

# Клініко-анамнестичний аналіз перебігу та лікування доброякісних і пограничних епітеліальних пухлин яєчників

**М.Ю. Єгоров, А.А. Суханова**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Мета дослідження:** вивчення особливостей гінекологічного, соматичного анамнезу, діагностики та лікування хворих з доброякісними епітеліальними пухлинами яєчників (ДЕПЯ) і пограничними епітеліальними пухлинами яєчників (ПЕПЯ), визначення частоти рецидивів пухлин яєчників у післяопераційний період.

**Матеріали та методи.** За даними ретроспективного аналізу історій хвороби 112 жінок з епітеліальними пухлинами яєчників (ЕПЯ), що проходили консервативне або радикальне хірургічне лікування у стаціонарі, було сформовано дві групи: I група – хворі з ДЕПЯ, у яку увійшли 85 (75,9%) жінок, та II група – хворі з ПЕПЯ, у яку увійшли 27 (24,1%) жінок. Виявлено, що основними скаргами хворих з ЕПЯ є біль (49,1%), збільшення живота в об'ємі (17%) та аномальні маткові кровотечі (12,5%). Найвищий рівень захворюваності на ДЕПЯ (31,8%) спостерігався у віковій групі 41–50 років, тоді як пік захворюваності на ПЕПЯ (44,4%) відповідає віковій групі 51–60 років.

**Результати.** При ПЕПЯ ендокринну патологію виявляли достовірно частіше ( $p < 0,05$ ), ніж при ДЕПЯ, – 25,9% проти 9,4% випадків відповідно. Патологію панкреато-гепатобілярної системи фіксували достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) у хворих з ПЕПЯ у порівнянні з ДЕПЯ – 81,5% проти 57,6% випадків відповідно. Венозні порушення (варикозна хвороба вен органів малого таза, нижніх кінцівок, геморой) достовірно частіше спостерігаються при ПЕПЯ ( $p < 0,05$ ), ніж при ДЕПЯ, – 18,5% проти 5,9% випадків відповідно. ЕПЯ найчастіше діагностують у термін від 1 до 6 міс з моменту перших клінічних проявів з середнім терміном звернення до лікаря  $4,6 \pm 0,57$  міс. Під час оцінювання цитограми очеревинного ексудату клітини мезотелію виявляють достовірно частіше при ДЕПЯ ( $p < 0,01$ ), ніж при ПЕПЯ, – 79,4% проти 40,9% випадків відповідно. Цервіцити достовірно частіше діагностують при ДЕПЯ ( $p < 0,01$ ), ніж при ПЕПЯ, – 29,4% проти 7,4% випадків відповідно. Найпоширенішим гістологічним типом серед доброякісних новоутворень яєчників є ендометріюми, які виявляли у 48,2% випадків від усіх ДЕПЯ, а серед пограничних – серозні пухлини, що становили 59,3% від усіх ПЕПЯ.

**Заключення.** Застосування органозберігального хірургічного лікування епітеліальних пухлин яєчників підвищує ризик рецидиву, особливо у разі ендометріїдного гістологічного типу або пограничного варіанта пухлини.

**Ключові слова:** доброякісні і пограничні епітеліальні пухлини яєчників, клініко-анамнестичний аналіз, діагностика, лікування.

Епітеліальні пухлини яєчників (ЕПЯ) є найпоширенішим гістологічним типом пухлинних новоутворень придатків матки [8, 13, 15, 17]. У загальногінекологічній клініці найчастіше діагностують доброякісні та пограничні, так звані проліферативні (за даними багатьох вітчизняних та російськомовних джерел) варіанти цих пухлин [1, 4, 5].

Більшість сучасних дослідників вважають, що питома вага подібних новоутворень становить не менше 70% від загальної кількості неопластичних уражень яєчників [2, 3, 10, 11]. Аналіз клініко-анамнестичних даних, особливостей діагностики та лікування, гістологічної структури, а також захворюваності серед жінок різних вікових груп на доброякісні та пограничні епітеліальні пухлини яєчників (ДЕПЯ і ПЕПЯ) допомагає з'ясувати можливі причини виникнення і накреслити нові шляхи попередження та ефективного лікування цієї актуальної гінекологічної патології.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей гінекологічного, соматичного анамнезу, діагностики та лікування хворих з ДЕПЯ і ПЕПЯ, визначення частоти рецидивів пухлин яєчників у післяопераційний період.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проведені на матеріалі ретроспективного аналізу історій хвороб 112 жінок віком від 22 до 63 років з ДЕПЯ і ПЕПЯ, що проходили консервативне або радикальне хірургічне лікування у стаціонарі у 2009–2011 рр. Сформовано дві групи: I група – 85 (75,9%) хворих з ДЕПЯ та II група – 27 (24,1%) хворих з ПЕПЯ. Усі пацієнтки були обстежені з використанням загальноприйнятих клінічних і лабораторних методів згідно зі стандартами діагностики і лікування гінекологічних хворих, затверджених наказами МОЗ України. Хворі дали згоду на використання індивідуальних клінічних даних для наукових цілей. Одержаний цифровий матеріал подавали статистичному обробленню з використанням пакета прикладних програм Microsoft Excel та Origin 9.1 (OriginLab). Для визначення статистичної значущості різниці між групами дослідження за частотою наявності або відсутності того чи іншого показника використовували критерій  $\chi^2$ -квдрат ( $\chi^2$ ). Для оцінювання достовірності різниці середніх арифметичних обох досліджуваних груп використовували параметричний t-критерій Стьюдента з урахуванням розрахованих середніх квадратичних відхилень. Різницю вважали статистично вірогідною при  $p < 0,05$  або  $p < 0,01$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Скарги хворих з ЕПЯ не відрізнялись особливою специфічністю; відзначали стертість або навіть безсимптомність початкового періоду захворювання. У табл. 1 представлені скарги та симптоми хворих з ДЕПЯ та ПЕПЯ досліджуваних груп. Найчастіше хворі скаржилися на періодичний або постійний ниючий біль унизу живота негострого характеру (49,1%), причому при ДЕПЯ на нього скаржилися 45 (52,9%) пацієнток, а при ПЕПЯ – 10 (37%). Наступною за частотою була скарга на збільшення живота в об'ємі (17%), яку пред'являли 14 (16,5%) хворих з ДЕПЯ та 5 (18,5%) хворих з ПЕПЯ. Аномальні маткові кровотечі (АМК) у формі мено- та метрорагії, кровомазання до та

Скарги у жінок з епітеліальними пухлинами яєчників

Показник	Група жінок				Усього, n=112	
	I, n=85		II, n=27			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Біль унизу живота	45	52,9	10	37	55	49,1
Збільшення живота в об'ємі	14	16,5	5	18,5	19	17
Аномальні маткові кровотечі	10	11,7	4	14,8	14	12,5
Неспецифічні скарги (слабкість, субфебрилітет, здуття живота)	8	9,4	2	7,4	10	8,9
Відсутність скарг	8	9,4	6	22,2	14	12,5

після менструації, кров'янисті виділення зі статевих шляхів у середині менструального циклу та при настанні менопаузи були третьою за поширеністю скаргою пацієнток (12,5%); у якості основної скарги вони турбували 10 (11,7%) хворих з ДЕПЯ та 4 (14,8%) хворих з ПЕПЯ.

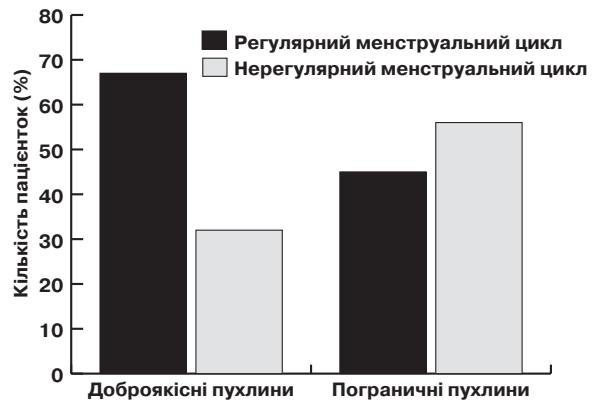
Неспецифічні скарги – загальна слабкість, здуття живота, підвищення температури тіла до субфебрильних значень, були характерні лише для 10 (8,9%) хворих; з них 8 (9,4%) жінок були з доброякісними пухлинами та 2 (7,4%) – з пограничними цистаденомами.

Привертає увагу те, що 14 (12,5%) хворих не пред'являли жодних скарг, причому такий безсимптомний перебіг процесу спостерігався у 8 (9,4%) хворих з ДЕПЯ та 6 (22,2%) хворих з ПЕПЯ.

Отже, отримані дані свідчать, що основними скаргами хворих на доброякісні та пограничні ЕПЯ є біль (49,1%), збільшення живота в об'ємі (17%) та різні види аномальних маткових кровотеч (12,5%).

Хворі з ЕПЯ були розподілені на вікові групи (табл. 2) у діапазоні від 22 до 63 років з метою виявлення особливостей динаміки захворюваності залежно від вікових періодів життя жінки та визначення «критичних» періодів віку, коли ризик захворіти на ЕПЯ є найвищим. Середній вік жінок становив 49,7±0,96 року. Хворі з ДЕПЯ мали середній вік 49,2±1,1 року, тоді як хворі з ПЕПЯ – 51,1±1,92 року. Різниця між групами хворих з ДЕПЯ і ПЕПЯ не була статистично значущою (p>0,05), що свідчить про репрезентативність досліджуваних груп.

Аналізуючи захворюваність на ЕПЯ за віковими групами (див. табл. 2), було виявлено, що найнижча захворюваність на ЕПЯ спостерігалася у віковій групі 21–30 років, де було зафіксовано 5 (4,5%) випадків ЕПЯ, з них ДЕПЯ відзначали у 4 (4,7%) хворих, а ПЕПЯ – в 1 (3,7%) хворі. У віковій групі 31–40 років захворюваність на ЕПЯ зростає втричі-вчетверо: 16 (14,3%) випадків усього, з них 12 (14,1%) випадків становили хворі з ДЕПЯ, а 4 (14,8%) випадки – хворі з ПЕПЯ. Дещо вищою була захворюваність у віковій групі 61 рік і більше, де всіх ЕПЯ було 21 (18,7%) випадок, з них ДЕПЯ відзначали у 17 (20%) хворих, а ПЕПЯ – у



Мал. 1 Характеристика менструального циклу у жінок досліджуваних груп

4 (14,8%) хворих. Найвищий рівень захворюваності на ЕПЯ спостерігався у віковій групі 51–60 років, де виявилось 37 (33%) хворих, серед яких 25 (29,4%) були хворі з ДЕПЯ, а 12 (44,4%) – хворі з ПЕПЯ.

Отже, на підставі представлених даних, можна визначити, що найвищий рівень захворюваності на ДЕПЯ (31,8%) спостерігається у віковій групі 41–50 років, тоді як найвищий рівень захворюваності на ПЕПЯ (44,4%) спостерігається у віковій групі 51–60 років. Слід зазначити, що загальна частка жінок репродуктивного віку у когорті хворих на доброякісні та пограничні ЕПЯ була висока та становила 47,3%.

Особливості менструальної функції були вивчені у 102 (91%) хворих. З них 46 (41,1%) жінок мали менструації, тоді як 56 (58,9%) знаходилися у стані менопаузи. Під час дослідження даних хворих репродуктивного віку було виявлено, що для ДЕПЯ був характерний регулярний менструальний цикл у 67,6% випадків (25 хворих з 37), а нерегулярний цикл, що характеризувався затримками менструацій,

Таблиця 2

Розподіл жінок досліджуваних груп за віком

Вік, роки	Група жінок				Усього, n=112	
	I, n=85		II, n=27			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
21-30	4	4,7	1	3,7	5	4,5
31-40	12	14,1	4	14,8	16	14,3
41-50	27	31,8	6	22,2	33	29,5
51-60	25	29,4	12	44,4	37	33
61 та більше	17	20	4	14,8	21	18,7
Середній вік	49,2±1,1		51,1±1,92		49,7±0,96	

Ендокринна патологія у жінок досліджуваних груп

Показник	Група обстежених				Усього, n=112	
	I, n=85		II, n=27		Абс. число	%
	Абс. число	%	Абс. число	%		
Патологія щитоподібної залози	1	1,2	2	7,4%	3	2,7
Цукровий діабет	2	2,4	3	11,1%	5	4,5
Ожиріння	5	5,9	2	7,4%	7	6,3
Усього	8	9,4	7*	25,9%*	15	13,4

Примітки: n – кількість пацієнток; \* – показник у групі ПЕПЯ вірогідно відрізняється від показників групи ДЕПЯ (p<0,05).

Таблиця 4

Патологія травного тракту (ТТ) у хворих з ЕПЯ

Показник	Група обстежених				Усього, n=112	
	I, n=85		II, n=27		Абс. число	%
	Абс. число	%	Абс. число	%		
Патологія верхніх відділів ТТ (езофагіт, гастрит, поліпи шлунка)	39	45,9	14	51,9	53	47,3
Патологія гепатобіліарної системи та підшлункової залози (холецистит, жовчнокам'яна хвороба, панкреатит)	49	57,6	22*	81,5*	71	63,4
Патологія кишечника (коліт, доліхоколон, поліпи товстої кишки)	12	14,1	1	3,7	13	11,6

Примітки: n – кількість пацієнток; \* – показник у групі ПЕПЯ вірогідно відрізняється від показників групи ДЕПЯ (p<0,05).

оліго- та опсоменореєю, поліменореєю, міжменструальними овуляторними кров'янистими виділеннями, відзначено у 32,4% випадків (12 хворих). А серед хворих з ПЕПЯ переважали різноманітні випадки порушень менструального циклу, що було характерно для 55,6% (5 хворих) проти 44,4% (4 хворі) з регулярними менструаціями (мал. 1).

Стосовно хворих, що знаходилися у менопаузі, виявлено, що з ДЕПЯ було 38 (44,7%) жінок, а з ПЕПЯ – 17 (63%). Середній вік настання менопаузи для хворих з доброякісними пухлинами становив 49,42±0,85 року, а для пограничних пухлин яєчників – 49,26±1,2 року. Різниця не була статистично достовірною (p>0,05).

Під час дослідження репродуктивної функції усіх пацієнток з ЕПЯ (n=112) було виявлено, що не мали в анамнезі жодної вагітності лише 15 (13,4%) хворих, з них 11 (12,9%) жінок з доброякісними ЕПЯ та 4 (14,8%) – з пограничними новоутвореннями яєчників. З усієї когорти хворих з ЕПЯ не народжували 22 (19,6%) жінки, з них 16 (18,8%) жінок мали ДЕПЯ та 6 (22,2%) – ПЕПЯ. Більшість жінок – 83 хворі (74,1%) мали одні-двоє пологів. Причому таку кількість пологів мали 64 (75,3%) хворих з ДЕПЯ та 19 (70,4%) хворих з ПЕПЯ. Багато народжували (3 та більше пологів) лише 5 (4,5%) хворих, з них з ДЕПЯ було 4 (4,7%) жінки та з ПЕПЯ – 1 (3,7%) жінка.

Ендокринна патологія спостерігалася у 15 (13,4%) випадках: при ДЕПЯ – у 8 (9,4%) випадках, а при ПЕПЯ – у 7 (25,9%) випадках (табл. 3). Різниця за сумарною кількістю ендокринологічних нозологій між групами була статистично достовірною (p<0,05). При цьому патологію щитоподібної залози відзначали у 3 (2,7%) хворих, з яких 1 (1,2%) жінка мала ДЕПЯ і 2 (7,4%) – ПЕПЯ. Цукровий діабет був діагностований у 5 (4,5%) хворих, з котрих 2 (2,4%) жінки мали ДЕПЯ, 3 (11,1%) – ПЕПЯ. Ожиріння виявили у 7 (6,3%) хворих, з яких 5 (5,9%) жінок мали ДЕПЯ, а 2 (7,4%) – ПЕПЯ. Отже, на підставі проаналізованих даних можна зробити висновок, що при ПЕПЯ ендокринну патологію діагностують достовірно частіше (p<0,05), ніж при ДЕПЯ. Причиною цього,

ймовірно, є наявність різноманітних ендокринних порушень – патології щитоподібної залози, порушення вуглеводного та жирового обмінів речовин. Це створює несприятливий дисгормональний фон, який може впливати на процеси трансформації доброякісної пухлини у пограничну, а саме – пришвидшувати розвиток неоплазії у яєчнику у бік малігнізації.

Патологія травного тракту (ТТ) спостерігалася у 73 (65,2%) хворих, причому при ДЕПЯ – у 55 (64,7%) хворих, а при ПЕПЯ – у 18 (66,7%) хворих. Розподіл за нозологіями відображений у табл. 4. Згідно з наведеними результатами, патологія верхніх відділів ТТ (езофагіт, гастрит, поліпи шлунка) спостерігалася у 53 (47,3%) хворих, з яких 39 (45,9%) мали ДЕПЯ, а 14 (51,9%) – ПЕПЯ. Патологія гепатобіліарної системи та підшлункової залози (холецистит, жовчнокам'яна хвороба, панкреатит) були в анамнезі 71 (63,4%) хворої, з яких 49 (57,6%) мали ДЕПЯ, а 22 (81,5%) – ПЕПЯ. Різниця між групами ДЕПЯ і ПЕПЯ була статистично достовірною (p<0,05). Патологія кишечника (коліт, доліхоколон, поліпи товстої кишки) була зафіксована у 13 (11,6%) хворих, з яких 12 (14,1%) мали ДЕПЯ, 1 (3,7%) – ПЕПЯ. У 33 (29,5%) жінок спостерігалася поєднана патологія верхніх та нижніх відділів ТТ та гепатобіліарної системи, серед котрих хворих з ДЕПЯ було 27 (31,8%) жінок, а з ПЕПЯ – 6 (22,2%).

Отже, можна зробити висновок, що патологію гепатобіліарної системи та підшлункової залози достовірно частіше діагностують у хворих з ПЕПЯ, ніж з ДЕПЯ (p<0,05). Причина цієї закономірності, на наш погляд, – у порушенні функції печінки, що відіграє ключову роль у метаболізмі поживних речовин та будь-яких сполук, у тому числі токсичних і канцерогенних, що потрапили до організму екзогенно, а також ендогенних стероїдних та нестероїдних гормонів, депонуючи у собі проміжні продукти їхнього обміну. Тож порушення нормальної роботи печінки, спричинене наявністю захворювання панкреато-гепатобіліарної системи, може бути кофактором неопластичного процесу у яєчниках на шляху від доброякісної до злоякісної його форм.

Патологія серцево-судинної системи у хворих з ЕПЯ

Показник	Група обстежених				Усього, n=112	
	I, n=85		II, n=27		Абс. число    %	
	Абс. число	%	Абс. число	%		
Ішемічна хвороба серця	54	63,5	19	70,4	73	65,2
Гіпертонічна хвороба	20	23,5	9	33,3	29	25,9
Порушення мозкового кровообігу в анамнезі	6	7,1	-	-	6	5,4
Вади серця	4	4,7	1	3,7	5	4,5
Венозні порушення (варикоз, геморої)	5	5,9	5*	18,5	10	8,9
Нейроциркуляторна дисфункція (НЦД)	42	49,4	13	48,1	55	49,1

Примітки: n – кількість пацієнтів; \* – показник у групі ПЕПЯ вірогідно відрізняється від показників групи ДЕПЯ (p<0,05).

Різноманітні порушення серцево-судинної системи відзначені в анамнезі усіх хворих з ЕПЯ (100%). Органічна серцево-судинна патологія спостерігалася у 82 (73,2%) випадках усіх ЕПЯ. З них – у 59 (69,6%) хворих з ДЕПЯ та у 23 (85,2%) хворих з ПЕПЯ. Тоді як функціональні та метаболічні серцево-судинні порушення за типом нейроциркуляторної дисфункції (НЦД) було відзначено у 55 (49,1%) хворих, серед яких 42 (49,4%) випадки при ДЕПЯ, а 13 (48,1%) випадків – у хворих з ПЕПЯ. Розподіл нозологій серцево-судинної патології у хворих з ЕПЯ наведений у табл. 5.

Так, згідно з наведеними даними, ішемічну хворобу серця (здебільшого у формі атеросклеротичного кардіосклерозу) відзначали у 73 (65,2%) хворих, з яких 54 (63,5%) були з ДЕПЯ, а 19 (70,4%) жінок – з ПЕПЯ. Гіпертонічна хвороба була в анамнезі 29 (25,9%) хворих, з яких 20 (23,5%) жінок мали ДЕПЯ, а 9 (33,3%) – ПЕПЯ. Порушення мозкового кровообігу в анамнезі були відзначені у 6 (5,4%) хворих, усі вони мали ДЕПЯ (7,1%). Вади серця (недостатність аортального клапана) відзначено у 5 (4,5%) пацієнтів, з яких з ДЕПЯ було 4 (4,7%) хворих, а з ПЕПЯ – лише 1 (3,7%). Венозні порушення (варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, малого таза, геморої) виявлені у 10 (8,9%) пацієнтів, з яких ДЕПЯ мали 5 (5,9%) жінок та ПЕПЯ – 5 (18,5%) жінок. Різниця статистично вірогідна (p<0,05). Метаболічні зміни міокарда та нейроциркуляторна дисфункція спостерігалися у 55 (49,1%) хворих, з яких 42 (49,4%) жінки мали ДЕПЯ, а 13 (48,1%) – ПЕПЯ.

Отже, відповідно до проаналізованих даних можна зробити висновок, що венозні порушення достовірно частіше спостерігаються при ПЕПЯ, ніж при ДЕПЯ (p<0,05). Причиною цієї закономірності може слугувати негативний вплив венозного повнокров'я та застійних явищ у мікроциркуляторному та венозному руслі органів малого таза та, зокрема, яєчників, що також може чинити несприятливий, стимулюючий проліферацію та малігнізацію, вплив на розвиток ЕПЯ.

Відомо, що рання діагностика пухлин яєчника забезпечує своєчасне надання медичної допомоги жінці, яка передбачає оптимальний доступ та обсяг хірургічного втручання, можливість застосування малоінвазивної та органозберігальної методики операції, є запорукою повноцінного одужання і швидкої соматичної та психологічної реабілітації пацієнтки [6, 7, 9, 14]. Було проаналізовано особливості часу звернення хворих до медичної установи, де був встановлений діагноз ПЯ, від моменту появи перших симптомів захворювання.

Від моменту початкових клінічних проявів до встановлення діагнозу у хворих минуло від 1 до 36 міс, в середньому – 4,6±0,57 міс. Найчастіше хворі зверталися до лікаря у термін від 1 до 6 міс від часу появи симптомів. Так, у цей термін було встановлено діагноз 86 (76,8%) пацієнткам, серед яких ДЕПЯ було виявлено у 66 (77,6%), а ПЕПЯ – у 20 (74,1%) жінок. Різниця між групами ДЕПЯ і ПЕПЯ не була статистично вірогідною (p>0,05). У термін 7–12 міс з мо-

менту появи симптомів звернулося 9 (8%) хворих з ЕПЯ, з яких 6 (7,1%) жінок мали ДЕПЯ, а 3 (11,1%) – ПЕПЯ. Термін звернення до лікаря більше 12 міс був зафіксований у 5 (4,5%) хворих, з яких 4 (4,7%) жінки мали ДЕПЯ і 1 (3,7%) – ПЕПЯ. Не було інформації щодо 12 (10,7%) хворих, з яких 9 (10,6%) жінок мали ДЕПЯ та 3 (11,1%) жінки – ПЕПЯ. Отже, можна зробити висновок, що ЕПЯ найчастіше діагностують у термін від 1 до 6 міс з моменту появи перших клінічних проявів. Між групами ДЕПЯ і ПЕПЯ у зверненнях до лікаря у цей проміжок часу статистично достовірної різниці не виявлено (p>0,05).

**Особливості цитологічної діагностики на доопераційному етапі та під час операції у хворих з ДЕПЯ і ПЕПЯ.** Відомо, що поєднання наявності пухлини яєчника та вільної рідини у черевній порожнині у кількості, яка перевищує нормальні значення (50–75 мл), є несприятливим фактором щодо прогнозу можливої малігнізації [12, 16]. На доопераційному етапі методом УЗД була оцінена кількість вільної рідини у черевній порожнині у 56 (50%) хворих, з яких 34 (40%) жінки мали ДЕПЯ та 22 (81,5%) – ПЕПЯ. У подальшому під час операції у цих хворих було проведено цитологічне дослідження випоту черевної порожнини. Було виявлено, що нормальна кількість вільної рідини у черевній порожнині (50–75 мл) спостерігалась у 13 (38,2%) хворих з ДЕПЯ і 7 (31,8%) хворих з ПЕПЯ. Помірне збільшення кількості вільної рідини у черевній порожнині, так звані малі форми асцити, виявляли у 19 (55,9%) хворих з ДЕПЯ і 13 (59,1%) хворих з ПЕПЯ. І наявність великої кількості випоту у черевній порожнині (1500 мл та більше) – асцит спостерігався у 2 (5,9%) хворих з ДЕПЯ і 2 (9,1%) хворих з ПЕПЯ. Під час аналізу цитограми ексудату з очеревини мало таза було виявлено, що клітини мезотелію спостерігались у випоті хворих з ДЕПЯ достовірно частіше (p<0,01), ніж хворих з ПЕПЯ: у 27 (79,4%) випадках доброякісних і 9 (40,9%) – пограничних ПЯ відповідно. Елементи крові визначали в ексудаті 7 (20,6%) хворих з ДЕПЯ та 7 (31,8%) хворих з ПЕПЯ. Різниця між групами не була статистично достовірною (p>0,05). Слизовий випіт спостерігався у 4 (18,2%) хворих з ПЕПЯ. У 2 (9,1%) випадках ПЕПЯ цитограма ексудату була підозріла на рак. Під час наступного гістологічного дослідження діагноз малігнізації не підтвердився у жодному з випадків.

Частини хворих (n=24 – 21,4% від усіх хворих з ЕПЯ) з сонографічним діагнозом збільшення вільної рідини у черевній порожнині під час операції, окрім цитограми ексудату, також виконували мазки-відбитки з поверхні очеревини та видалених пухлин яєчників. Згідно з проаналізованими даними хворих з ДЕПЯ було 15 (17,6%), а з ПЕПЯ – 9 (33,3%). Цитологічне заключення «клітини мезотелію» було отримано у 20 (83,3%) хворих, з яких 14 (93,3%) мали

ДЕПЯ, а 6 (66,7%) – ПЕПЯ. Цитологічне заключення «клітини залозистого епітелію» було отримано в 1 (4,2%) випадку, що належав до ДЕПЯ (6,7%). Цитологічне заключення «підозра на залозистий рак» встановлено у 2 (8,3%) випадках, що відповідало 2 (22,2%) випадкам ПЕПЯ. Цитологічне заключення «елементи недиференційованого раку» було отримано в 1 (4,2%) випадку, що належав до ПЕПЯ (11,1%). Слід зазначити, що під час подальшого гістологічного дослідження підозра на малігнізацію та рак були спростовані в усіх випадках (100%). Тож можна зробити висновок, що у 3 випадках (12,5%) ЕПЯ цитологічні заключення виявилися хибнопозитивними, що належали до цитограм мазків-відбитків з поверхні очеревини та видаленої пухлини при ПЕПЯ (33,3%).

В окремих сумнівних випадках за наявності помірної та великої кількості вільної рідини у черевній порожнині проводили ще й дослідження мазків-відбитків з піддіафрагмального простору, що було виявлено у 6 (5,4%) хворих, з яких 3 (3,5%) жінки були з ДЕПЯ і 3 (11,1%) – з ПЕПЯ. В усіх випадках (100%) цитологічне заключення було «клітини мезотелію».

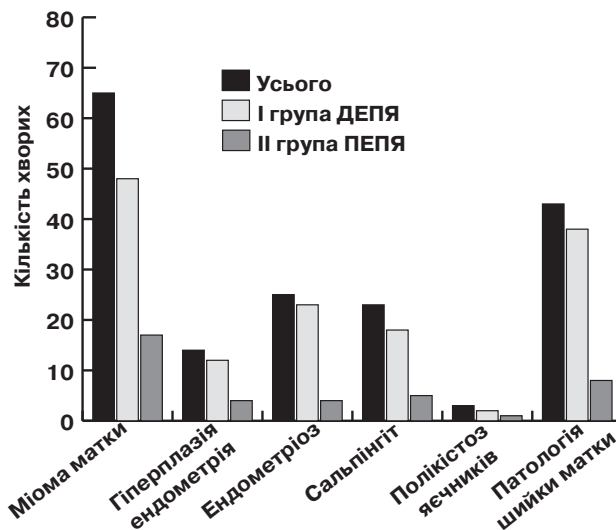
Отже, можна зробити висновок, що найбільш часто застосованим методом цитологічної діагностики для хворих з ЕПЯ було інтраопераційне дослідження вільної рідини у черевній порожнині, причому частіше його використовували при ПЕПЯ (81,5%), ніж при ДЕПЯ (40%), різниця достовірна ( $p < 0,01$ ). Під час оцінювання цитограми очеревинного ексудату клітини мезотелію виявляють достовірно частіше при ДЕПЯ, ніж при ПЕПЯ – 79,4% та 40,9% випадків відповідно ( $p < 0,01$ ), що може свідчити про додаткову діагностичну цінність інтраопераційного цитологічного дослідження для підтвердження доброякісності процесу. Під час інтраопераційного цитологічного дослідження випадків ПЕПЯ спостерігалися хибнопозитивні цитологічні заключення «підозра на рак» та «елементи недиференційованого раку», що не були підтверджені під час наступного гістологічного дослідження, однак підвищували онкологічну настороженість хірургів, змушуючи їх розширювати об'єм операції.

**Комплексне обстеження хворих.** При застосуванні додаткових методів обстеження на доопераційному етапі у хворих було виявлено наступну поєднану гінекологічну патологію (мал. 2). Міома матки виявили у 64 (57,1%) хворих з ЕПЯ, з них – у 47 хворих (55,3%) з ДЕПЯ та у 17 (63%) – з ПЕПЯ.

У всіх обстежених пацієнток ( $n=112$ ) нормальний ендометрій був у 95 (84,8%) жінок. Гіперплазія ендометрія (ГЕ) спостерігалася у 15 (13,4%) випадках. ДЕПЯ виявили у 12 (14,1%) жінок, а ПЕПЯ – у 3 (11,1%) жінок з гіперпластичними змінами в ендометрії. Атипову гіперплазію ендометрія фіксували у 2 (1,8%) випадках; обидві хворі були з ДЕПЯ (2,4%), знаходились у перименопаузі (51 та 55 років); пухлини були серозного та ендометріюідного гістологічного типу відповідно. Поліпи ендометрія виявили у 20 (17,9%) хворих – ДЕПЯ діагностували у 17 (20%) пацієнток та ПЕПЯ – у 3 (11,1%).

Генітальний ендометріоз було діагностовано у 22 (19,6%) випадках. З них аденоміоз – у 15 (13,4%) хворих, зовнішній ендометріоз – у 13 (11,6%), поєднані та поширені форми ендометріозу – у 4 (3,6%) хворих. У всіх пацієнток з поєднаними формами ендометріозу виявляли ендометріюідні пухлини яєчників. Серед ДЕПЯ ендометріоз фіксували у 19 (17%) випадках, причому у 15 (78,9%) хворих діагностували ендометрію яєчників. Серед хворих з ПЕПЯ було 3 (11,1%) випадки ендометріозу (2 – аденоміозу і 1 – зовнішній ендометріоз); у всіх пацієнток діагностовано муцинозний гістологічний тип ПЯ.

Сальпінгіт спостерігався у 19 (17%) хворих, з них ДЕПЯ – у 15 (17,6%) жінок, а ПЕПЯ – у 4 (14,8%). Синдром полікістозних яєчників був діагностований у 3 (2,6%) хво-



Мал. 2. Гінекологічна патологія в обстежених жінок

рих, з них ДЕПЯ виявили у 2 (2,6%) жінок, а ПЕПЯ – у 1 (3,7%) пацієнтки.

Патологію шийки матки виявляли у 44 (39,3%) випадках, серед яких ДЕПЯ діагностували у 37 (43,5%) жінок, а ПЕПЯ – у 7 (25,9%) жінок. Найчастіше спостерігалися цервіцити, які були діагностовані у 27 (24,1%) хворих, з них у 25 (29,4%) жінок з ДЕПЯ та 2 (7,4%) – з ПЕПЯ. Різниця була статистично вірогідна ( $p < 0,01$ ). Цервікози діагностували у 20 (17,9%) осіб, з них хворих з ДЕПЯ було 16 (18,8%), а з ПЕПЯ – 4 (14,8%). Поліпи шийки матки виявили у 7 (6,3%) жінок, з них хворих з ДЕПЯ було 5 (5,9%), а з ПЕПЯ – 2 (7,4%). Дисплазію епітелію шийки матки (ДЕШМ) фіксували у 8 (7,1%) жінок, усі вони мали ДЕПЯ (9,4%).

Отже, на підставі проаналізованих даних можна дійти висновку, що при ДЕПЯ достовірно частіше, ніж при ПЕПЯ, діагностують цервіцити ( $p < 0,01$ ). Решта показників статистично достовірної різниці не мали ( $p > 0,05$ ). Вважаємо, що для отримання більш об'ємних статистично достовірних даних, що свідчили б про взаємозв'язок супутньої гінекологічної патології та ЕПЯ, потрібно проведення більшої кількості спостережень із залученням декількох великих медичних центрів. Причиною достовірно більшої кількості цервіцитів у хворих з ДЕПЯ ( $p < 0,01$ ), на наш погляд, може бути молодший середній вік даної групи пацієнток, коли інфекції нижніх відділів статевих шляхів посідають провідне місце у структурі гінекологічної захворюваності, а отже – можуть впливати на процеси розвитку доброякісних неоплазій у яєчниках.

**Особливості хірургічного лікування хворих з ДЕПЯ і ПЕПЯ.** Усім хворим репродуктивного віку і 3 хворим у менопаузі ( $n=49$ ) було виконане органозберігальне хірургічне лікування (табл. 6). Серед органозберігальних операцій у хворих з ЕПЯ репродуктивного віку виконували наступні: енуклеацію кісти – у 13 (32,5%) хворих з ДЕПЯ (26,5%); резекцію яєчника – у 10 (25%) хворих з ДЕПЯ (20,4%); двобічну резекцію яєчників – у 7 (17,5%) хворих з ДЕПЯ (14,3%); резекцію яєчника, біопсію протилежного яєчника, резекцію сальника – у 3 (6,1%) хворих, з яких 2 (5%) хворі мали ДЕПЯ та 1 (11,1%) – ПЕПЯ; двобічну резекцію яєчників, резекцію сальника – у 5 (10,2%) хворих з ПЕПЯ (55,6%); односторонню оваріоектомію – у 4 (8,2%) хворих, з яких 3 (7,5%) мали ДЕПЯ, а 1 (11,1%) хвора – ПЕПЯ; односторонню аднексектомію – у 7 (14,3%) хворих, з яких 5 (12,5%) мали ДЕПЯ та 2 (22,2%) – ПЕПЯ.

Органозберігальні операції, які були проведені в обстежених хворих

Назва операції	Група хворих				Усього, n=49	
	I, n=40		II, n=9			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Енуклеація кісти	13	32,5	-	-	13	26,5
Резекція яєчника	10	25	-	-	10	20,4
Двобічна резекція яєчників	7	17,5	-	-	7	14,3
Резекція яєчника, біопсія протилежного яєчника, резекція сальника	2	5	1	11,1	3	6,1
Двобічна резекція яєчників, резекція сальника	-	-	5	55,6	5	10,2
Однобічна оваріоектомія	3	7,5	1	11,1	4	8,2
Однобічна аднексектомія	5	12,5	2	22,2	7	14,3

Таблиця 7

Гістологічна структура видалених ЕПЯ

Типи ЕПЯ	Група хворих				Усього, n=112	
	I, n=85		II, n=27			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Серозні	22	25,9%	16*	59,3%*	38	33,9%
Муцинозні	20	23,5%	7	25,9%	27	24,1%
Ендометріюїдні	41**	48,2%**	1	3,7%	42	37,5%
Диморфні (серозна+муцинозна, серозна+неепітеліальна)	2	2,4%	2	7,4%	4	3,6%
Пухлина Бреннера	-	-	1	3,7%	1	0,9%

Примітки: n – кількість пацієнтів; \* – показник у групі ПЕПЯ вірогідно відрізняється від показників групи ДЕПЯ (p<0,01);

\*\* – показник у групі ДЕПЯ вірогідно відрізняється від показників групи ПЕПЯ (p<0,01).

Більшості хворих з ЕПЯ у менопаузі (n=63) було виконане радикальне хірургічне лікування в об'ємі пангістеректомії при ДЕПЯ та пангістеректомії з резекцією сальника при ПЕПЯ. В окремих випадках (n=3) об'єм операції обмежувався односторонньою аднексектомією або оваріоектомією за відсутності супутньої гінекологічної патології та абсолютної впевненості хірурга у доброякісній природі новоутворення.

За гістологічною структурою видалені ЕПЯ поділяли на субтипи, наведені у табл. 7.

Згідно з представленими даними найпоширенішим типом ЕПЯ були ендометріюїдні новоутворення, які виявляли у 42 (37,5%) хворих, причому хворих із доброякісними формами – 41 (48,2%) було достовірно значно більше (p<0,01), ніж із пограничними – 1 (3,7%). Наступною за поширеністю була група серозних пухлин, що виявляли у 38 (33,9%) хворих, з яких 22 (25,9%) хворі мали доброякісні форми, а 16 (59,3%) – пограничні. Різниця була статистично достовірною (p<0,01). Отже, можна констатувати, що серозні ПЕПЯ достовірно частіше спостерігаються серед інших гістологічних типів у порівнянні з доброякісними серозними цистаденомами. Муцинозні ЕПЯ були виявлені у 27 (24,1%) випадках, з яких 20 (23,5%) були доброякісними, а 7 (25,9%) – пограничними. Диморфні ЕПЯ, що мали у собі елементи серозних і муцинозних пухлин або серозних і неепітеліальних (гератоми, текоми), були виявлені у 4 (3,6%) випадках – 2 (2,4%) доброякісні і 2 (7,4%) мали пограничну будову. Пухлину Бреннера виявили в 1 (0,9%) випадку ПЕПЯ (3,7%). Отже, на підставі проаналізованих даних можна зробити висновок, що найпоширенішим гістологічним типом серед доброякісних новоутворень яєчників є ендометріюїди, які виявляли у 48,2% від усіх ДЕПЯ, а серед пограничних – серозні пухлини, що становили 59,3% від усіх ПЕПЯ.

Через 3 роки після проведеного хірургічного органозберігального лікування під час збору катамнестичних даних у 49 хворих було виявлено 7 (14,3%) випадків рецидивів ЕПЯ, з яких 5 (12,5%) випадків виявилися серед пацієнтів з ДЕПЯ, а 2 (22,2%) випадки – серед пацієнтів з ПЕПЯ. За гістологічним типом рецидивів серед хворих з ДЕПЯ було 5 випадків ендометріом, а серед хворих з ПЕПЯ – 2 випадки пограничної серозної цистаденоми. Серед хворих з радикальними об'ємами операцій (n=63) рецидивів захворювання не виявлено. Отже, можна зробити висновок, що застосування органозберігального хірургічного лікування ЕПЯ підвищує ризик їхнього рецидиву, особливо у разі ендометріюїдного гістологічного типу або пограничного варіанту пухлини.

## ВИСНОВКИ

1. Основними скаргами хворих на ДЕПЯ та ПЕПЯ є біль (49,1%), збільшення живота в об'ємі (17%) та аномальні маткові кровотечі (12,5%).

2. Найвищий рівень захворюваності на ДЕПЯ (31,8%) спостерігається у віковій групі 41–50 років, тоді як пік захворюваності ПЕПЯ (44,4%) відповідає віковій групі 51–60 років. Загальна частка жінок репродуктивного віку з ЕПЯ складає 47,3%; з четвертого десятиріччя життя жінки (31–40 років) захворюваність на ДЕПЯ і ПЕПЯ зростає у 3–4 рази.

3. При ПЕПЯ ендокринну патологію виявляють достовірно частіше (p<0,05), ніж при ДЕПЯ, – 25,9% проти 9,4% випадків відповідно. Дисгормональні стани, що супроводжують ендокринну патологію, можуть впливати на процеси трансформації доброякісної пухлини у пограничну та пришвидшувати розвиток неоплазії у бік малігнізації.

4. Патологію панкреато-гепатобіліарної системи фіксують достовірно частіше (p<0,05) у хворих з ПЕПЯ у порівнянні з ДЕПЯ – 81,5% проти 57,6% випадків відповідно. Причиною цього може слугувати порушення метаболічної,

секреторної, детоксикаційної та депонувальної функцій печінки, що виражається у поступовому накопиченні в організмі (у тому числі яєчниках) канцерогенних метаболітів стероїдних гормонів, зокрема 16-альфа-гідроксиестрону (16 $\alpha$ -ОНЕ), а також токсичних і канцерогенних сполук екзогенного походження, що, у свою чергу, може підвищувати ймовірність набуття епітеліальними клітинами вистілки доброякісної цистаденоми ознак пограничної пухлини.

5. Венозні порушення (варикозна хвороба вен органів малого таза, нижніх кінцівок, геморой) достовірно частіше спостерігаються при ПЕПЯ ( $p < 0,05$ ), ніж при ДЕПЯ, – 18,5% проти 5,9% випадків відповідно. Причиною цієї закономірності може бути повнокров'я та застоїні явища у венозному руслі органів малого таза, а отже, і яєчників, що також може чинити стимулюючий проліферацію та малігнізацію вплив на розвиток ЕПЯ.

6. ЕПЯ найчастіше діагностують у термін від 1 до 6 міс з моменту перших клінічних проявів з середнім терміном звернення до лікаря  $4,6 \pm 0,57$  міс. Статистичної різниці між групами ДЕПЯ і ПЕПЯ не виявлено ( $p > 0,05$ ).

7. Під час оцінювання цитограми очеревиного ексудату

клітини мезотелію виявляють достовірно частіше при ДЕПЯ ( $p < 0,01$ ), ніж при ПЕПЯ, – 79,4% проти 40,9% випадків відповідно, що може свідчити про додаткову діагностичну цінність інтраопераційної цитології для підтвердження доброякісності процесу.

8. Цервіцити достовірно частіше діагностують при ДЕПЯ ( $p < 0,01$ ), ніж при ПЕПЯ, – 29,4% проти 7,4% випадків відповідно. Причиною цієї закономірності може бути молодший середній вік пацієток з ДЕПЯ, коли інфекції нижніх відділів статевих шляхів посідають провідне місце у структурі гінекологічної захворюваності, а отже – можуть впливати на процеси розвитку доброякісних неоплазій у яєчниках.

9. Найпоширенішим гістологічним типом серед доброякісних новоутворень яєчників є ендометріоми, які виявляли у 48,2% випадків від усіх ДЕПЯ, а серед пограничних – серозні пухлини, що становили 59,3% від усіх ПЕПЯ.

10. Застосування органозберігального хірургічного лікування ЕПЯ підвищує ризик рецидиву, особливо у разі ендометріоїдного гістологічного типу або пограничного варіанта пухлини.

### Клинико-анамнестический анализ течения и лечения доброкачественных и пограничных эпителиальных опухолей яичников

*М.Ю. Егоров, А.А. Суханова*

**Цель исследования:** изучение особенностей гинекологического, соматического анамнеза, диагностики и лечения больных с доброкачественными эпителиальными опухолями яичников (ДЭОЯ) и пограничными эпителиальными опухолями яичников (ПЭОЯ), определение частоты рецидивов опухолей яичников в послеоперационный период.

**Материалы и методы.** По данным ретроспективного анализа историй болезни 112 женщин с эпителиальными опухолями яичников (ЭОЯ), проходивших консервативное или радикальное хирургическое лечение в стационаре, были сформированы две группы: I группа – больные с ДЭОЯ, в которую вошли 85 (75,9%) женщин, и II группа – больные с ПЭОЯ, в которую вошли 27 (24,1%) женщин. Выявлено, что основными жалобами больных с ЭОЯ являются боль (49,1%), увеличение живота в объеме (17%) и аномальные маточные кровотечения (12,5%). Самый высокий уровень заболеваемости ДЭОЯ (31,8%) наблюдается в возрастной группе 41–50 лет, тогда как пик заболеваемости ПЭОЯ (44,4%) соответствует возрастной группе 51–60 лет.

**Результаты.** При ПЭОЯ эндокринную патологию выявляли достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем при ДЭОЯ, – 25,9% против 9,4% случаев соответственно. Патологию панкреато-гепатобилиарной системы фиксировали достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) у больных с ПЭОЯ по сравнению с ДЭОЯ – 81,5% против 57,6% случаев соответственно. Венозные нарушения (варикозная болезнь вен органов малого таза, нижних конечностей, геморрой) достоверно чаще наблюдаются при ПЭОЯ ( $p < 0,05$ ), чем при ДЭОЯ, – 18,5% против 5,9% случаев соответственно. ЭОЯ чаще диагностируют в срок от 1 до 6 мес с момента первых клинических проявлений со средним сроком обращения к врачу  $4,6 \pm 0,57$  месяца. При оценке цитограммы брюшинного экссудата клетки мезотелия выявляют достоверно чаще при ДЭОЯ ( $p < 0,01$ ), чем при ПЭОЯ, – 79,4% против 40,9% случаев соответственно. Цервицит достоверно чаще диагностируют при ДЭОЯ ( $p < 0,01$ ), чем при ПЭОЯ, – 29,4% против 7,4% случаев соответственно. Самым распространенным гистологическим типом среди доброкачественных новообразований яичников являются эндометриомы, которые выявляли в 48,2% случаев от всех ДЭОЯ, а среди пограничных – серозные опухоли, которые составляли 59,3% от всех ПЭОЯ.

**Заключение.** Применение органосохраняющего хирургического лечения эпителиальных опухолей яичников повышает риск рецидива, особенно в случае эндометриоидного гистологического типа или пограничного варианта опухоли.

**Ключевые слова:** доброкачественные и пограничные эпителиальные опухоли яичников, клинико-анамнестический анализ, диагностика, лечение.

### Clinical-anamnestic analysis of the course and treatment of benign and borderline epithelial ovarian tumors

*M.Yu. Yegorov, A.A. Sukhanova*

**The objective:** study the features of gynecological, physical history, diagnosis and treatment of patients with benign epithelial ovarian tumors (BeEOT) and borderline epithelial ovarian tumors (BEOT), determining the frequency of recurrence of ovarian tumors in the postoperative period.

**Patients and methods.** According to a retrospective analysis of case histories of 112 women with epithelial ovarian tumors (EOT) underwent conservative or radical surgical treatment in a hospital, two groups were formed: I group – patients with benign epithelial ovarian tumors (BeEOT), which amounted to 85 (75,9%) women, and group II – patients with borderline epithelial ovarian tumors (BEOT), which amounted to 27 (24,1%) women. It was found that the main complaints of patients with EOT were pain (49,1%), abdominal distension (17%), and abnormal uterine bleeding (12,5%). The highest incidence of BeEOT (31,8%) observed in the age group of 41–50 years, while the peak incidence of BEOT (44,4%) corresponds to the age group of 51–60 years.

**Results.** In BEOT endocrine pathology occurs significantly more frequently ( $p < 0,05$ ) than in BeEOT – 25,9% vs. 9,4%, respectively. Pathology of pancreatic-hepatobiliary system occurs significantly more frequently ( $p < 0,05$ ) in patients with BEOT compared with BeEOT – 81,5% versus 57,6%, respectively. Venous disorders (varicose veins of the pelvic organs, lower limbs, haemorrhoids) observed in BEOT significantly more frequently ( $p < 0,05$ ) than in BeEOT – 18,5% vs. 5,9%, respectively. EOT most often diagnosed in the period from 1 to 6 months after the first clinical manifestations with an average uptake of medical care  $4,6 \pm 0,57$  months. In assessing of peritoneal exudate cytogram the mesothelium cells are significantly more common for BeEOT ( $p < 0,01$ ) than BEOT – 79,4% versus 40,9%, respectively. Cervicitis is more likely significantly to occur in BeEOT ( $p < 0,01$ ) than in BEOT – 29,4% vs. 7,4%, respectively. The most common histological type among the benign tumors of the ovaries are endometriomas, which occurred in 48,2% of all BeEOT cases, and among the borderline tumors – serous tumors, which accounted for 59,3% of all BEOTs.

**Conclusion.** The use of organ sparing surgery in EOT increases the risk of recurrence, especially in the case of endometrial histology or borderline variant of tumor.

**Key words:** benign and borderline epithelial ovarian tumors, clinical-anamnestic analysis, diagnosis, treatment.

Сведения об авторах

**Егоров Михаил Юрьевич** – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последилового образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (099) 350-86-14. E-mail: yegorovmichael@gmail.com

**Суханова Аурика Альбертовна** – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последилового образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 467-03-03. E-mail: a.sukhanova@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абдуллаева Л.М. Клинико-гистологическая характеристика доброкачественных образований яичников // Здоровье женщины. – 2012. – № 2 (68). – С. 197–198.
2. Александров А.Л. Современные подходы к диагностике доброкачественных опухолей яичников // Одесский медицинский журнал. – 2007. – № 4 (102). – С. 79–84.
3. Боженко О.Ю. Оптимізація методів діагностики пухлин яєчників та визначення підходів до хірургічного лікування: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 2014. – 20 с.
4. Дубініна В.Г., Александров О.Л. Возможні шляхи вдосконалення диференціальної діагностики доброякісних новоутворень яєчників // Здоровье женщины. – 2010. – № 10 (56). – С. 213–215.
5. Клименко Е.С. Клініко-морфологічні критерії прогнозу перебігу граничних пухлин яєчника: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харків, 2015. – 20 с.
6. Куприенко Н.В., Малик А.В. Наиболее значимые варианты комплексного лечения муцинозных опухолей яичников // Університетська клініка. – 2013. – № 1 (9). – С. 111–114.
7. Логутова Л.С., Попов А.А., Петрухин В.А. и соавт. Хирургическое лечение беременных с доброкачественными опухолями яичников // Вопросы онкологии. – 2014. – № 3 (60). – С. 392–395.
8. Нейштадт Э.Л. Опухоли яичника / Э.Л. Нейштадт, И.Н. Ожиганова. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2014. – 352 с.
9. Новикова Е.Г., Шевчук А.С., Завадлишина Л.Э. Некоторые аспекты органосохраняющего лечения пограничных опухолей яичников // Росс. онкол. журн. – 2010. – № 4. – С. 15–20.
10. Носенко Е.Н. Некоторые вопросы современной классификации, эпидемиологии и патогенеза доброкачественных кистозных образований яичников у девочек-подростков и женщин активного репродуктивного возраста // Новости медицины и фармации. Гинекология (253). – 2008. <http://www.mif-ua.com/archive/article/5992>
11. Сіненко Н.О. Оптимізація тактики ведення хворих з доброякісними і пограничними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями яєчників: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 2009. – 19 с.
12. Ярошук Т.М., Болгова Л.С. Цитологическая диагностика опухолей яичника // Онкология. – 2013. – № 3. – С. 178–183.
13. Crum CP, Drapkin R, Miron A, Ince TA, Muto M, Kindelberger DW, Lee Y. The distal fallopian tube: a new model for pelvic serous carcinogenesis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007, 19 (1): 3–9.
14. Laculle-Massin C, Collinet P, Faye N. Diagnosis of presumed benign ovarian tumors. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2013 Dec; 42(8):760–73.
15. Longacre TA, Gilks CB. Surface epithelial stromal tumours of ovary. In: Nucci MR, Olivia E (eds), *Gynecologic pathology*, Elsevier Churchill Living stone, 2009, 390–450.
16. May A, Love K, Gull S. Comparing ascitic aspirate and tissue biopsy in the diagnosis of ovarian malignancy. *J Obstet Gynaecol*. 2011 Aug; 31(6): 535–8.
17. Piek JM, van Diest PJ, Verheijen RH. Ovarian carcinogenesis: An alternative hypothesis. *Adv Exp Med Biol* 2008; 622: 79–87.

Статья поступила в редакцию 09.11.16