz NS, Eskander RN, Adelman MR, Burke WM. Epidemiology, diagnosis, and treatment of gestational trophoblastic disease: a Society of Gynecologic Oncology evidence-based review and recommendation. *Gynecol Oncol.* 2021;163(3):605–613. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.10.003.
19. Lok CAR, van Trommel N, Braicu EI, Planchamp F, Berkowitz RS, Seckl MJ, et al. Practical guidelines for the treatment of gestational trophoblastic disease: collaboration of the EOTTD–ESGO–GCIG–ISSTD. *J Clin Oncol.* 2025;43(18):2119–2128. doi: 10.1200/JCO-24-02326.
20. Savage JL, Maturen KE, Mowers EL, Pasque KB, Wasnik AP, Dalton VK, et al. Sonographic diagnosis of partial versus complete molar pregnancy: a reappraisal. *J Clin Ultrasound.* 2017;45(2):72–78. doi: 10.1002/jcu.22410.

21. Braga A, Paiva G, Barcellos M, Elias KM, Horowitz NS, Berkowitz RS. Diagnosis and management of molar pregnancies. Hematol Oncol Clin North Am. 2024;38(6):1149–1159. doi:10.1016/j.hoc.2024.07.001.
22. Soper JT. Gestational trophoblastic disease: current evaluation and management. Obstet Gynecol. 2021;137(2):355–370. doi:10.1097/AOG.0000000000004240.
23. World Health Organization. *Abortion care guideline.* Geneva: WHO; 2022. Available from: official WHO website.
24. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 195: Prevention of infection after gynecologic procedures. *Obstet Gynecol.* 2018;131(6):e172–e189. doi: 10.1097/AOG.0000000000002670.