

ПОГРАНИЧНЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Л.А. Ашрафян¹, М.А. Курцер², А.А. Герасимова², П.А. Клименко²

¹ ФГБМ «Российский центр рентгенорадиологии» Министерства здравоохранения РФ, научно-исследовательский отдел раннего канцерогенеза, профилактики, диагностики и комплексного лечения онкологических заболеваний женских репродуктивных органов, Москва

² ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, Москва

Цель исследования. Ранняя дооперационная диагностика пограничных и злокачественных опухолей яичников во время беременности.

Материалы и методы. Обследовано 40 беременных с пограничными и злокачественными опухолями яичников. До операции проводили УЗИ, определение концентрации СА-125, sFas, VEGF, ИЛ-6 в сыворотке крови, тонкоигльную биопсию яичников. Полученные результаты сопоставляли с морфологическими исследованиями.

Результаты. Проведенные исследования позволили усовершенствовать врачебную тактику с целью уменьшения случаев акушерских осложнений, улучшения исходов родов при одновременном лечении опухолей яичников у матери.

Заключение. При определении врачебной тактики необходимо учитывать результаты дооперационной диагностики опухолей у беременных для оптимизации тактики ведения пациенток.

Ключевые слова: пограничные и злокачественные опухоли яичников, ультразвуковое исследование.

BORDERLINE AND MALIGNANT OVARIAN TUMORS OCCURRED DURING PREGNANCY

L.A. Ashrafian¹, M.A. Kurtser², A.A. Gerasimova², P.A. Klimenko²

¹ Scientific Research Department of Early Carcinogenesis, Prevention, Diagnostics and Comprehensive Treatment of Oncologic Diseases of Female Reproductive Organs of Federal State Budgetary Institution Russian Center of Radiography and Radiology of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

² Chair of Obstetrics and Gynecology of the Faculty of Pediatrics of Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education N.I. Pirogov Russian Scientific Research Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

Objective of the study is an early pre-operative diagnosis and optimization of the treatment with radical and organ-preserving operations followed by chemotherapy.

Materials and methods. 40 pregnant women with borderline and malignant tumors underwent examination. Ultrasound scans, determination of CA-125, sFas, VEGF, IL-6 in blood serum, fine needle biopsy of the ovaries were carried out pre-operatively. The results were compared with morphological assessment.

Results. The research that had been conducted provided the possibility to advance treatment strategy that can reduce obstetric complications, improve birth outcomes while simultaneously treating ovarian tumors in a mother.

Conclusion. To devise treatment strategy it is necessary to consider the results of pre-operative tumor diagnosis.

Keywords: malignant ovarian tumors, ultrasound scan.

Введение

На сегодняшний день нет единого мнения относительно акушерской и хирургической тактики при злокачественных опухолях яич-

ников у беременных. Акушерская тактика зависит от срока беременности и решения вопроса о злокачественности процесса. Оптимальным сроком для проведения планового

хирургического вмешательства во время беременности является гестационный возраст плода, превышающий 16 нед., при котором значительно снижается риск преждевременного прерывания беременности и неоправданного оперативного лечения.

Анализ имеющихся в современной литературе [1–5] данных свидетельствует о том, что прерывание беременности не является единственным решением для пациенток со злокачественными опухолями яичников. При подозрении на пограничную опухоль выполняют одностороннюю аднексэктомию и удаление большого сальника. Следует признать, что при наличии пограничной опухоли практикуется в некоторых специализированных онкологических учреждениях операция, ограниченная резекцией пораженного опухолью яичника. При ранних стадиях подтвержденного рака яичников объем хирургического вмешательства может состоять из одностороннего удаления придатков матки, парааортальной лимфаденэктомии, удаления большого сальника, аппендектомии (для муцинозных опухолей) и биопсии брюшины [4]. Полная циторедукция обычно выполняется позднее, в послеродовом периоде.

Ведение беременности у женщин с опухолями яичников представляет собой значительную проблему, требующую систематизации знаний из различных областей медицины, а также проведения специальных исследований по улучшению качества дифференциальной диагностики и совершенствованию акушерской и хирургической тактики.

Целью исследования явилась оптимизация различных методов ранней дооперационной диагностики, что должно привести к улучшению результатов лечения беременных с опухолями яичников различного генеза.

Материалы и методы исследования

Исследования проведены у 40 беременных с пограничными и злокачественными опухолями яичников. Распределение их в зависимости от морфологической структуры и стадии опухолевого процесса представлено в табл. 1.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводили на аппарате Voluson 530 MT фирмы Kretztechnik, VolusonE8 фирмы General Electric с использованием датчиков: RIC 5–9D (4–9 МГц),

C1–5D (2–5 МГц), RAB 4–8D (2–8 МГц). Эхография выполнялась в режиме 2D и 3D в комбинации с цветовым доплеровским картированием и энергетическим доплеровским картированием с применением трехмерной ангиографии. Для УЗ-диагностики использовали предложенную нами модель, разделяющую доброкачественные, пограничные и злокачественные опухоли [6]. Для оценки точности модели помимо собственно процента верных отнесений учитывались параметры чувствительности (Se) и специфичности (Sp).

Макроскопическое исследование фиксированного материала и иссечение участков для дальнейшего гистологического исследования проводились в соответствии с методическими указаниями об исследовании опухолей яичников.

Специальные лабораторные биохимические методы исследования проводились по следующим технологиям. Концентрацию СА-125 исследовали с помощью иммуноферментного анализа с использованием тест-системы производства фирмы Siemens (Германия). Концентрацию sFas определяли в сыворотке крови иммуноферментным методом, разработанным сотрудниками ИБХ им. М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН РОНЦ им. Н.Н. Блохина с использованием моноклональных антител против FasSA-8 LgG1(k), ($8,8 \pm 0,6$) 10×7 у. Чувствительность составила 0,3 нг/мл. Концентрацию VEGFv в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом при использовании наборов реактивов фирмы R@D (США). Измерения проводили на автоматическом универсальном ридере для микроплашек «EL 800» фирмы Bio-Tek Instruments, Ink (США). В соответствии с инструкциями производителя выполняли обработку результатов измерений. Определение концентрации ИЛ-6 производили иммуноферментным методом ELISA «сэндвичевого» типа с использованием реактивов компании R&D (США) согласно протоколу исследования. Все расчеты количественных уровней белка (ИЛ-6) измеряли в пикограммах/мл (пг/мл) согласно методике фирмы-производителя. Аналитическая чувствительность метода равна 1 пг/мл.

Для морфологической верификации диагноза на дооперационном этапе 29 больным проводилась тонкоигольная пункционная биопсия образований яичников под контролем трехмерной

эхографии. При проведении тонкоигольной биопсии использовали трансвагинальный или трансабдоминальный доступ, иглу длиной 30–35 см и с диаметром 1–1,6 мм. Применение данной методики позволяет индивидуально выбирать пункционную трассу и получать ткани для морфологического исследования из разных участков образования. В режиме мультиплановой реконструкции изображения (рис. 1) 3D-эхография позволяла видеть иглу как эхопозитивный инструмент на одном экране в 3 взаимно перпендикулярных проекциях и оценивать точность попадания иглы в «зону интереса» без изменения положения датчика. Поверхностная реконструкция давала объемную картину взаиморасположения иглы со структурами опухоли, как бы изнутри образования. При этом у 25 пациенток был получен материал для цитологического, а у 8 — для гистологического исследования.

Результаты исследования и обсуждение

Сроки беременности, на которых были обнаружены опухоли яичников в наших наблюдениях, указаны в табл. 2. Разработанная УЗ-модель

для прогнозирования и диагностики злокачественных опухолей яичников показала чувствительность 100% и специфичность 92,3% при суммарной точности модели 92,8%. Отличить пограничные опухоли от злокачественных с помощью УЗИ не удалось. У беременных со злокачественными образованиями было отмечено достоверное повышение в сыворотке крови как СА-125, так и ингибиторов апоптоза -sFas, VEGF, ИЛ-6. В крови 3 пациенток с аденокарциномой яичников концентрация СА-125 колебалась от 540 до 1224,6 ЕД/мл, sFas — от 180 до 312,6 нг/мл, VEGF — от 510 до 1028 пг/мл, ИЛ-6 — от 9,8 до 40,9 пг/мл. Аналогичная концентрация молекулярно биологических факторов наблюдалась в крови пациенток с другими гистотипами злокачественных опухолей: дисгерминомой, смешанной герминогенной опухолью и незрелой тератомой. В этих наблюдениях СА-125 превышал 300 ЕД/мл, sFas — 240 нг/мл, VEGF — 490 пг/мл, ИЛ-6 — 8,1 пг/мл. У пациенток с пограничными опухолями уровни молекулярно биологических факторов колебались в пределах уровней у беременных с доброкачественными опухолями яичников.

Таблица 1

Распределение беременных в зависимости от морфологической структуры и стадии опухолевого процесса

Морфологическая форма опухоли	Стадии FIGO — TNM						Итого
	I (T1)			II (T2)		III (T3)	
	A (T1a)	B (T1b)	C (T1c)	A (T2a)	B (T2b)	C (T3c)	
Пограничные эпителиальные опухоли							22
Серозная	13	2	1	1	2		19
Муцинозная	3						3
Рак яичников							12
Серозная аденокарцинома	3	1		2	1	1	8
Эндометрионидная аденокарцинома		1					1
Муцинозная аденокарцинома	2	1					3
Злокачественные неэпителиальные опухоли							6
Дисгерминома	2						2
Незрелая тератома	2						2
Смешанная герминогенная опухоль						1	1
Андробластома				1			1
Всего	25	5	1	4	3	2	40

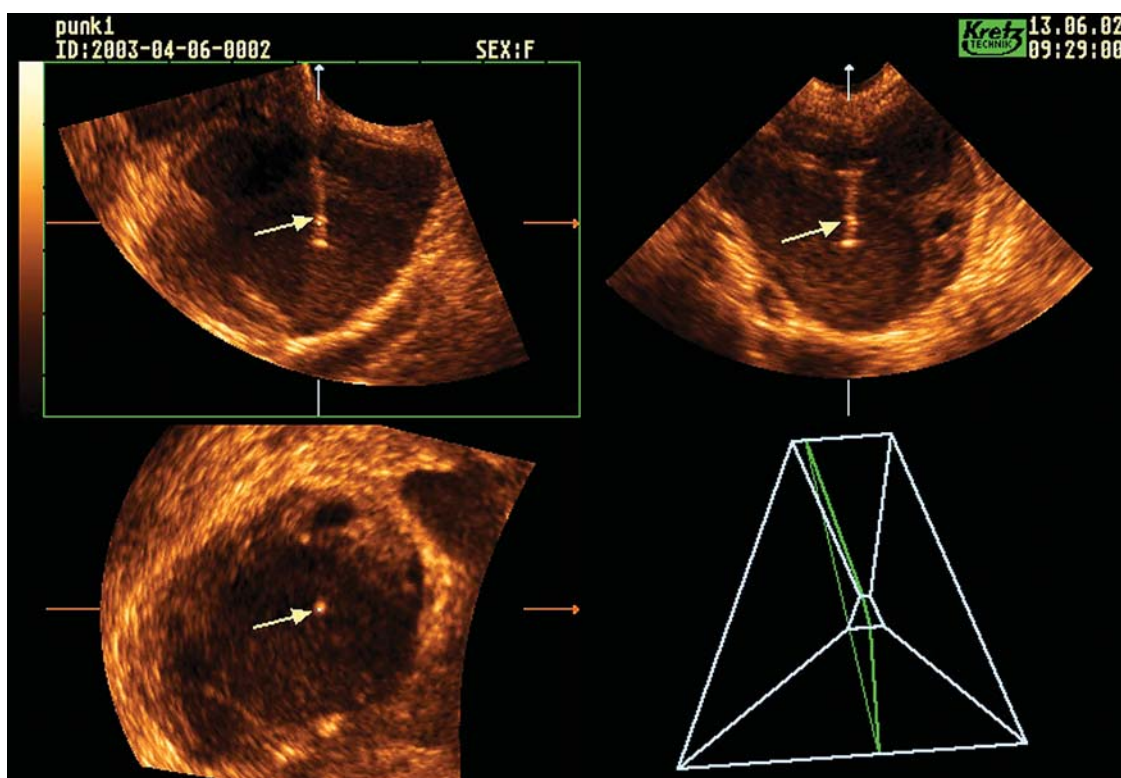


Рис. 1. Трехмерная эхограмма (мультиплановый режим). Тонкоигольная пункционная биопсия. Рак яичников, стадия T1aN0M0. ТПБ. Беременность 16 нед.

На основании анализа литературы [4, 5, 7–9] и наших данных (см. табл. 1) можно отметить, что у беременных преобладают пограничные эпителиальные опухоли (55,0%), а злокачественные опухоли находятся на ранних стадиях (до 66,7%) и имеют высокую дифференцировку. В исследовании G.S. Leiserowitz [9] (2006) было выявлено 89 злокачественных опухолей и 117 пограничных опухолей. При морфологическом исследовании данные опухоли находились на ранних стадиях: 83,8% злокачественных образований и 95% пограничных опухолей соответствовали I стадии. В сравнении с этими данными показатели у небеременных равны 27,1 и 79,6% соответственно.

При тонкоигольной биопсии осложнения не наблюдались. При цитологическом исследовании биопсийного материала у 13 пациенток выявлена картина железистого рака. При гистологическом исследовании материала у 7 беременных была выявлена картина железисто-папиллярного рака, у 3 — серозная папиллярная цистаденокарцинома, у одной — смешанная герминогенная опухоль и у одной — муцинозная цистаденома, пограничный вариант

с элементами малигнизации. Чувствительность, специфичность и точность данной методики составили 79,3, 98,8 и 93,6% соответственно.

Целесообразность выполнения тонкоигольной биопсии опухолей яичников при дооперационной диагностике у беременных до настоящего времени не определена [10]. G. Zanetta (2003) предлагает выполнение тонкоигольной пункции кист с аспирацией их содержимого в случаях, не вызывающих подозрений относительно доброкачественности образования [10]. Zanetta (2003) произвел пункцию овариальных образований у 10 беременных и ни в одном наблюдении не получил осложнений.

На основании представленных данных следует, что оптимизация ранней диагностики злокачественных образований яичников у беременных возможна только с помощью комплексных исследований с применением тонкоигольной методики, с определением маркеров и данных УЗИ.

У пациенток с пограничными и злокачественными опухолями яичников в нашем исследовании все хирургические вмешательства были выполнены лапаротомическим доступом.

Лапаротомия является наиболее эффективной при лечении беременных со злокачественными опухолями яичников, поскольку обеспечивает проведение полноценного стадирования и хирургического лечения (удаление сальника, лимфаденэктомия) [11, 12, 13, 14]. В нашем исследовании в 3 наблюдениях была выполнена конверсия лапароскопического доступа на лапаротомический в связи с подозрением на рак яичников. Объем хирургического вмешательства определялся интраоперационно в соответствии с результатами УЗИ, уровнем онкомаркеров, полученными при тонкоигольной биопсии данными, результатами срочного гистологического исследования, клинической картиной заболевания, стадией процесса, а также данными репродуктивного анамнеза и возрастом пациентки. Во всех наших наблюдениях проводились: тщательная ревизия органов малого таза и брюшной полости, резекция большого сальника и удаление измененных лимфатических узлов, биопсия брюшины и взятие смывов или асцитической жидкости.

Если при проведении УЗИ был заподозрен злокачественный процесс, хирургическое вмешательство выполнялось независимо от срока беременности с проведением срочного гистологического исследования (табл. 3).

Учитывая то, что у большинства наших пациенток (см. табл. 1) были начальные стадии распространения опухолевого процесса, предпочтение отдавалось органосохраняющим операциям. Наиболее оправданным вариантом операции являлась односторонняя аднексэктомия

с резекцией большого сальника, множественной биопсией брюшины. Интраоперационное гистологическое исследование удаляемых материалов являлось необходимым этапом операции, позволяющим провести хирургическое лечение адекватного объема в каждой конкретной ситуации. При выявлении опухолей низкой степени злокачественности, в ходе операции соблюдались те же принципы адекватного хирургического стадирования, т.е. тщательная ревизия органов брюшной полости и малого таза, цитологическое исследование жидкости или смывов из брюшной полости, оментэктомия, мультифокальная биопсия брюшины с ревизией подвздошных и парааортальных лимфатических узлов. Лимфаденэктомию проводили при наличии увеличенных или явно метастатически измененных лимфатических узлов.

J. Palmer (2009), N. Behtash, K. Zarchi, M. Gilani с соавт. (2008), Y. Yinon, M. Beiner, W. Gotlieb и соавт. (2007) [15–17] считают, что при пограничных эпителиальных опухолях и дисгерминамах I стадии наиболее приемлемым вариантом операций является односторонняя аднексэктомия в комбинации с резекцией большого сальника, биопсией или резекцией контрлатерального яичника, биопсией брюшины и взятием смывов для цитологического исследования. В представленном исследовании все включенные в него пациенты не имели признаков рецидива заболевания в 5-летнем периоде. В исследовании [18] G.S. Leiserowitz, G. Xing, R. Cress и соавт. (2006) все пациентки с пограничными опухолями, которым было

Таблица 2

Сроки обнаружения злокачественных опухолей яичников у беременных

Гистотипы опухолей	До 16 нед	После 16 нед
Серозная пограничная опухоль	8	11
Муцинозная пограничная опухоль	3	
Серозная аденокарцинома	1	7
Муцинозная аденокарцинома		3
Эндометриоидная аденокарцинома	1	
Дисгерминома	1	1
Смешанная герминогенная опухоль		1
Незрелая тератома	1	1
Андробластома	1	

проведено только хирургическое лечение, имели благоприятный исход. J. Donnez, A. Munschke, M. Berliere и соавт. (2003) считают возможным при пограничных опухолях проведение не аднексэктомии на стороне поражения, а цистэктомии или резекции пораженного яичника [19]. Они не выявили преимуществ проведения послеоперационной химиотерапии даже при пограничных опухолях на поздних (II–III) стадиях. P. Morice (2006) считает, что при поражении раком IA стадии возможно сохранение фертильности, поскольку сохранение второго интактного яичника не влияет на показатели выживаемости. Проведение хирургического лечения при I стадии рака яичников, как утверждает P. Morice, возможно путем односторонней сальпингоофорэктомии с биопсией второго яичника. В последующем беременной должен быть объяснен риск рецидива и решен вопрос о радикальной операции в послеродовом периоде [20]. J. Donnez, A. Munschke, M. Berliere и соавт. (2003) выявили перспективные исходы (выживаемость более 5 лет) у беременных с I стадией рака яичников, которым назначалась адъювантная химиотерапия с второго триместра беременности. По данным мультицентрового исследования [21], консервативное хирургическое лечение (с сохранением второго яичника) по поводу инвазивного рака I стадии привело к общей 5-летней выживаемости 93–100% и безрецидивному течению в 92–97% наблюдений в зависимости от гистологического типа опу-

холи (за исключением светлоклеточного рака).

Таким образом, даже при злокачественных эпителиальных опухолях I стадии возможно сохранение не только текущей беременности, но и фертильности в целом, но при этом большая часть исследований свидетельствует о целесообразности адъювантной химиотерапии [4, 21–24]. В случаях распространенного процесса вопрос о сохранении беременности решается индивидуально. При выявлении злокачественной эпителиальной опухоли с признаками метастатического поражения в первом триместре большинство авторов [24–26] рекомендуют прерывать беременность. При распространенных раках у беременных описаны варианты хирургического лечения по медицинским показаниям: циторедуктивные операции с сохранением беременности, с назначением химиотерапии или без нее, с последующей радикальной хирургической операцией во время кесарева сечения или после родов [21, 22]. Выбор хирургической тактики в таких случаях обусловлен стадией процесса, степенью дифференцировки опухоли, предполагаемой чувствительностью к химиотерапии, сопутствующей акушерской ситуацией, решением самой пациентки и консилиума врачей. В последнее время в литературе отмечается общая тенденция к менее агрессивной хирургической тактике в отношении опухолей яичников у беременных, в том числе злокачественных новообразований на ранних стадиях процесса.

Таблица 3

Сроки проведения хирургического лечения (циторедукции) злокачественных опухолей яичников у беременных

Гистотипы опухолей	До 16 нед.	После 16 нед.
Пограничная серозная опухоль	7	12
Пограничная муцинозная опухоль	3	—
Серозная аденокарцинома	3	5
Муцинозная аденокарцинома	—	3
Эндометриоидная аденокарцинома	—	1
Дисгерминома	1	1
Смешанная герминогенная опухоль	—	1
Незрелая тератома	1	1
Андробластома	1	—

В нашем исследовании на первом этапе всем 40 беременным со злокачественными и пограничными опухолями яичников проводилось хирургическое лечение в различные сроки гестации, по мере обнаружения опухолей яичников (см. табл. 3). Были выполнены операции традиционного и органосохраняющего объема в зависимости от гистологического типа опухоли, степени дифференцировки, распространенности опухолевого процесса, срока беременности на момент установления диагноза, возраста пациентки и заинтересованности в пролонгировании беременности и сохранении фертильности. Все оперативные вмешательства в объеме неоптимальной циторедукции проводились из-за желания пациенток сохранить беременность. Беременность была пролонгирована до максимально возможного срока в каждой конкретной ситуации. У части наблюдаемых с целью оценки состояния опухолевого процесса в динамике и рестадирования производились повторные хирургические вмешательства после оперативного родоразрешения в объеме стандартной циторедуктивной операции.

При проведении первичного хирургического лечения у больных с распространенными формами злокачественного процесса выполнялись радикальные операции — в 2 из 40 наблюдений. Полная циторедукция выполнялась в объеме пангистерэктомии, субтотального удаления большого сальника и всех видимых проявлений опухолевого процесса. Оперативное лечение такого объема было произведено пациентке, опухоль у которой была представлена сочетанием дисгерминомы и опухоли желточного мешка стадии IIIС (Т3сN1M0) в 30 нед. беременности после оперативного родоразрешения (опухолевый процесс был выявлен в 25–26 нед. гестации), и пациентке с серозной аденокарциномой с IIIС (Т3сN1M0) стадией в 12–13 нед. беременности.

Органосохраняющие операции были выполнены 38 пациенткам, заинтересованным в сохранении беременности и фертильности (табл. 4). Нерадикальный объем хирургического лечения состоял из односторонней аднексэктомии, резекции контрлатерального яичника, оментэктомии, множественной биопсии брюшины, взятия смывов из брюшной полости и лимфаденэктомии. Операции такого объема выполнены

20 беременным с пограничными опухолями I–II стадий и односторонним поражением яичника (17 — серозного и 3 — муцинозного типа) и 8 пациенткам с аденокарциномами яичников I–II стадий (6 — серозного и 2 — муцинозного типа). У 3 беременных с муцинозным типом пограничной или злокачественной опухоли яичника проведена дополнительная операция — аппендэктомия. В наших наблюдениях не было пациентов со II–III стадиями муцинозного типа пограничной или злокачественной опухоли яичника (см. табл. 1).

Аднексэктомия со стороны поражения и резекция/биопсия контрлатерального яичника в сочетании с удалением большого сальника, с биопсией брюшины и лимфаденэктомией выполнены 5 беременным со злокачественными неэпителиальными опухолями яичников: 2 — с дисгерминами стадии IA, 2 — с незрелыми тератомами IA стадии (grade 2), одной — с андробластомой IIA стадии (T2a).

К органосохраняющим операциям мы также условно отнесли двустороннюю аднексэктомию с оментэктомией, биопсией брюшины и взятием смывов из брюшной полости. Хирургическое вмешательство такого объема было произведено в 5 наблюдениях с двусторонним поражением яичников (стадия IV) при наличии пограничных серозных опухолей и злокачественных эпителиальных опухолей яичников эндометриоидного, муцинозного и серозного типов. Пациентки молодого возраста отказались от удаления матки в связи с настойчивым желанием реализовывать репродуктивную функцию в последующем с помощью репродуктивных технологий.

Повторно были прооперированы 14 пациенток. Одиннадцати из них после оперативного родоразрешения проведены циторедуктивные операции в полном объеме с применением процедур рестадирования: экстирпация матки (придатки удалены ранее) или экстирпация матки с односторонней аднексэктомией (контрлатеральные придатки удалены ранее).

После выполнения хирургического лечения до 16 нед. беременности у 2 пациенток (при пограничных эпителиальных опухолях IA и IV стадий) произошли выкидыши в 10 и 13 нед. После проведения хирургического лечения после 16 нед. беременности у 5 пациенток

(у 2 — с пограничной эпителиальной опухолью, стадия IC,IIA; у одной — с муцинозной карциномой IA стадии; у одной — с дисгерминой IA стадии; у одной — с незрелой тератомой IA стадии grade 2) произошли преждевременные роды (в 28–34 нед). Эти пациентки были родоразрешены путем операции кесарева сечения. У остальных 22 пациенток роды произошли в срок *per vias naturalis*. Новорожденные родились с оценкой по шкале Апгар в 7–9 баллов, масса тела соответствовала гестационному возрасту.

Тринадцать пациенток после стандартных циторедуктивных операций получили комбинированное лечение (хирургическое лечение + химиотерапия). После органосохраняющих операций во время беременности химиотерапевтическим компонентом было дополнено лечение 12 из 27 пациенток. Только хирургический компонент лечения был выполнен в 15 наблюдениях, у данных больных химиотерапия не проведена из-за малого распространения процесса или отказа от лечения.

Мнение исследователей в отношении химиотерапии до настоящего времени неоднозначно. А.Ф. Урманчеева (2009) считает, что применение химиотерапии противопоказано на протяжении всей беременности [27]. Плацента является барьером для таксанов, однако препараты платины проникают через нее. С.В. Лимарева на основании анализа литературы свидетельствует, что

после первого триместра беременности химиотерапия возможна при распространенных стадиях опухолевого процесса [28]. Проведение химиотерапии в первом триместре беременности, по данным Н.Е. Левченко (2017), противопоказано, так как риск развития врожденных пороков плода возрастает на 25% [2]. Химиотерапия чаще, чем в целом в популяции, приводит к миелосупрессии, задержке внутриутробного развития, влияет на головной мозг плода.

Химиотерапевтическое лечение проводится через 2–4 нед. после родоразрешения в объеме 3 курсов адъювантной химиотерапии (при опухолях низкой степени злокачественности). В нашем исследовании 4–6 курсов лечебной платиносодержащей химиотерапии провели родильницам при раке яичников. Четыре курса химиотерапии по схеме ВЕР (Блеомицин — (B)leomycin, Этопозид — (E)toposide, Цисплатин — (P)latinol) были проведены при злокачественных неэпителиальных опухолях яичников.

Отдаленные результаты лечения нами прослежены у 32 из 40 больных в течение от 3 до 10 лет. Восемь пациенток выбыли из-под наблюдения. У 5 пациенток возникли рецидивы заболевания (у 4 — после хирургического лечения в органосохраняющем объеме при лечении пограничных опухолей и рака яичников и у одной — после операции традиционного объема при распространенной форме рака яичников). От прогрессирования опухолевого

Таблица 4

Распределение беременных в зависимости от стадии опухолевого процесса и первичного хирургического лечения

Хирургическое лечение	Стадии FIGO — TNM					
	I (T1)			II (T2)		III (T3)
	A (T1a)	B (T1b)	C (T1c)	A (T2a)	B (T2b)	C (T3c)
Органосохраняющие операции — 38						
Аднексэктомия, биопсия контрлатерального яичника, оментэктомия, биопсия брюшины	20		1	4	3	
Аднексэктомия, биопсия контрлатерального яичника, оментэктомия, биопсия брюшины, аппендэктомия	4		1			
Двусторонняя аднексэктомия, оментэктомия, лимфаденэктомия с парааортальными узлами, биопсия брюшины, взятие смывов		5				
Радикальные операции — 2						
Пангистерэктомия, оментэктомия, лимфаденэктомия с парааортальными узлами, биопсия брюшины, взятие смывов						2

процесса погибли 2 пациентки (с муцинозным гистотипом рака яичников и смешанной герминогенной опухолью). Остальные пациентки живы по сегодняшний день. Шесть из них сохранили репродуктивную функцию, родили после проведения комплексного лечения через 2, 4 и 5 лет.

В нашем исследовании здоровье матери, при наличии злокачественного процесса, ставилось на первое место. При плохом материнском прогнозе и незаинтересованности в беременности оперативное вмешательство проводилось в объеме максимальной циторедукции. При настойчивом желании сохранить беременность у пациенток с начальными стадиями злокачественного процесса и нереализованным репродуктивным потенциалом оптимальным для проведения планового хирургического вмешательства по поводу образований и опухолей яичников являлся гестационный срок, превышающий 16 нед. Также выполнялось хирургическое лечение в объеме неоптимальной циторедукции с сохранением беременности до развития жизнеспособного плода. После повторного хирургического лечения, рестадирования и оценки состояния злокачественного процесса в динамике развития беременности проводилась после родоразрешения последующая химиотерапия в послеродо-

вом периоде. При гестационном сроке 22–24 недю, массе плода более 500 г и длине 25 см необходимо учитывать помимо наличия образований яичников еще этические соображения и акушерскую ситуацию. Для родоразрешения предпочтительным являлся срок после 36 нед. беременности.

Заключение

Таким образом, наши исследования позволили усовершенствовать врачебную тактику, которая способна уменьшать акушерские осложнения, улучшать исходы родов при одновременном лечении опухолей яичников у матери. При определении врачебной тактики необходимо учитывать результаты дооперационной диагностики опухолей. Наиболее важным считаем: 1) результаты УЗИ опухоли, 2) определение величины и анатомического расположения опухоли, 3) срок беременности, 4) уровни молекулярно-биологических факторов, 5) результаты тонкоигольной пункционной биопсии, 6) решение самой больной после получения полной информации о прогнозе для материнского и детского организма.

Редакционный совет не несет ответственности за правдоподобность информации, но уважает мнение авторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидоренко Ю.С., Левченко Н.Е. Беременность и гинекологический рак. Точка зрения // Онкогинекология. — 2016. — № 1. — С. 62–69.
2. Левченко Н.Е., Сидоренко Ю.С. Злокачественные новообразования яичников во время беременности // Онкогинекология. — 2017. — № 2. — С. 46–51.
3. Урманчеева А.Ф., Кутушева Г.Ф., Ульрих Е.А. Опухоли яичника (клиника, диагностика и лечение). — Изд-во И-Л, 2012.
4. Паяниди Ю.Г., Жордания К.И., Хохлова С.В., Доброхотова Ю.Э., Шевчук А.С. Злокачественные новообразования яичников и беременность (клинические рекомендации ESGO, 2017) // Онкогинекология. — 2019. — № 1(29). — С. 20–27.
5. Паяниди Ю.Г., Жордания К.И., Доброхотова Ю.Э., Шевчук А.С. Пограничные опухоли яичников и беременность (рекомендации ESGO, 2017) // Онкогинекология. — 2019. — № 2. (30). — С. 29–34.
6. Герасимова А.А., Швырев С.Л., Соломатина А.А., Гус А.И., Клименко П.А. Способ выявления характера яичниковых образований // Онкология. — 2013. — № 1. — С. 34–40.
7. Van Calsteren K., Heyns L., De Smet F. et al. Cancer during pregnancy: an analysis of 215 patients emphasizing the obstetrical and the neonatal outcomes // J. Clin. Oncol. 2010;28:683–689.
8. Chen L.M. Ovarian tumors of low malignant potential [Электронный ресурс] // UpToDate. — 2012. — Режим доступа: <http://www.uptodate.com/contents/ovarian-tumors-of-low-malignant-potential> (дата обращения: 24.01.2013).
9. Leiserowitz G.S. Managing ovarian masses during pregnancy // Obstet. Gynecol. Surv. 2006;61(7):463–470.
10. Zanetta G. A prospective study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy // Br. J. Obstet. Gynecol. 2003;110:578–583.
11. Бахидзе Е.В. Опухоли яичника у беременных // Журнал акушерства и женских болезней. — 2011. — Т. LX. — № 3. — С. 190–196.

12. Cress R. et al. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? // *Gynecol. Oncol.* 2006;101:315–321.
13. Amant F. Gynecologic oncology in pregnancy // *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* 2008;67:187–195.
14. Amant F., Van Calsteren K., Halaska M.J. et al. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of an international consensus meeting // *Int. J. Gynecol. Cancer.* 2009;19(1):1–2.
15. Palmer J. Epithelial ovarian cancer in pregnancy: a review of the literature // *BJOG.* 2009;116:480–489.
16. Behtash N., Zarchi K., Gilani M. et al. Ovarian carcinoma associated with pregnancy: a clinicopathologic analysis of 23 cases and review of the literature // *BMC Pregnancy Childbirth.* 2008;8:3–10.
17. Yinon Y., Beiner M., Gotlieb W. et al. Clinical outcome of cystectomy compared with unilateral salpingo-oophorectomy as fertility-sparing treatment of borderline ovarian tumors // *Fertility and Sterility.* 2007;88:479–484.
18. Leiserowitz G.S., Xing G., Cress R. et al. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? // *Gynecol. Oncol.* 2006;101:315–321.
19. Donnez J., Munschke A., Berliere M. et al. Safety of conservative management and fertility outcome in women with borderline tumors of the ovary // *Fertil. Steril.* 2003;79:1216–1221.
20. Morice P. Borderline tumours of the ovary and fertility // *Eur. J. Cancer.* 2006;42(2):149–158.
21. Behtash N., Zarchi K., Gilani M. et al. Ovarian carcinoma associated with pregnancy: a clinicopathologic analysis of 23 cases and review of the literature // *BMC Pregnancy Childbirth.* 2008;8:3–10.
22. Stensheim H., Moller B., Van T. Cause-specific survival for women diagnosed with cancer during pregnancy or lactation: a registry-based cohort study // *J. Clin. Oncol.* 2009;27:45–49.
23. Zhao X.Y., Huang H.F., Lian L.J., Lang J.H. Ovarian cancer in pregnancy: a clinicopathologic analysis of 22 cases and review of the literature // *Int. J. Gynecol. Cancer.* 2006;16(1):8–15.
24. Palmer J. Epithelial ovarian cancer in pregnancy: a review of the literature // *BJOG.* 2009;116:480–489.
25. Moran B. Conflicting priorities in surgical intervention for cancer in pregnancy // *Lancet Oncol.* 2007;8:536–544.
26. Nick A.M. Adnexal masses in pregnancy // *Perinatology.* 2010;1:13–19.
27. Урманчеева А.Ф. Гинекологический рак в сочетании с беременностью // *Практическая онкология.* — 2009. — Т. 10. — № 4. — С. 184–197.
28. Лимарева С.В. Лечение злокачественных опухолей у женщин во время беременности (обзор литературы) // *Онкогинекология.* — 2017. — № 4 (24). — С. 66–78.

АВТОРЫ

Ашрафян Лев Андреевич, академик РАН, профессор, заведующий научно-исследовательским отделом раннего канцерогенеза, профилактики, диагностики и комплексного лечения онкологических заболеваний женских репродуктивных органов ФГБМ «Российский центр рентгенодиагностики» Министерства здравоохранения РФ, 117997, Москва, Профсоюзная ул., 86

Ashrafian Levon A., Academician of the Russian Academy of Sciences, Head of the Research Department of early carcinogenesis, prevention, diagnosis and complex treatment of cancer of the female reproductive organs Federal State Budgetary Institution Russian Scientific Center of Roentgenoradiology (RSCRR) of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Russian Scientific Center of Roentgenoradiology), 117997, Moscow, Profsoyuznaya str., 86

Курцер Марк Аркадьевич, доктор медицинских наук, академик РАН, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Росздрава, 117209, Москва, Севастопольский проспект, 24-а, e-mail: gms@cfp.ru

Kurtser Mark A., Academician of the Russian Academy of Sciences, M.D., Ph.D. in Medical Sciences, Prof., Head of the obstetrics and gynecology department of the pediatric faculty Pirogov Russian National Research Medical University, 117209, Moscow, Sevastopolsky prospect, 24a, e-mail: gms@cfp.ru

Герасимова Анастасия Альеровна, кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог ЦПСИР г. Москвы, 117209, Москва, Севастопольский проспект, 24-а, e-mail: gms@cfp.ru

Gerasimova Anastasija A., PhD., obstetrician and gynecologist of the Center of family planning, 117209, Moscow, Sevastopolsky prospect, 24a, e-mail: gms@cfp.ru

Клименко Петр Афанасьевич, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Росздрава, 117209, Москва, Севастопольский проспект, 24-а, e-mail: gms@cfp.ru

Klimenko Petr A., M.D., Ph.D. in Medical Sciences, Prof., professor of the obstetrics and gynecology department of the pediatric faculty Pirogov Russian National Research Medical University, 117209, Moscow, Sevastopolsky prospect, 24a, e-mail: gms@cfp.ru