



# Тактика наблюдения беременных женщин с образованиями яичников

А.В. Никольская<sup>1</sup>, М.Л. Леффад<sup>1,2</sup>, Е.П. Яричина<sup>1</sup>, Т.А. Дорошенко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка»» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия

✉ lemin.leffad@gmail.com

## Аннотация

**Цель.** Способствовать эффективному ведению беременных женщин с патологическими образованиями яичников, не вызывая ятрогении и не снижая онконастороженности.

**Основные положения.** В обзор включены данные зарубежных и отечественных публикаций в базах PubMed, Medline за последние 5 лет в области, анализ беременных с образованиями яичников.

**Ключевые слова:** тактика, образования яичников, ультразвуковое исследование.

**Для цитирования:** Никольская А.В., Леффад М.Л., Яричина Е.П., Дорошенко Т.А. Тактика наблюдения беременных женщин с образованиями яичников. *Клинический разбор в общей медицине.* 2026; 7 (2): 111–114. DOI: 10.47407/kr2026.7.2.00778

## Management of ovarian tumors in pregnancy

Anna V. Nikolskaya<sup>1</sup>, Lemin M. Leffad<sup>1,2</sup>, Elizaveta P. Yarichina<sup>1</sup>, Tatiana A. Doroshenko<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Moscow Multidisciplinary Clinical Center “Kommunarka”, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia

✉ lemin.leffad@gmail.com

## Abstract

**Aim.** To contribute to effective management of pregnant women with ovarian masses never causing iatrogenia or lowering cancer alertness.

**Highlights.** The review included the data of foreign and domestic papers deposited in the PubMed, Medline databases in the last 5 years focused on assessment of pregnant women with ovarian masses.

**Keywords:** tactics, ovarian formations, ultrasound examination.

**For citation:** Nikolskaya A.V., Leffad L.M., Yarichina E.P., Doroshenko T.A. Management of ovarian tumors in pregnancy. *Clinical review for general practice.* 2026; 7 (2): 111–114 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.2.00778

Образования яичников (ОЯ) во время беременности в большинстве случаев выявляются при проведении планового ультразвукового исследования (УЗИ) в I триместре [1]. Во II триместре, по данным Т. Ahmadu и соавт., выявляется до 25% опухолей [2].

Распространенность ОЯ во время беременности оценивается исследователями по-разному. Так, J. Jorgensen и соавт. сообщают о частоте встречаемости новообразований от 0,15 до 5,7%, К. Ritta и соавт. – от 0,1 до 0,8%, Т. Ahmadu и соавт. – от 2 до 3% [1–4]. Ожидается, что в ближайшем будущем частота встречаемости ОЯ, выявляемых во время беременности, возрастет как из-за увеличения среднего возраста первородящих, так и непрерывного совершенствования методов диагностики [5].

Большая часть ОЯ, выявляемых во время беременности, – доброкачественные: дермоидные и эндометриодные кисты, кисты желтых тел, простые и параовариальные кисты [6]. Малигнизация образований – достаточно редкое явление, происходящее с частотой от 0,8 до 1,6% [7]. Рак яичников составляет, по некоторым данным, 0,8–13% от числа всех выявленных во время беременности ОЯ. В структуре выявляемых во время беременности злокачественных новообразований (ЗНО) репродуктивной системы рак яичников (РЯ) занимает 2-е место после рака шейки матки [8]. Факторы риска развития РЯ хо-

рошо известны: гиперэстрогения, раннее менархе, отягощенный семейный анамнез (в том числе носительство мутаций генов BRCA), ожирение [9].

Магнитно-резонансная томография (МРТ) как метод, позволяющий точно установить источник опухоли, стадировать патологический процесс, может быть использована в ограниченном объеме (без введения контрастного препарата ввиду его тератогенного эффекта) только со II триместра, что затрудняет своевременное получение пациенткой эффективной терапии и в ряде случаев значительно ухудшает прогноз 5-летней выживаемости [10]. В отличие от МРТ, проведение УЗИ безопасно и обладает высокой чувствительностью и специфичностью при диагностике различных ОЯ: кист желтого тела, простых и параовариальных кист (65,2 и 97,9% соответственно), тератом (92,3 и 99,4% соответственно), эндометриодных кист (64,3 и 98,5% соответственно) [11].

Тактика ведения беременных с ОЯ зависит как от ультразвуковой (УЗ) картины, результатов МРТ, так и от клинических проявлений, так как гистологическая верификация не всегда возможна [12]. По данным D. Franciszek Dłuski и соавт., наиболее частым осложнением во время беременности является угроза прерывания, реже наблюдаются обструкция образованием родовых путей (14–21%), разрывы капсулы образования

**Таблица 1. Изменения параметров кровотока во время беременности**

Table 1. Changes in blood flow parameters during pregnancy

Параметр	Направление изменения	Основная причина
Сосудистое сопротивление: индекс резистентности, пульсационный индекс, систоло-диастолическое соотношение (S/D)	Прогрессивно снижается (особенно на стороне желтого тела)	Гормональная вазодилатация, формирование зоны низкого сопротивления вокруг желтого тела и хориона (впоследствии – плаценты)
Максимальная систолическая скорость	Увеличивается	Снижение периферического сосудистого сопротивления, увеличение сердечного выброса и объема циркулирующей крови

(12–14,7%) и перекуты ножки образования (6–9%) [8]. Симптомы при ЗНО чаще всего отсутствуют или являются неспецифическими, характерными и для нормальной гестации (боли в области живота, пояснице, запоры, газообразование, дизурия и т.д.) [13].

Широко используемая на данный момент система УЗ-стратификации риска РЯ O-RADS (Ovarian-Adnexal Reporting and Data System) позволяет объективизировать данные УЗИ придатков и маршрутизировать пациенток в зависимости от категории выявленного образования [14].

Однако часть профессионального сообщества считают, что возможности ее применения во время беременности ограничены по ряду причин:

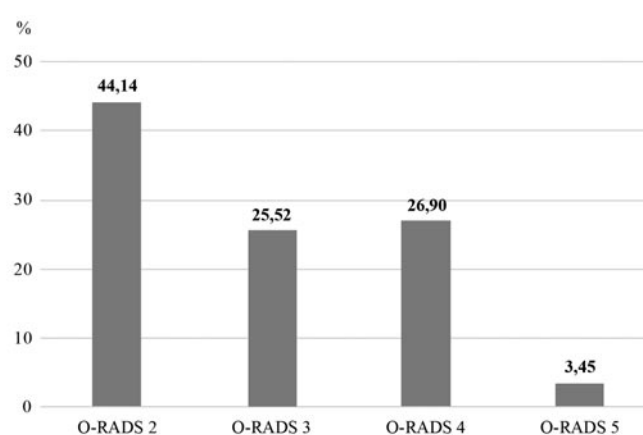
- 1) 70% ОЯ, обнаруженных в I триместре, регрессируют к 18–20-й неделям беременности;
- 2) увеличенные размеры матки затрудняют визуализацию яичников;
- 3) гиперваскуляризация органов малого таза снижает информативность исследования образований в режиме цветового доплеровского картирования;
- 4) риск малигнизации ОЯ во время беременности низкий [15].

Опыт нашего клинического центра продемонстрировал завышение категории O-RADS при беременности, что связано с объективными причинами. Малый таз женщины во время беременности претерпевает значительные изменения. Под воздействием прогестерона и эстрогенов происходит расширение сосудов, что значительно увеличивает объем кровотока. Объем циркулирующей крови начинает расти уже с 6-й недели беременности. Яичниковые артерии вносят вклад в огромный приток крови, который требуется для развивающейся беременности. Прогестерон расслабляет гладкую мускулатуру не только матки, но и стенок сосудов, что способствует замедлению кровотока и небольшому застою в венозной системе. Это, в свою очередь, может привести к варикозному расширению вен малого таза и полнокровию венозных сплетений. Это, безусловно, отражается на УЗ-визуализации придатков и может приводить к завышению категории O-RADS в части оценки индекса васкуляризации (табл. 1).

Второй особенностью, влияющей на стратификацию категории по O-RADS при беременности, является децидуальная реакция (децидуоз), которую прогестерон вызывает не только в эндометрии, но и в эндометриоидных гетеротопиях. Ярким примером децидуоза является трансформация внутреннего контура эндометриоидных

**Рис. 1. Категории по O-RADS у пациенток, наблюдавшихся в ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ».**

Fig. 1. O RADS categories in patients followed up at the Kommunarka Moscow Multidisciplinary Clinical Center of the Moscow City Health Department.



кист: он становится неровным, имитируя солидноподобные или солидные структуры, что приводит к присвоению более высокой категории по O-RADS [16, 17].

Несмотря на вышеперечисленные недостатки, наш опыт позволяет однозначно утверждать, что применение системы O-RADS во время беременности не только возможно, но и необходимо, так как четко обозначенные терминологические характеристики делают исследование воспроизводимым. Ввиду того, что во время беременности предпочтение чаще всего отдается динамическому наблюдению (с целью увеличения гестационного возраста), крайне важно иметь единую терминологическую базу и соответствующую ей классификацию. Также важно отметить, что размеры образования в динамике целесообразно оценивать именно по объему, а не по максимальному линейному размеру, так как изменяется конфигурация по мере прогрессирования беременности.

Нами проанализированы 145 медицинских карт беременных с ОЯ, которые наблюдались в ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ»: 64 с категорией 2 по O-RADS, 37 – 3 по O-RADS, 39 – 4 по O-RADS и 5 – с категорией 5 по O-RADS (рис. 1); 82 пациентки из 145 (56,94%) были впоследствии прооперированы по совокупности показаний.

За промежуток времени от первого УЗИ при постановке на учет до срока беременности 16–20 нед наблюдалась следующая динамика (рис. 2).

**Рис. 2. Изменение категории по O-RADS по мере прогрессирования беременности: от УЗИ при постановке на учет до 16–20 нед гестации.**

Fig. 2. Change of the O RADS categories with pregnancy progression: from ultrasonography at registration to 16–20 weeks of gestation.



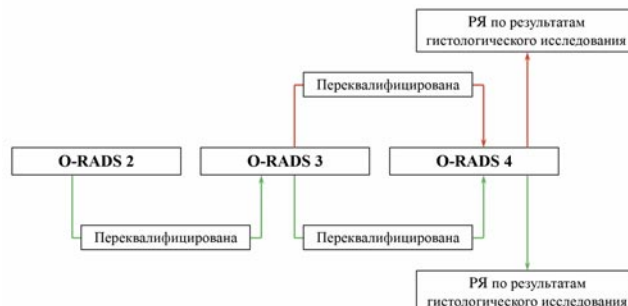
В дальнейшем (после 20 нед гестации) у большинства образований не изменялись категории по O-RADS. Неровный внутренний контур и солидоподобные образования, из-за визуализации которых присваивались категории по O-RADS 3, 4 и 5, при гистологическом исследовании чаще всего описывались патоморфологами как «очаговая пролиферация в цистаденомах» и «децидуоз в эндометриоидных кистах».

Солидный компонент в 12 случаях был описан патоморфологами как эндометриоз, в 1 случае – как муцинозная цистаденома яичника в сочетании с опухолью Бреннера, в 1 – струма яичника.

РЯ по результатам гистологического исследования был диагностирован у 3 пациенток. У одной из них

**Рис. 3. Изменение категорий по O-RADS в процессе динамического наблюдения у пациенток, которым впоследствии был выставлен диагноз РЯ (зеленые стрелки – пациентка 1, красные стрелки – пациентка 2).**

Fig. 3. Change of the O RADS categories during follow-up of the patients, in whom the diagnosis of ovarian cancer was later established (green arrows – patient No. 1, red arrows – patient No. 2).



изначально была выставлена категория 5 по O-RADS, изменение категорий в процессе динамического наблюдения у двух других пациенток представлено на рис. 3: первоначально одной из них была выставлена категория 2 по O-RADS, второй – 3 по O-RADS.

Классификация O-RADS подразумевает не только разделение на категории, но и первичные рекомендации по лечебно-диагностической тактике. Однако алгоритм, представленный Департаментом здравоохранения г. Москвы в 2024 г., не применим к беременным. Для разработки алгоритмов наблюдения и лечения беременных с ОЯ неопределенного характера необходима

**Таблица 2. Тактика инструментального наблюдения беременных в зависимости от категории O-RADS**

Table 2. Tactics of instrumental monitoring of pregnant women depending on the O-RADS category

Категория O-RADS	Рекомендации по проведению УЗИ
1	Наблюдение в перинатальном центре не требуется! В случае отсутствия в анамнезе операций по поводу ЗНО яичников (в том числе пограничные опухоли) дополнительных обследований не требуется. При наличии ЗНО яичников в анамнезе (в том числе пограничные опухоли) – УЗ-оценка каждые 4 нед, при изменении структуры яичника – пересмотр категории O-RADS
2	Наблюдение в перинатальном центре не требуется! При впервые выявленном образовании оценить динамику через 4 нед. 1. Уменьшение в динамике $\geq 10\%$ от первоначального объема – дальнейшее наблюдение и обследование не требуются. 2. Отсутствие динамики – повторное исследование через 6 мес. 3. Увеличение в динамике $\geq 10\%$ от первоначального объема – повторное УЗИ через 12 нед. 4. Изменение структуры образования – пересмотр категории O-RADS
3	Наблюдение в перинатальном центре не требуется! При впервые выявленном образовании оценить динамику через 4 нед. 1. Уменьшение в динамике $\geq 10\%$ от первоначального объема – повторное УЗИ через 6 мес. 2. Отсутствие динамики – повторное исследование через 12 нед. 3. Увеличение в динамике $\geq 10\%$ от первоначального объема – повторное УЗИ через 8 нед. 4. Изменение структуры образования – пересмотр категории O-RADS
4 (вероятность малигнизации 10–50%)	Требуются наблюдение в перинатальном центре, УЗИ и измерение уровня онкомаркеров в динамике, консилиум. При впервые выявленном образовании оценить динамику через 4 нед. 1. Уменьшение в динамике $\geq 10\%$ от первоначального объема – УЗИ через 8 нед. 2. Отсутствие динамики – повторное исследование через 6 нед. 3. Увеличение в динамике $\geq 10\%$ от первоначального объема – повторное УЗИ через 4 нед. 4. Изменение структуры образования – пересмотр категории O-RADS
5 (вероятность малигнизации 50–100%)	Рекомендованы дообследование (в том числе проведение МРТ, при необходимости с контрастированием) и оперативное лечение

работа мультидисциплинарной команды, однако в повседневную практику уже сейчас можно внедрить несколько важных моментов для повышения уровня безопасности как пациенток, так и врачей.

На наш взгляд, необходимо провести повторное УЗИ через 4 нед после подтверждения факта развивающейся маточной беременности, так как сроки относительно безопасного оперативного вмешательства ограничены 18 нед гестации. Инструментальную диагностическую тактику в зависимости от выявленной ситуации стоит пересмотреть и стандартизировать с учетом беременности. На основе опыта ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» нами предлагается следующий алгоритм наблюдения беременных в зависимости от категории O-RADS (табл. 2).

## Выводы

1. Значительное количество образований повергло регрессу, исчезнув или понизив категорию O-RADS в процессе динамического наблюдения.

2. Все образования категории O-RADS 2 и 3, которые не меняли терминологических характеристик, были доброкачественными.

3. Подавляющее большинство образований O-RADS 4 (те образования, которые не меняли структуру в динамическом наблюдении) и O-RADS 5 были доброкачественными образованиями с элементами очаговой пролиферации или децидуоза. Таким образом, риск малигнизации в этих категориях у беременных женщин ниже, чем у небеременных. И при выборе категории O-RADS 4 или 5, которая впоследствии не подтверждается, гистологически речь идет не о гипердиагностике, а об особенностях диагностики в период беременности.

4. Рак был выявлен гистологически в категории O-RADS 5 и в случаях, когда категория O-RADS повышалась в динамическом наблюдении.

5. Классификацию O-RADS необходимо применять у беременных пациенток. Тактику по ведению и наблюдению необходимо пересмотреть междисциплинарной командой.

6. Категория O-RADS 5 при беременности крайне немногочисленна и заслуживает тактики, такой же как для небеременных пациенток. Категория O-RADS 4: учитывая низкий потенциал бластоматозной трансформации O-4 и высокий риск интраоперационных осложнений, обусловленный размерами матки, после 22 нед предпочтительно динамическое наблюдение до срока родоразрешения при условии отсутствия динамики с структуре образования.

7. Повторные исследования с предложенным интервалом повышают информативность, не снижают наступленности, при этом позволяют пролонгировать беременность до гестационного возраста, гарантирующего лучшие постнатальные исходы.

Заключение УЗИ – это обычно первый и часто единственный метод визуализации, который используют для оценки новообразований таза и яичников, так как большинство из них можно правильно классифицировать в режиме «серой шкалы» и на основе данных доплеровского УЗИ. Крайне важно с учетом развивающейся беременности выбрать нужную категорию O-RADS, что позволит:

- 1) правильно маршрутизировать пациентку;
- 2) не пропустить сроки относительно безопасного до 18 нед оперативного вмешательства;
- 3) не нанести вред необоснованным лечением и обследованием (МРТ с контрастом);
- 4) провести адекватное обследование и лечение, невзирая на беременность в случае, когда опасения по поводу злокачественности, выявленного образования изначально высоки или возрастают по мере наблюдения.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interests.

**Финансирование.** Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования.  
**Funding.** The authors declare no external funding.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>  
The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Никольская Анна Всеволодовна** – врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ». E-mail: nikoly74@mail.ru; ORCID: 0009-0000-1816-4562

**Лефпад Мохамед Лемин** – врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ», аспирант каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: lemin.leffad@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6816-3314

**Яричина Елизавета Павловна** – врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ». E-mail: yarichinaelizaveta@gmail.com; ORCID: 0009-0004-5756-6029

**Дорошенко Татьяна Александровна** – врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ». E-mail: tanya.doroshenko.94@bk.ru; ORCID: 0000-0002-2931-4455

Поступила в редакцию: 11.12.2025

Поступила после рецензирования: 15.12.2025

Принята к публикации: 18.12.2025

## INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Anna V. Nikolskaya** – Physician in Ultrasound Diagnostics, Moscow Multidisciplinary Clinical Center “Kommunarka”. E-mail: Nikoly74@mail.ru; ORCID: 0009-0000-1816-4562

**Lemin M. Leffad** – Physician in Ultrasound Diagnostics, Moscow Multidisciplinary Clinical Center “Kommunarka”; Graduate Student, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: lemin.leffad@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6816-3314

**Elizaveta P. Yarichina** – Physician in Ultrasound Diagnostics, Moscow Multidisciplinary Clinical Center “Kommunarka”. E-mail: yarichinaelizaveta@gmail.com; ORCID: 0009-0004-5756-6029

**Tatiana A. Doroshenko** – Physician in Ultrasound Diagnostics, Moscow Multidisciplinary Clinical Center “Kommunarka”. E-mail: tanya.doroshenko.94@bk.ru; ORCID: 0000-0002-2931-4455

Received: 11.12.2025

Revised: 15.12.2025

Accepted: 18.12.2025

**Вклад авторов:** А.В. Никольская – разработка концепции обзора, написание текста, анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи; М.Л. Лефпад – написание текста, анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи; Т.А. Дорошенко, Е.П. Яричина – анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи.

**Author contribution:** A.V. Nikolskaya – developing the review concept, manuscript writing, data analysis, reviewing papers on the issue; M.L. Leffad – manuscript writing, data analysis, reviewing papers on the issue; T.A. Doroshenko, E.P. Yarichina – data analysis, reviewing papers on the issue.