Доброкачественные новообразования яичников

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: D27, N83, Q50.1, Q50.5 · Российское общество акушеров-гинекологов

Доброкачественные новообразования яичников — кистозные или солидные образования с минимальным потенциалом малигнизации; чаще протекают бессимптомно и выявляются при УЗИ. Рекомендация описывает диагностику, оценку риска злокачественности, наблюдение функциональных кист и хирургическую тактику у пациенток разных возрастных групп, включая беременных.

Главное

- Первичная инструментальная диагностика при подозрении на опухоль яичника — комплексное УЗИ малого таза, трансвагинально при возможности; УУР С, УДД 5.
- Для описания УЗ-картины следует применять стандартизированные системы IOTA и O-RADS; УУР С, УДД 5.
- МРТ и КТ не используют рутинно для первичной диагностики; МРТ нужна при неопределенном УЗИ, а МРТ с контрастом — если нельзя исключить рак или УЗИ неинформативно; УУР С, УДД 5.
- Индекс риска малигнизации IRM применяют до операции для различения доброкачественных и злокачественных образований; нормальное значение не выше 200, уровень >200 — предиктор рака яичников; УУР В, УДД 3.
- Бессимптомные простые односторонние однокамерные кисты до 5 см при нормальном CA 125 ведут консервативно с повторным УЗИ через 2–3 месяца; риск злокачественности для таких кист <1%; УУР С, УДД 5.
- КОК, прогестагены и ВМС с левоноргестрелом не назначают для лечения ДОЯ: КОК не ускоряют регресс функциональных кист; УУР С, УДД 5.
- Основной хирургический доступ при ДОЯ — лапароскопический, если есть условия и нет противопоказаний; он предпочтительнее лапаротомии; УУР А, УДД 1.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: большинство опухолей бессимптомны; настораживают признаки «острого живота» при перекруте, разрыве, кровоизлиянии или нагноении, а также проявления гормональной активности.
2. Проведите гинекологический осмотр: наружные половые органы, шейка матки в зеркалах, бимануальное исследование, ректовагинальное — по показаниям; УУР С, УДД 5.
3. Назначьте комплексное УЗИ малого таза как обследование первой линии; при возможности используйте трансвагинальный датчик; УУР С, УДД 5.
4. При УЗИ описывайте образование по IOTA или O-RADS; критерии IOTA для доброкачественных и злокачественных опухолей имеют чувствительность до 95% и специфичность до 91%; УУР С, УДД 5.
5. При подозрении на злокачественный процесс исследуйте онкомаркеры: CA125 и HE4; у женщин моложе 40 лет с образованием придатков дополнительно учитывайте ХГЧ, ЛДГ и АФП; УУР С, УДД 5.
6. Рассчитайте IRM до операции; показатель >200 повышает вероятность рака яичников и требует онкологической настороженности; УУР В, УДД 3.
7. Окончательное подтверждение доброкачественного характера возможно только по патологоанатомическому исследованию удаленного операционного материала; УУР С, УДД 5.

Лечение

- Функциональные кисты без симптомов и с доброкачественными УЗ-признаками наблюдают без лекарственного лечения; контрольное комплексное УЗИ выполняют через 2–3 месяца; УУР С, УДД 5.
- КОК, прогестагены и ВМС-ЛНГ не применяют для лечения ДОЯ; профилактическое применение КОК оправдано при рецидивирующих геморрагических кистах, разрыве кисты или апоплексии яичников в анамнезе; УУР С, УДД 5.
- Истинные опухоли и образования, подозрительные на злокачественные, требуют операции.

- При ДОЯ предпочтительно лапароскопическое хирургическое лечение при наличии условий и отсутствии противопоказаний; УУР А, УДД 1.
- У пациенток репродуктивного возраста выполняют резекцию яичника с энуклеацией капсулы, минимальной травмой коркового слоя и максимальным сохранением здоровой ткани; УУР С, УДД 5.
- При перекруте придатков у пациенток репродуктивного возраста допустима деторсия, если ткань сохраняет признаки жизнеспособности; при апоплексии с кровотечением выполняют коагуляцию места разрыва и энуклеацию стенки кисты.
- Во время операции соблюдают абластичность: капсулу кистозного образования удаляют в эндоконтейнере.
- В постменопаузе при ДОЯ выполняют аднексэктомию; объем и доступ заранее согласуют с пациенткой; УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- К врачу-онкологу направляют при подозрении на злокачественное образование, высоком риске по семейному анамнезу, IOTA или RMI, асците, подозрении на метастазы, а также при неподвижных или билатеральных плотных/узловатых опухолевых массах у пациенток в постменопаузе; УУР С, УДД 5.
- Экстренная госпитализация показана при разрыве кисты, перекруте ножки кисты, болевом синдроме на фоне объемного образования малого таза и симптомах «острого живота».
- Помощь в стационаре 3-го уровня показана при тяжелой сопутствующей соматической патологии, больших опухолях, выраженном спаечном процессе с вовлечением соседних органов, опухолях неуточненного происхождения, необходимости высокотехнологичной помощи или сохранения репродуктивной функции.
- При вовлечении смежных органов в процесс нужны консультации профильных специалистов, например уролога, хирурга или онколога.
- После операции пациентку направляют к физиотерапевту для определения восстановительного лечения; УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Нужно ли лечить функциональную кисту яичника КОК?

Нет. КОК не ускоряют регресс функциональных кист; при выжидательной тактике без лекарств результаты сопоставимы. Исключение — профилактическое применение КОК при рецидивирующих геморрагических кистах, разрыве кисты или апоплексии в анамнезе.

Когда простую кисту яичника можно наблюдать без операции?

Если киста впервые выявлена, бессимптомная, простая/однокамерная, односторонняя, до 5 см и имеет доброкачественные УЗ-признаки, при нормальном CA125 выбирают наблюдение. Повторное комплексное УЗИ проводят через 2–3 месяца.

Какие онкомаркеры сдавать при образовании яичника?

При подозрении на злокачественный процесс используют CA125 и HE4. У женщин моложе 40 лет дополнительно учитывают ХГЧ, ЛДГ и АФП; при двусторонних образованиях для исключения метастазов могут применяться РЭА, CA19-9 и CA15-3.

Можно ли пунктировать кисту яичника для диагностики?

Нет, пункция кистозного образования яичника не рекомендована: аспирационная биопсия малоинформативна, чувствительность не выше 25%, есть риск диссеминации. При УЗ-признаках малигнизации пункция категорически не рекомендована.

Как вести образование яичника у беременной?

УЗИ — метод первой линии. Большинство образований I триместра являются функциональными кистами и регрессируют во II триместре; около 80–95% кист < 6 см у беременных регрессируют самостоятельно. CA125 при беременности не используют, так как он может быть повышен на протяжении всей беременности.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/984-dobrokachestvennye-novoobrazovaniya-yaichnikov. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/984_1