

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Коллектив авторов: Давыдова И. Ю., Карселадзе А. И., Кузнецов В. В., Максимов С. Я., Новикова Е. Г., Тюляндин С. А., Чекалова М. А.

DOI: 10.18 027/2224-5057-2018-8-3s2-171-177

Ключевые слова: пограничные опухоли яичников, атипически пролиферирующие опухоли, серозные пограничные опухоли, неинвазивная микропапиллярная низкой степени злокачественности (low grade) серозная карцинома, муцинозная пограничная опухоль, эндометриодная пограничная опухоль

Пограничные (или атипически пролиферирующие) опухоли яичников (ПОЯ) составляют 15–20% всех эпителиальных новообразований яичников. Основным отличием ПОЯ от злокачественных эпителиальных опухолей яичников является отсутствие стромальной инвазии (за исключением случаев микроинвазии), что и определяет благоприятный прогноз заболевания. К наиболее распространённым разновидностям пограничных опухолей яичников относятся серозные (53%) и муцинозные (43%) варианты. Пограничные эндометриодные, светлоклеточные и опухоли Бреннера встречаются в 4% наблюдений.

Серозные пограничные опухоли яичников характерны для женщин репродуктивного и перименопаузального периода. В связи с этим вопрос сохранения репродуктивной и гормональной функции становится особенно актуальным. Предпочтительными становятся органосохраняющие объёмы хирургического вмешательства у больных данной возрастной группы. Однако необходимо помнить, что наиболее важным аспектом в проблеме пограничных опухолей яичников является высокая квалификация морфолога, способность его оценить действительно пограничный характер новообразования яичника и исключить наличие в опухоли клеток инвазивного рака.

Серозные ПОЯ в 35–45% наблюдений являются билатеральными. Импланты встречаются у 30% больных серозными ПОЯ. Деление имплантов на инвазивные и неинвазивные утратило свою актуальность из-за расплывчатости понятия инвазии в большом сальнике и серозных покровах.

Пограничные опухоли яичников несерозных гистотипов (муцинозные, эндометриодные, Бреннера, светлоклеточные), как правило, представляют собой односторонние образования, для которых не характерны перитонеальные импланты.

Цитирование: Давыдова И. Ю., Карселадзе А. И., Кузнецов В. В., Максимов С. Я., Новикова Е. Г., Тюляндин С. А. и соавт. Практические рекомендации по лечению пограничных опухолей яичников // Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2018 (том 8). С. 171–177

1. КЛАССИФИКАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАДИИ

В соответствии с гистологической классификацией (ВОЗ, 2014 г.) выделяют следующие гистотипы пограничных опухолей:

- серозные опухоли:
 - серозная пограничная/атипически пролиферирующая опухоль
 - серозная пограничная опухоль — микропапиллярный вариант/неинвазивная low grade серозная карцинома
- муцинозные опухоли:
 - муцинозная пограничная/атипически пролиферирующая муцинозная опухоль
- эндометриоидные опухоли:
 - эндометриоидная пограничная/атипически пролиферирующая эндометриоидная опухоль
- светлоклеточные опухоли:
 - светлоклеточная пограничная/атипически пролиферирующая светлоклеточная опухоль
- опухоли Бреннера:
 - пограничная опухоль/атипически пролиферирующая опухоль Бреннера
- серозно-муцинозные опухоли:
 - серозно-муцинозная/атипически пролиферирующая серозно-муцинозная опухоль

Группировка ПОЯ по стадиям с использованием классификаций TNM и FIGO представлена в табл. 1.

Таблица 1. Стадирование пограничных опухолей яичников по TNM и FIGO (8-е издание, 2014 г.).

TNM	FIGO	
T1	I	Опухоль ограничена яичниками
T1a	IA	Опухоль ограничена одним яичником, капсула не повреждена, нет опухолевых разрастаний на поверхности яичника, нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости
T1b	IB	Опухоль ограничена двумя яичниками, их капсулы не повреждены, нет опухолевых разрастаний на поверхности яичников, нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости
T1c	IC	Опухоль ограничена одним или двумя яичниками и сопровождается любым из следующих факторов:
T1c1	IC1	• повреждение капсулы во время операции
T1c2	IC2	• повреждение капсулы до операции или опухоль на поверхности яичника/маточной трубы
T1c3	IC3	• злокачественные клетки в асцитической жидкости или смывах с брюшины
T2	II	Опухоль поражает один или оба яичника с распространением на малый таз:
T2a	IIA	• врастание и/или метастазирование в матку и/или в одну или обе маточные трубы
T2b	IIB	• распространение на другие ткани таза
T3 и/или N1	III	Опухоль поражает один или оба яичника с гистологически подтверждёнными внутрибрюшинными метастазами за пределами таза и/или метастазами в регионарных лимфатических узлах (внутренних, наружных и общих подвздошных, запирательных, крестцовых или поясничных лимфоузлах)
N1	IIIA1	Метастазы только в забрюшинных лимфатических узлах
	IIIA1(i)	Метастазы в лимфатических узлах размерами до 10 мм
	IIIA(ii)	Метастазы в лимфатических узлах размерами более 10 мм
T3a	IIIA2	Микроскопические, гистологически подтверждённые внутрибрюшинные метастазы за пределами таза ± метастазы в забрюшинных лимфатических узлах
T3b	IIIB	Макроскопические внутрибрюшинные метастазы за пределами таза до 2 см включительно в наибольшем измерении ± метастазы в забрюшинных лимфатических узлах
T3c	IIIC	Внутрибрюшинные метастазы за пределами таза более 2 см в наибольшем измерении ± метастазы в забрюшинных лимфатических узлах (включая распространение опухоли на капсулу печени и селезёнки без поражения паренхимы органов)
M1	IV	Отдалённые метастазы (исключая внутрибрюшинные метастазы)
	IVA	Плевральный выпот со злокачественными клетками
	IVB	Метастазы в паренхиматозных органах и других органах вне брюшной полости (в том числе паховых лимфатических узлов и лимфатических узлов за пределами брюшной полости)

2. ДИАГНОСТИКА

У 16–37% больных заболевание протекает бессимптомно. Диагностика включает:

- **сбор анамнеза, изучение клинических симптомов** (боли внизу живота, увеличение живота, пальпируемая опухоль в брюшной полости, нарушение менструального цикла);
- **физикальное, в том числе гинекологическое исследование;**
- **биохимический и общеклинический анализы крови, анализ мочи;**
- **определение уровня опухолевых маркёров:**
 - CA125, HE-4, PЭA, CA199
- **R-логическое исследование органов грудной клетки;**
- **УЗИ (абдоминальное и трансвагинальное)/КТ/МРТ органов брюшной полости и малого таза;**
- **обследование ЖКТ (эндоскопическое или рентгенологическое).**

3. ЛЕЧЕНИЕ

Всем больным ПОЯ показано хирургическое лечение. **Химиотерапия не показана ни при одном гистологическом варианте ПОЯ.**

3.1. Первичное лечение

3.1.2. Пациентки репродуктивного периода, желающие сохранить фертильность и гормональную функцию яичника/яичников

3.1.2.1. IA-IC стадии (в том числе микропапиллярный вариант)

При уверенности в отсутствии злокачественного компонента в опухоли рекомендуются органосохраняющие операции в объёме резекции/аднексэктомии опухолево изменённого яичника/яичников. При резекции яичника целесообразно интраоперационное гистологическое исследование краёв резекции. Биопсия/клиновидная резекция контралатерального яичника при отсутствии в нём видимой патологии не показана. При отсутствии в яичнике/яичниках здоровой ткани показана одно/двусторонняя аднексэктомия, экстирпация матки с придатками.

Хирургический доступ: лапаротомия, лапароскопия (при лапароскопической резекции опухолево изменённого яичника повышен риск остаточной опухоли в нём, при лапароскопической аднексэктомии результаты схожи с таковыми при открытых операциях). Резекция большого сальника, биопсия брюшины выполняется всем больным.

3.1.2.2. IIА-IIIА стадии

При уверенности в отсутствии злокачественного компонента в опухоли возможно выполнение органосохраняющих операций в объёме резекции яичника/яичников, аднексэктомии; при невозможности сохранения ткани яичников — одно/двусторонняя аднексэктомия, экстирпация матки с придатками. Резекция большого сальника, биопсия брюшины выполняется всем больным.

3.1.2.3. IIIВ-IIIС стадии (за исключением случаев диссеминации опухоли по париетальной и висцеральной брюшине брюшной полости)

При уверенности в отсутствии злокачественного компонента в опухоли возможно выполнение органосохраняющих операций в объёме резекции/аднексэктомии опухолево изменённого яичника/яичников, экстирпации матки с придатками, удаления видимых узлов с брюшины (мелкие импланты в малом тазу и по диафрагме не требуют обязательного иссечения). При резекции яичника целесообразно интраоперационное гистологическое исследование краёв резекции. При невозможности сохранения здоровой ткани яичника — экстирпация матки с придатками. Резекция большого сальника, биопсия брюшины выполняется всем больным.

3.2. Пациентки, достигшие постменопаузы

Увеличение объёма хирургического лечения не влияет на прогноз заболевания

3.2.1. IA-IIIА стадии

При одностороннем процессе возможны органосохраняющие операции в объёме аднексэктомии опухолево изменённого яичника/яичников. Биопсия/клиновидная резекция контралатерального яичника при отсутствии в нём видимой патологии не показана. При вовлечении в процесс обоих яичников — двусторонняя аднексэктомия или экстирпация матки с придатками. Резекция большого сальника, биопсия брюшины показана всем больным. Операционный доступ — лапаротомия, лапароскопия.

Больным пременопаузального возраста, не желающим сохранить гормональную функцию яичника/яичников, рекомендуется экстирпация матки с придатками.

3.2.2. IIIВ-IIIС стадии

Рекомендуется экстирпация матки с придатками, удаление видимых узлов с брюшины (мелкие импланты в малом тазу и диафрагме не требуют обязательного иссечения). Резекция большого сальника, биопсия брюшины показаны всем больным.

3.3. Тактика лечения после первичного хирургического вмешательства

3.3.1. Общие принципы

В том случае, если первичное хирургическое лечение проведено без удаления неизмененного большого сальника, рекомендуется наблюдение (УЗИ брюшной полости и малого таза, определение СА125, HE-4). При отсутствии признаков опухоли в большом сальнике, брюшной полости, яичнике/яичниках по данным УЗИ/КТ/МРТ рекомендуется динамическое наблюдение.

При наличии признаков опухоли в яичнике, по брюшине, в большом сальнике рекомендуется хирургическое лечение в объёме резекции/аднексэктомии/экстирпации матки с придатками (в зависимости от степени поражения яичников), удаления большого сальника, удаления видимых узлов брюшной полости.

3.3.2. Микропапиллярный вариант серозной пограничной опухоли яичников

В том случае, когда первичное хирургическое лечение было выполнено без резекции большого сальника, при микропапиллярном варианте серозной ПОЯ, независимо от данных обследования, в связи с высокой вероятностью инвазивных имплантов целесообразна релапаротомия, удаление большого сальника, биопсия брюшины.

3.3.3. Инвазивный рак низкой степени злокачественности (low grade) в диссеминатах

Показана оптимальная циторедуктивная операция с дальнейшей ХТ в соответствии с рекомендациями по лекарственному лечению рака яичников, первичного рака брюшины и рака маточных труб.

4. ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ СЕРОЗНЫХ ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

4.1. Рецидив пограничной опухоли в яичнике/яичниках

Рецидив в яичнике/яичниках возникает в 35–50% наблюдений. У больных репродуктивного возраста (при желании сохранить фертильность) рекомендуется ререзекция яичника/яичников с интраоперационным гистологическим исследованием краёв резекции; при отсутствии здоровой ткани яичника — аднексэктомия, экстирпация матки с придатками. У больных постменопаузального периода рекомендуется аднексэктомия/экстирпация матки с придатками.

В случае выполнения ререзекции оптимальным доступом является лапаротомия. Аднексэктомия, экстирпация матки с придатками могут быть произведены с помощью лапароскопии, лапаротомии. В том случае, если пер-

воначально большой сальник не был удалён, следует выполнить резекцию большого сальника, биопсию брюшины.

4.2. Рецидив пограничной опухоли экстрагонадный/экстрагенитальный

Рецидив за пределами яичника/яичников (экстрагонадный, экстрагенитальный) встречается в 8–15% наблюдений и может быть локальным и мультифокальным. Показано хирургическое лечение в объёме удаления рецидивных опухолевых узлов. У больных с изолированным экстрагонадным рецидивом (без опухолевого поражения яичника/яичников) после первичного органосохраняющего хирургического лечения выполнение резекции яичника/яичников, аднексэктомии, экстирпации матки с придатками не показаны. Повторные рецидивы требуют повторных хирургических вмешательств в объёме оптимальных циторедуктивных операций.

5. НАБЛЮДЕНИЕ

- Наблюдение гинеколога, сбор анамнеза и жалоб, маркёры в соответствии с вариантом опухоли (CA125, HE-4, CA199, РЭА) — 1 раз в 3–6 мес. в течение первых 5 лет, далее — 1 раз в 6–12 мес. в течение 25 лет;
- УЗИ органов малого таза — каждые 3–6 мес. в течение первых 5 лет, далее — 1 раз в 6–12 мес. в течение 25 лет;
- КТ, МРТ органов малого таза и брюшной полости, грудной клетки — по показаниям.