

Кобаидзе Е.Г.¹, Шашурина Ю.А.², Заплата В.С.¹

Опухоли яичников у пациенток позднего репродуктивного и постменопаузального возраста

¹ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера минздрава России, г. Пермь, ²ГБУЗ Пермского края «Ордена “Знак почета” пермская краевая клиническая больница»

Kobaidze E.G., Shashueina J.A., Zaplatina V.S.

Ovarian tumors in patients of late reproductive age and patients in postmenopause

Резюме

Статья посвящена изучению актуальной проблемы – поиску оптимальных методов диагностики и лечения опухолей яичников у пациенток позднего репродуктивного и постменопаузального возраста. Анализируется роль изучаемых факторов риска в развитии данной патологии, частота встречаемости определенных видов опухолей в зависимости от возраста пациентки; обсуждаются поиск оптимальных путей диагностики опухолей и оценка эффективности имеющихся скрининговых мероприятий. Приводятся последние литературные данные об онкомаркерах, метаболитах крови, генетическом анализе, методах интраоперационной диагностики, визуализации и их роли в ранней диагностике заболелания; обсуждаются рекомендованные сегодня алгоритмы наблюдения и лечения пациенток с опухолями яичников

Ключевые слова: опухоли яичников, поздний репродуктивный возраст, постменопауза

Для цитирования: Кобаидзе Е.Г., Шашурина Ю.А., Заплата В.С., Опухоли яичников у пациенток позднего репродуктивного и постменопаузального возраста, Уральский медицинский журнал, №05 (188) 2020, с. 122 - 128, DOI 10.25694/URMJ.2020.05.26

Summary

The article is devoted to the investigation of a very actual problem – the search of optimal management in patients with ovarian tumors set in late reproductive age and postmenopause. In this article the following aspects were analyzed: the role of the risk factors and the frequency of the exact tumor types in correlation with the patient's age. In the item different diagnostic methods and screening events are valued. The latest data in tumor markers, blood matabolites, genetic analysis, intraoperative diagnostic methods and visualization methods are present in the article, as well as up to date algorithms in management of patients with ovarian tumors

Keywords: ovarian tumor, late reproductive age, postmenopause

For citation: Kobaidze E.G., Shashueina J.A., Zaplatina V.S., Ovarian tumors in patients of late reproductive age and patients in postmenopause, Ural Medical Journal, No. 05 (188) 2020, p. 122 - 128, DOI 10.25694/URMJ.2020.05.26

Опухоли яичников – актуальная проблема современного здравоохранения. Статистика остается неутешительной и неизменной на протяжении ряда лет: у одной из 70 новорожденных девочек в течение жизни разовьётся опухоль яичника, одна из 100 умрет от злокачественной опухоли яичника. До 14 % всех опухолей и опухолевидных образований женской репродуктивной системы – это именно опухоли яичников, 85 % из которых могут быть доброкачественными [2]. Однако, несмотря на большую частоту доброкачественного характера образований яичников у женщин, многие вопросы по этиопатогенезу, диа-

гностике и терапии опухолей яичников требуют изучения. 5–10 % больных с опухолью яичника рекомендуется оперативное лечение, при этом с вероятностью 13–21 % у прооперированных пациенток будет диагностирована злокачественная опухоль [1]. По данным отечественных и иностранных исследователей, среди всех злокачественных опухолей рак яичников по частоте встречаемости занимает 7-е место и 1-е место – по поздней диагностике [1, 15].

По данным Франк Г.А. и др., для объёмных образований яичников характерен определённый возрастной

аспект. В детском возрасте при выявлении образований яичников 65 % имеют функциональный характер (киста), истинные доброкачественные опухоли диагностируются в 28 % случаев, большая часть которых чаще представлена зрелыми тератомами (группа герминогенных опухолей); злокачественные новообразования яичников встречаются в 8 % случаев и часто представляют собой дисгерминогенные опухоли, эмбриональную карциному, опухоли эндодермального синуса, незрелую тератому [16].

У пациенток репродуктивного возраста (шкала Straw+10, группы -4, -3b а) преимущественно выявляются серозные цистаденомы, зрелые тератомы и функциональные образования яичников (кисты) [1].

В связи с обязательным проведением УЗИ у беременных возросла частота выявления опухолей яичников у данной категории пациенток. Ранее опухоль яичника скорее являлась клинической находкой у беременной, которая могла обратиться к врачу с жалобами на тазовую боль, либо опухоль обнаруживалась при влагалищном исследовании пациентки. Сегодня образования яичников диагностируются у 0,5–3,4 % беременных [4]. Частота встречаемости злокачественных опухолей яичника у беременных составляет 0,01–0,5 %. Во время беременности возможно выявление как опухолей и опухолевидных образований яичников, встречающихся в популяции женщин в целом, так и образований яичников, непосредственно ассоциированных с состоянием беременности. В ранние сроки гестации при наличии опухолевидного образования в области придатков необходима дифференциальная диагностика с внематочной беременностью, функциональными образованиями яичников (лютеиновые или текалютеиновые кисты). Большая часть функциональных образований яичников спонтанно подвергается резорбции к 14–16-й неделям гестации. Опухоли яичников, персистирующие после 16 недель беременности, не могут считаться функциональными образованиями за редким исключением текалютеиновых кист – они способны сохраняться вплоть до послеродового периода у некоторых пациенток. У беременных также часто выявляются цистаденомы – доброкачественные эпителиальные опухоли. Примечательно, что эндометриомы, существовавшие до беременности, способны значительно менять свои ультразвуковые характеристики во время гестации. В таком случае для выбора правильной тактики лечения требуется поиск симптомов эндометриоза у больной до наступления беременности. По мнению многих исследователей, персистенция образований яичников у беременной пациентки после 16 недель гестации требует максимально взвешенного подхода, высокой онкологической настороженности [18].

В литературных источниках частота распространения отдельных разновидностей образований яичников у женщин раннего и позднего постменопаузального периода варьируется. Морфологическая характеристика образований яичников у женщин этих возрастных категорий вызывает большой интерес. Это связано с тем, что изменяющаяся социальная активность пациенток, увеличение продолжительности их жизни определяют необхо-

димость более глубокого изучения данного вопроса для оптимизации тактики лечения, более четкого прогноза для жизни и трудоспособности женщин. У больных постменопаузального периода все новообразования яичников чаще рассматриваются как истинные опухоли, а высокая онкологическая настороженность часто требует выполнения оперативного вмешательства больших объемов.

В поздний репродуктивный период и период перименопаузального перехода (по шкале Straw+10 группы -3а, -2, -1) у женщин зачастую преобладают функциональные кисты – лютеиновые и фолликулярные. В определенной степени происходящие в организме женщины физиологические, гормональные изменения лежат в основе образования кист у этой возрастной категории пациенток. Считается, что данные образования способны как спонтанно резорбцироваться в течение нескольких месяцев, так и сохраняться длительное время.

В данной возрастной группе больных чаще, чем в среднем в популяции, могут выявляться параовариальные кисты, патология маточных труб в виде гидросальпинксов, субсерозные миомазные узлы на ножке, что создает необходимость качественной дифференциальной диагностики. По некоторым источникам, среди нефункциональных образований яичников у пациенток в возрасте перименопаузального перехода злокачественные новообразования встречаются в 13 %, далее следуют зрелые тератомы и эндометриомы, а частота встречаемости рака яичника начинает расти и достигает 45 % в период постменопаузы [1]. Именно при обследовании этой категории пациенток требуется высокая онконастороженность: при диагностировании любого образования придатков часто необходимо исключить первичный и метастатический рак яичников.

В научной литературе активно исследуются факторы риска выявления злокачественного новообразования яичников. К ним относят: возраст пациентки (шкала Straw+10, группы от -2 до +2), при этом менопаузальный статус учитывается при расчете индексов ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algorhythm – алгоритм расчета риска злокачественности образования яичника) и RMI (Risk of Malignancy Index – индекс риска малигнизации), позволяющих отнести пациентку к определенной группе риска по развитию рака яичника; наличие злокачественного образования любой другой локализации,стораживающие данные генетической экспертизы (мутации генов BRCA 1, BRCA 2, P53, STK 11, RAD 51C, DICER), наличие отягощенного анамнеза по злокачественным заболеваниям яичника у родственниц первой линии, отягощенный семейный анамнез по онкологической патологии толстой кишки, желудка, яичника, матки, молочной железы, почек и легких. Спорной остается роль следующих факторов: особенностей менструальной функции, так как к факторам риска относят как раннее начало менархе и позднюю менопаузу, так и позднее менархе и раннюю менопаузу, стимуляцию овуляции в анамнезе, наличие соматической патологии (сахарного диабета и пр.)

По данным некоторых зарубежных исследователей, наличие синдрома поликистозных яичников в анамнезе,

прием менопаузальной гормонотерапии также увеличивает риск развития новообразований яичников. Обсуждается взаимосвязь перенесенной гистерэктомии у больной с последующим развитием рака яичника, однако эти данные противоречивы [15].

За последние годы появились исследования по взаимосвязи некоторых анамнестических данных больных в постменопаузе с повышенным риском развития определенных опухолей. Например, перенесенные воспаления органов малого таза (эндометрит, сальпингит, пельвиоперитонит, гнойные tuboовариальные опухоли) могут быть ассоциированы с повышенным риском развития низкодифференцированной серозной карциномы уже в постменопаузе. Выявлена взаимосвязь частоты серозных пограничных опухолей у пациенток в постменопаузе с внематочной беременностью и бесплодием в анамнезе. Существует гипотеза, что воспалительные процессы в верхних отделах женской репродуктивной системы и/или брюшины являются предрасполагающим фактором к развитию серозных пограничных опухолей и даже низкодифференцированной карциномы яичника. Появились данные, указывающие на то, что эпителий маточной трубы может являться источником предопухолевых и опухолевых заболеваний яичника у женщин как с нормальным геномом, так и с мутациями BRCA 1,2. Тубэктомия может быть фактором, способствующим профилактике появления опухолей яичника [22, 23].

В настоящее время существует несколько классификаций опухолей яичников, наиболее актуальными из них являются гистологическая классификация ВОЗ 2014, классификация TNM (Tumor, Nodus, Metastasis – первичная опухоль, регионарные лимфатические узлы, отдаленные метастазы) и FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics – международная федерация по гинекологии и акушерству).

Согласно гистологической классификации ВОЗ 2014 г., выделяют истинные опухоли яичника (эпителиальные, стромальные, мезенхимальные, эпителиально-мезенхимальные, герминогенные, опухоли стромы полового тяжа, смешанные), лимфопролиферативные заболевания, опухолеподобные образования и вторичные опухоли яичников. В каждой группе опухоли подразделяют на доброкачественные и злокачественные. В группе эпителиальных опухолей отдельно вынесены пограничные опухоли у женщин позднего репродуктивного и постменопаузального периода, представляющие сегодня особый научный интерес.

Актуально исследование возможности ранней диагностики опухолей яичников. В настоящее время нет единого установленного скрининга опухолей яичников. По данным национального руководства по гинекологии [2], даже регулярное посещение гинеколога не способствует увеличению частоты выявления опухолей яичников у больных. Зачастую опухоли яичников характеризуются бессимптомным течением. Но с другой стороны, в анамнезе пациентки можно выявить крайне разнообразные и неспецифические жалобы: повышенная утомляемость, общая слабость, боли внизу живота, увеличение разме-

ров живота, снижение аппетита, потеря массы тела, нарушение менструального цикла, кровянистые выделения из половых путей в постменопаузе, появление избыточного оволосения по мужскому типу, учащенное мочеиспускание, запоры и прочее. В связи с вышеизложенным основополагающими методами диагностики опухолей яичника являются бимануальное ректовагинальное обследование, УЗИ органов малого таза (предпочтительно трансвагинальным датчиком), определение у больной онкомаркеров плазмы крови, применение МРТ с контрастированием, диагностическая лапароскопия. В настоящее время пункция образования яичника не применяется для диагностики опухоли, за исключением случаев необходимости определения гистотипа образования перед проведением химиотерапии при распространенной форме рака.

Большую роль в своевременной диагностике образования яичников имеет рутинное трансвагинальное УЗИ органов малого таза с ЦДК (цветовое доплеровское картирование). В клинических рекомендациях 2018 г. «Диагностика и лечение доброкачественных новообразований яичников с позиции профилактики рака» [1] говорится о необходимости проведения скрининга для выявления рака яичников с целью ранней диагностики инвазивного процесса. Однако такой формат мониторинга не рекомендован для общей популяции и у пациенток из группы низкого риска по развитию злокачественных образований яичников. Скрининг предполагает обследование пациенток в группах умеренного и высокого рисков: пациенток с онкологической патологией любой локализации в анамнезе, с кистозными образованиями яичника в постменопаузе, отягощенным семейным анамнезом, при IOTA (International Ovarian Tumor Analysis – международный анализ овариальных опухолей) У3-признаков злокачественности, при RMI (Risk of Malignancy Index – индекс риска малигнизации) 250 и более, в случае индекса ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm – алгоритм расчета риска злокачественности образования яичника) 7,39 % и более в перименопаузе, 25,29 % и более в постменопаузе и др.

Для пациенток постменопаузального периода могут быть использованы следующие скрининговые мероприятия: определение СА 125, трансвагинальное УЗИ органов малого таза, гинекологический осмотр ежегодно. Показанием для проведения оперативного лечения могут послужить нарастание СА 125. Однако СА 125 показал свою низкую эффективность в диагностике ранних стадий рака яичников. Данный показатель может оставаться в пределах референсных значений в 50 % случаев при аденокарциноме, и, наоборот, повышение СА 125 может быть связано с беременностью (на протяжении всей гестации), наличием эндометриоза, болезни печени, острого панкреатита, туберкулеза, пневмонии, заболеваний почек и аппендицита. Для дифференциальной диагностики опухолей яичников могут быть использованы другие онкомаркеры, например, СА 19,9, РЭА, СА 72-4, HE4. Для диагностики герминогенных опухолей специфичен ряд биохимических маркеров – ХГЧ, АФП, ЛДГ. Высокую чувствительность и специфичность в диагностике

рака яичников показал индекс риска малигнизации, расчет которого основан на возрасте пациентки, УЗ-данных и показателях СА 125. Нормальное значение ИРМ соответствует менее 200, а повышение индекса более этого значения является неблагоприятным прогностическим признаком развития рака яичника (чувствительность ИРМ – 78 %, специфичность – 87 %) [2].

Трансвагинальное УЗИ остается одним из ведущих методов диагностики опухолей яичников. В УЗ-диагностике для определения злокачественности образования рекомендуют ориентироваться на УЗ-классификацию IOTA, позволяющую дифференцировать доброкачественные и злокачественные образования по следующим критериям: камерность, гладкостенность, наличие и размеры солидного компонента, наличие асцита, акустические тени, наличие папиллярных структур, диаметр образования, наличие ЦДК [2]. При подозрении на злокачественное поражение яичников рекомендуется компьютерная томография (КТ) брюшной полости и грудной клетки с контрастированием, МРТ брюшной полости с контрастированием. Более предпочтительным является проведение МРТ с контрастированием в связи с его большей информативностью в диагностике мягкотканых образований у больных [1]. Как было сказано выше, образования яичников, выявленные при беременности, чаще всего представлены функциональными кистами, спонтанно регрессирующими во 2-м триместре. Среди опухолей яичников при беременности преимущественно выявляются зрелые тератомы и серозные цистаденомы. По разным источникам, малигнизация образований яичников при беременности не превышает 2–6 %. Основным методом диагностики опухолей яичников при беременности считается УЗИ, причем с увеличением срока гестации целесообразно использовать не только трансвагинальный, но и абдоминальный датчик в связи с возможным смещением опухоли в верхние этажи брюшной полости растущей маткой. В индивидуальных случаях может быть консилиумом рекомендовано проведение КТ или МРТ брюшной полости и малого таза без контрастирования [1, 18].

Важно отметить, что ни один из методов диагностики, использованный изолированно, не может служить достоверным критерием злокачественности или доброкачественности процессов в яичнике. Исследования показали, что одновременное определение СА 125 и 19,9 более информативно, чем изолированное определение только одного онкомаркера. А применение УЗИ органов в сочетании с КТ может быть намного информативнее, чем использование только одного из перечисленных методов визуализации. Эффективность диагностики выше при определении СА 125 и 19,9 совместно с проведением УЗИ и КТ. Однако такой формат диагностических мероприятий является крайне дорогостоящим и не может быть широко использован на практике [27].

Имеются научные работы, где говорится об увеличении ингибина В и ФСГ при развитии злокачественных новообразований яичников, что, возможно, объясняется этиологической взаимосвязью между повышением уров-

ня гонадотропина и увеличением риска развития рака яичников [24]. Генетическое исследование, выявляющее мутации BRCA 1,2, доказало свою эффективность в выявлении группы риска по развитию рака яичника. Однако, к сожалению, это исследование не информативно для прогнозирования других опухолей яичника [25].

В изучении возможных предикторов рака яичника еще одним направлением является исследование метаболитов крови, в частности, определение псевдоуридина и TAGs (триацилглицеролы), которые могут значительно повышаться уже на ранних стадиях развития злокачественного процесса и могут быть высокоинформативны для диагностики быстроразвивающихся опухолей яичника [24].

Сегодня ранняя диагностика злокачественного процесса в яичнике является приоритетным направлением в гинекологии. Все большую популярность набирает использование моделей первично-множественных злокачественных новообразований (ПМЗН) у гинекологических пациентов. Под ПМЗН подразумевается одновременное развитие двух и более опухолей у одного пациента, при этом в патологический процесс могут быть вовлечены различные органы из разных систем, либо это может быть мультицентрическое поражение одного органа. В медицине данный подход к диагностике основан на понимании генетических аспектов развития онкологического процесса, в частности, на выявлении наследственных онкологических заболеваний, обусловленных мутацией в генах-супрессорах опухоли. Возможно выявление синхронных опухолей – опухолей, которые были обнаружены одновременно, либо с момента манифестации 1-й опухоли у больной прошло менее 6 месяцев; вторых и последующих опухолей. Установлено, что большинство опухолей являются гормонозависимыми. Например, определен синдром гормонозависимых аденокарцином в составе полинеоплазии. Наиболее распространенными вариантами ПМЗН женской репродуктивной системы являются: поражение яичника и молочной железы (38,63 %), яичника и тела матки (30 %), яичника и толстой кишки (27 %). Стоит отметить, что выявление мутаций BRCA 1, BRCA 2 может оказаться ключевым в диагностике такой патологии [25]. Shuang-zheng Jia и др. пишут о синхронном развитии пограничных опухолей яичников и поражении эндометрия у пациенток перименопаузального периода [26]. По мнению авторов, у 41,4 % пациенток с пограничными опухолями яичников возможно диагностирование патологии эндометрия в виде рака эндометрия (до 46 %), атипической гиперплазии эндометрия (до 38 %), гиперплазии эндометрия без атипии (до 16 %). К сожалению, таких исследований в научной литературе немного, что создаёт необходимость дальнейшего изучения [2].

В гинекологии и онкологии обсуждается вопрос проведения диагностической лапароскопии и биопсии солидной опухоли с интраоперационной cito-диагностикой тканей. Возможно интраоперационное проведение цитологического исследования смывов у больных [1]. При интраоперационной cito-диагностике применение экспресс-метода на основе охлажденных тканевых срезов показало

высокую эффективность в определении доброкачественных, пограничных и злокачественных опухолей. Диагностическая точность данного метода по сравнению с методикой исследования парафиновых срезов и отпечатков составила 96,3 % против 90 % точности другого. Однако для определения типа карциномы метод интраоперационного исследования парафиновых срезов оказался более эффективным (80 % диагностической точности против 67 % точности экспресс-метода, основанного на охлажденных тканевых срезах), что объясняется самой технологией, при которой в срез могут попасть материалы из разных участков опухоли [25].

У пациентки любого возраста лечением опухоли яичника является оперативное вмешательство, однако объемы хирургической тактики дискуссионны и неоднозначны. При обнаружении образования яичника у больной репродуктивного возраста и в перименопаузе (по шкале Straw+10 группы -4, -3b,a, -2, -1) обсуждается проведение УЗИ органов малого таза трансвагинальным датчиком в динамике через 4–6 недель. При уменьшении размеров образования или полной его резорбции можно судить о функциональном характере образования. Стоит отметить, что применение комбинированных гормонов, рутинно используемых при обнаружении кист яичников у пациенток разных возрастов, не ускоряет регресс образования. От лечения функциональных кист методом аспирации содержимого также рекомендуют воздержаться в связи с высокой частотой рецидивов процесса [2].

При выборе лечебной тактики у пациенток репродуктивного возраста все больше авторов указывают на предпочтительность лапароскопического доступа и органосохраняющих принципов – например, цистэктомия или резекции яичника. При отсутствии технических возможностей проведения органосохраняющей операции (размер опухоли, ее расположение) рекомендуют одностороннюю аднекс- или овариоэктомию [11]. В случае подозрения на злокачественный процесс в придатках матки, определенный при макроскопической оценке образования или по данным cito-диагностики, рекомендуют аднексэктомию со стороны поражения, резекцию второго яичника, резекцию большого сальника, цитологическое исследование смывов всех этажей брюшной полости. При оперативном лечении муцинозных цистаденом важно учесть возможный метастатический характер поражения яичника с первичным очагом – наличие муцинозной аденокарциномы аппендикса. В связи с этим ряд авторов указывает на важность интраоперационной гистологической диагностики при оперативном лечении муцинозных цистаденом яичников для определения необходимости проведения одновременной аппендэктомии.

К лечению пограничных опухолей у пациенток репродуктивного возраста пока нет единого подхода: этот вопрос остается крайне обсуждаемым. Имеются научные работы, изучающие эффективность и относительную безопасность органосохраняющего объема оперативного лечения у пациенток с пограничными опухолями яичников [11,12].

Развитие осложнений, таких как разрыв, нагное-

ние, нарушение питания образования, перекрут придатков, встречается не более чем в 2 % случаев [17]. Также редко, при больших размерах опухоли, особенностях ее расположения относительно подлежащей части плода, образование яичника может стать механическим препятствием физиологическому течению родового процесса, что, соответственно, может стать причиной оперативного родоразрешения. Сегодня у беременных до 18 недель гестации обсуждается широкое применение оперативного лечения лапароскопическим доступом в стационарах третьего уровня. Показаниями для оперативного лечения при беременности могут послужить: персистенция образования более 6 см в диаметре после 16 недель беременности, двухсторонний характер поражения яичников, высокий риск нарушения целостности фиксированной опухоли с увеличением срока гестации, высокий риск перекрута придатков в послеродовом периоде. Срок гестации более 18 недель, размеры образования более 12 см, наличие спаечного процесса в малом тазу, выраженное ожирение формируют противопоказания для проведения лапароскопической операции. Многие авторы отмечают, что оперативное лечение опухолей у беременных всегда сопряжено с рядом технических сложностей и определенными акушерскими рисками, именно поэтому в комплексе прегравидарной подготовки особую важность приобретает обязательное проведение УЗИ органов малого [4].

По данным рекомендаций 2016 г., при диагностировании опухоли яичника у пациенток в пременопаузе и постменопаузе (по шкале Straw+10 группы -2, -1, +1 a, b, c, +2), которые в большинстве случаев могут относиться к группе низкого риска по развитию рака яичника, возможно лечение в объеме двухсторонней аднексэктомии. При наличии у больной пременопаузального и постменопаузального возраста с опухолью яичника факторов риска по развитию рака рекомендуют лечение в объеме экстирпации матки с придатками, резекции большого сальника и интраоперационного стадирования процесса. Проведение ретроперитонеальной лимфодиссекции в данном случае не показано [3].

В литературе активно обсуждается тактика лечения больных, целесообразность проведения оперативного лечения у женщин позднего репродуктивного и постменопаузального периода с кистами яичников. Зачастую односторонние однокамерные кисты менее 5 см в диаметре, протекающие бессимптомно, имеют низкий потенциал злокачественности. По мнению ряда авторов, для определения тактики лечения важно оценить сопутствующую соматическую патологию, имеющиеся у пациентки факторы риска развития онкологического заболевания яичников, семейного анамнеза и пр. При обнаружении кист яичников у пациенток данной категории с отягощенным семейным онкологическим анамнезом рекомендуют проведение генетического исследования с целью выявления мутации BRCA 1,2, CA 125 в динамике, ультразвуковой мониторинг. Однако, как отмечено выше, тактика ведения больших этой возрастной категории неоднозначна. Некоторые авторы пишут о необходимости оперативного лечения, но с условием определения операционно-

го доступа в зависимости от показателей RMI, наличия абдоминальных операций в анамнезе, индекса массы тела, размеров образования и его расположения (по данным КТ и УЗИ). Считают, что лапароскопия возможна при определённых условиях, например, если у пациентки показатель RMI менее 200, тогда как при RMI более 200 предпочтительнее лечение лапаротомным доступом. Важно, чтобы при лапароскопии препарат был удален без его вскрытия через пупочный порт или трансвагинально с применением специальных контейнеров.

Таким образом, опухоли яичников у пациенток позднего репродуктивного и постменопаузального возраста остаются актуальнейшей проблемой в гинекологии. Данная патология имеет весьма вариабельную клиническую картину, непроста в диагностике и часто требует индивидуального подхода к выбору тактики ведения и лечения. До сих пор нет качественного маркера-предиктора развития злокачественного процесса, а имеющиеся тесты зачастую показывают свою неспецифичность и способны повести врача по ложному пути в плане выбора тактики ведения пациентки, неоправданного оперативного вмешательства, а может, и запоздалого хирургического лечения. Пациентка позднего репродуктивного периода с образованием придатков может иметь свои репродуктивные планы и потребности: сохранение овариального резерва, лечение бесплодия, возможность стимуляции овуляции и последующее деторождение, безопасное вынашивание беременности, родоразрешение и последующий послеродовой период с лактацией, возможность использования комбинированных оральных контрацептивов, возмож-

ность применения менопаузальной гормональной терапии в менопаузальном периоде, в том числе и после оперативного лечения по поводу опухолей яичников.

Далеко не на все вопросы в научной литературе имеются однозначные ответы, подкрепленные значительными статистическими данными. Много контрверсий в отношении лечения и последующего ведения пациенток с пограничными опухолями вышеназванных возрастных групп. Необходимо более широкое исследование возможных маркеров патологии яичников и их внедрение в рутинную практику врача акушера-гинеколога. Проблема опухолей яичников остается широким полем для научно-исследовательской работы, плоды которой, главным образом, должны привести к снижению рисков заболеваемости, смертности от новообразований яичников, сохранению качества жизни. ■

Кобаидзе Екатерина Глахоевна, доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1, ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Министерства здравоохранения Российской Федерации. **Шаширина Юлия Александровна**, врач акушер-гинеколог ГБУЗ Пермского края «Ордена “Знак Почета” Пермская краевая клиническая больница». **Заплатина Вера Семеновна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1, ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Министерства здравоохранения Российской Федерации. Автор, ответственный за переписку: Кобаидзе Екатерина Глахоевна e-mail: eka7i@yahoo.com тел.: +79127837077

Литература:

1. Диагностика и лечение доброкачественных новообразований яичников с позиции профилактики рака яичников. Клинические рекомендации, 2018.
2. Гинекология: нац. руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, И.Б. Манухина, В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017; 1048 с.
3. The Management of Ovarian Cysts in Postmenopausal Women. RGOG Greentop Guideline No. 34, July 2016.
4. Guidelines for the Use of Laparoscopy for during Pregnancy. SAGES May 2017
5. The Role of the Obstetrician-Gynecologist in the Early Detection of Epithelial Ovarian Cancer in Women at Average Risk. ACOG Committee Opinion. SGO No.716, Nov 2017.
6. Ovarian Cancer Screening Tests: Safety Communication - FDA Recommends Against Use. U.S.FDA, Posted 09.07.2016.
7. Final Recommendation Statement: Ovarian Cancer: Screening. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). December 2016
8. Randall L.M., Pothuri B., Swisher E.M. Multi-disciplinary summit on genetics services for women with gynecologic cancers: A Society of Gynecologic Oncology White Paper. GynOncol 2017; 146: 217-24.
9. Stiekema A., Boldmgh Q.J., Korse C.M. et al. Serum human epididymal protein 4 (HE4) as biomarker for the differentiation between epithelial ovarian cancer and ovarian metastases of gastrointestinal origin. GynecolOncol 2015; 136(3): 562-6.
10. Клиническая онкогинекология. Руководство для врачей. Под ред. В.П. Козаченко, Москва, 2016: 250 с.
11. Fagotti A., Perelli F., Pedone L., Scambia G. Current Recommendations for Minimally Invasive Surgical Staging in Ovarian Cancer. Cuit Oncol 2016; 17(1):3.
12. Мартынов С.А. Хирургическая тактика при лечении с опухолевидными образованиями и опухолями яичников. Дис. д-ра мед. наук. 2016, 165 с.
13. Акушерство. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015, 1080 с.
14. Приказ Минздрава России от 10 мая 2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрировано в Минюсте России 17 мая 2017 г. № 46740).
15. Reid B.M., Permuth J.B., Sellers T.A. Epidemiology of ovarian cancer: a review Cancer Biol Med. 2017 Feb; 14(1): 9–32. DOI: 10.20892/j.issn.2095-3941.2016.0084 PMID: PMC5365187 PMID: 28443200

16. Франк Г.А., Москвина Л.В., Андреева Ю.Ю. Новая классификация опухолей яичника. *Архив патологии*. 2015; 7(4): 40-50 DOI: 10.17116/patol201577440-50
17. Cordeiro C.N., Gemignani M.L. Gynecologic Malignancies in Pregnancy: Balancing Fetal Risks With Oncologic Safety. *Obstet Gynecol Surv*. 2017; 72(3): 184-193. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000407.
18. Haan J. de, Verheeecke M., Amant F. Management of ovarian cysts and cancer in pregnancy. *Facts Views Vis Obgyn*. 2015; 7(1): 25-31. PMID: PMC4402440 PMID: 25897369
19. Stewart L.M., Stewart C.J.R., Spilsbury K., Cohen P.A., Jordan S. Association between pelvic inflammatory disease, infertility, ectopic pregnancy and the development of ovarian serous borderline tumor, mucinous borderline tumor and low-grade serous carcinoma. *Gynecol Oncol*. 2020; 156(3): 611-615. DOI: 10.1016/j.ygyno.2020.01.027.
20. Rasmussen C.B., Kjaer S.K., Albiери V., Bandera E.V., Doherty J.A., Høgdall E. et al. Pelvic Inflammatory Disease and the Risk of Ovarian Cancer and Borderline Ovarian Tumors: A Pooled Analysis of 13 Case-Control Studies. *Am J Epidemiol*. 2017; 185(1): 8–20. DOI: 10.1093/aje/kww161 PMID: PMC5209588 PMID: 27941069
21. Жордания К.И., Паяниди Ю.Г., Калиничева Е.В. Два пути развития серозного рака яичников. *Онкогинекология 2014*; 3.
22. Bingcheng Guo, Wei Lian, Shuai Liu, Yingchun Cao, Jianhua Liu. Comparison of diagnostic values between CA125 combined with CA199 and ultrasound combined with CT in ovarian cancer. *Oncol Lett*. 2019; 17(6): 5523–5528. DOI: 10.3892/ol.2019.10264 PMID: PMC6507457 PMID: 31186773
23. Azami S., Aoki Y., Iino M., Sakaguchi A., Ogura K. et al. Useful aspects of diagnosis of imprint cytology in intraoperative consultation of ovarian tumors: comparison between imprint cytology and frozen sections. *Diagn Cytopathol*. 2018; 46(1): 28-34. DOI: 10.1002/dc.23844
24. Irvin S.R., Weiderpass E., Stanczyk F.Z., Brinton L.A., Trabert B., Langseth H., Wentzensen N. Association of Anti-Mullerian Hormone, Follicle-Stimulating Hormone, and Inhibin B with Risk of Ovarian Cancer in the Janus Serum Bank. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2020 Jan 13. DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-19-0675.
25. Capoluongo E., Ellison G., López-Guerrero J.A., Penault-Llorca F., Ligtenberg M.J.L., Banerjee S., Singer C., Friedman E., Markiefka B. et al. Guidance Statement On BRCA1/2 Tumor Testing in Ovarian Cancer Patients. *Semin Oncol*. 2017; 44(3): 187-197. Doi: 10.1053/j.seminoncol.2017.08.004.
26. Shuang-zheng Jia, Jun-ji Zhang, Jun-jun Yang, Yang Xiang, Zhiyong Liang, Jin-hua Leng. Risk of synchronous endometrial disorders in women with endometrioid borderline tumors of the ovary. *Ovarian Res*. 2018; 11: 30. DOI: 10.1186/s13048-018-0405-0 PMID: PMC5909205 PMID: 29673382
27. Seong S.J., Kim D.H., Kim M.K., Song T. Controversies in borderline ovarian tumors. *Gynecol Oncol*. 2015; 26(4): 343-9. DOI: 10.3802/jgo.2015.26.4.343.