Пограничные опухоли яичников

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C56, D39.1 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы»

Пограничные опухоли яичников — эпителиальные новообразования с атипичной пролиферацией без деструктивной стромальной инвазии; обычно они имеют благоприятный прогноз. Основу лечения составляет хирургическое удаление с оценкой распространенности процесса, а химиотерапию при ПОЯ не применяют.

Главное

- ПОЯ чаще выявляют в 38–53 года; серозные варианты составляют 53%, муцинозные — 43% всех ПОЯ.
- Специфических симптомов обычно нет: 37–40% пациенток бессимптомны; возможны увеличение живота, боли, ациклические кровянистые выделения и бесплодие.
- Диагноз нельзя установить только по клинике или визуализации: обязательна морфологическая верификация новообразования.
- Основной и единственный метод лечения ПОЯ — хирургический; химиотерапия неэффективна и не назначается независимо от гистологического типа и стадии (УУР В, УДД 2).
- При хирургическом стадировании обязательны ревизия брюшной полости, цитология асцита или смывов, биопсия подозрительных участков и удаление большого сальника; тазовую и поясничную лимфаденэктомию не выполняют.
- Серозные ПОЯ могут рецидивировать поздно: экстраовариальные рецидивы могут возникать спустя 15–30 лет от начала заболевания.
- После лечения диспансерное наблюдение проводят каждые 3–6 месяцев в первые 5 лет, затем ежегодно; при органосохраняющей операции наблюдение при СПОЯ более интенсивное и длительное.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез, включая боли в животе, увеличение живота, нарушения менструального цикла, кровянистые выделения, бесплодие и бессимптомное течение (УУР В, УДД 3).
2. Провести физикальное обследование: ректовагинальное исследование, пальпацию живота и периферических лимфоузлов, аускультацию и перкуссию легких, пальпацию молочных желез; оценить ECOG или индекс Карновского, боль, температуру, гемодинамику и асцит (УУР В, УДД 3).
3. Выполнить общий и биохимический анализы крови с оценкой функции печени и почек, общий анализ мочи и коагулограмму (УУР С, УДД 5). Определить CA-125 и HE4 (УУР С, УДД 4); при подозрении на муцинозную опухоль — РЭА и CA 19-9 (УУР В, УДД 3).
4. У женщин младше 40 лет при вероятности герминогенной опухоли исследовать АФП, свободную β-субъединицу ХГЧ и ЛДГ (УУР С, УДД 4); для дифференциальной диагностики со стромальными опухолями определить ингибин В (УУР С, УДД 5).
5. Провести комплексное УЗИ малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства и тазовых, поясничных и паховых лимфоузлов (УУР В, УДД 2). Для уточнения распространенности выполнить КТ брюшной полости и КТ или МРТ малого таза с внутривенным контрастированием (УУР С, УДД 5); при опухолевой диссеминации или подозрении на РЯ low grade возможно выполнение ПЭТ-КТ. Также рекомендуется рентгенография органов грудной клетки и/или КТ органов грудной полости (УУР С, УДД 5).
6. Для исключения первичной опухоли ЖКТ выполнить ЭГДС и колоноскопию (для обоих методов УУР С, УДД 5).
7. В морфологическом заключении отразить размер опухоли, состояние капсулы, гистологический тип, микроинвазию или инвазию, микропапиллярные и криброзные структуры, наличие и характер имплантов, эндосальпингоза, псаммомных телец и поражения матки или труб (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Всем пациенткам выполнить хирургическое лечение и ревизию брюшной полости с хирургическим стадированием; химиотерапию при ПОЯ не назначать независимо от гистологического типа и стадии (хирургическое лечение: УУР B, УДД 2; стадирование: УУР C, УДД 5).
- При стадировании аспирировать асцит для цитологии, а при его отсутствии выполнить смывы с брюшины; осмотреть всю брюшную полость, биопсировать подозрительные участки, при отсутствии имплантов — случайные участки брюшины, и обязательно удалить большой сальник на уровне поперечной ободочной кишки.
- Тазовую и поясничную лимфаденэктомию не выполнять. Аппендэктомию проводить только при подозрении на поражение аппендикса, особенно тщательно оценивая его при муцинозной ПОЯ.
- При серозной ПОЯ у пациенток репродуктивного возраста, желающих сохранить репродуктивную и гормональную функции, выбирать органосохраняющую операцию; при одностороннем поражении выполняют одностороннюю аднексэктомию, при двустороннем — двустороннюю аднексэктомию или экстирпацию матки с придатками. При небольшом очаге и достаточном объеме здоровой ткани возможна резекция яичника или яичников (УУР C, УДД 4).
- При СПОЯ в постменопаузе выполняют экстирпацию матки с придатками (УУР C, УДД 4). Биопсия или клиновидная резекция внешне неизмененного противоположного яичника для сохранения овариального резерва не показана.
- При несерозных ПОЯ выполняют аднексэктомию на стороне опухоли (УУР C, УДД 5). Рестадирование при муцинозной, эндометриоидной и другой несерозной ПОЯ обычно не показано; при муцинозной опухоли с имплантами сначала исключают инвазивную или метастатическую опухоль.
- При рецидиве СПОЯ в яичнике у пациентки репродуктивного возраста при желании сохранить фертильность выполняют резекцию яичника или яичников; при отсутствии здоровой ткани — аднексэктомию или экстирпацию матки с придатками. В постменопаузе выполняют экстирпацию матки с придатками (УУР C, УДД 5).
- Экстрагонадный или экстрагенитальный рецидив удаляют хирургически; при повторных рецидивах выполняют повторные вмешательства в объеме полной циторедукции. Если выявлен рак low grade, лечение проводят по принципам лечения рака яичников (УУР C, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении онкологического заболевания направить пациентку к онкологу; консультация в центре амбулаторной онкологической помощи или первичном онкологическом кабинете должна состояться не позднее 3 рабочих дней после выдачи направления.
- При невозможности установить диагноз, распространенность или стадию, а также при необходимости специализированного или высокотехнологичного лечения направить пациентку в онкологический диспансер, онкологическую больницу или профильную медицинскую организацию.
- Пациенток с СПОЯ IIA–IIIA стадий при планировании органосохраняющего лечения направлять на консультацию в экспертную медицинскую организацию по опухолям яичников; при СПОЯ IIIB–IIIC стадий органосохраняющие операции возможны без диссеминации по париетальной и висцеральной брюшине, при имплантах в большом сальнике, с консультацией врача-онколога экспертной медицинской организации.
- Экстренная или неотложная госпитализация показана при осложнениях опухоли или ее лечения, требующих специализированной помощи. Плановая госпитализация нужна для сложных диагностических вмешательств, эндоскопии при невозможности амбулаторного выполнения и противоопухолевого лечения, требующего стационара.
- При рецидиве СПОЯ во время беременности направить пациентку в экспертную клинику; вопрос о сохранении и пролонгировании беременности решают коллегиально с учетом размера рецидива и его роста по УЗИ.

Частые вопросы

Нужна ли химиотерапия при пограничной опухоли яичника?

Нет. Химиотерапия при ПОЯ неэффективна и не назначается независимо от гистологического типа и стадии; основное лечение — операция.

Можно ли сохранить фертильность при серозной пограничной опухоли?

У пациенток репродуктивного возраста, желающих сохранить репродуктивную и гормональную функции, возможно органосохраняющее лечение. При небольшом очаге и достаточном объеме здоровой ткани допустима резекция яичника или яичников.

Нужно ли выполнять лимфаденэктомию и аппендэктомию при ПОЯ?

Тазовую и поясничную лимфаденэктомию при ПОЯ не выполняют. Аппендэктомию проводят только при подозрении на поражение аппендикса; при муцинозной ПОЯ его осматривают особенно тщательно.

Как наблюдать пациентку после органосохраняющей операции при СПОЯ?

Наблюдение онколога, СА-125 и комплексное УЗИ брюшной полости и малого таза проводят каждые 3–4 месяца первые 5 лет, затем каждые 6–8 месяцев следующие 5 лет и далее 1 раз в 12 месяцев в течение 15 лет. КТ или МРТ выполняют по показаниям.

Через какой срок после операции можно планировать беременность?

Беременность можно рекомендовать через 3 месяца после операции. Возможность беременности, включая применение методов ВРТ, обсуждают с онкогинекологом и репродуктологом экспертного центра.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/346-pogranichnye-opuholi-yaichnikov. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/346_2