

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

---

DOI: 10.47026/2413-4864-2023-1-108-117

УДК 618.11-006.6-022.56-073.75:618.173-052-055.2

ББК Р569.715.2.9-436

В.Н. ДИОМИДОВА, М.А. САФОНОВА,  
Т.В. СТАРОСТИНА, А.А. ВАЗАНОВ, Д.С. ГЛЯКИН

### ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА СЕРОЗНОЙ КАРЦИНОМЫ ЯИЧНИКА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ У ПАЦИЕНТКИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА (клинический случай)

**Ключевые слова:** яичник, рак, серозная карцинома, ультразвуковая диагностика, лучевая диагностика.

**Актуальность.** Среди опухолей женских генитальных органов одним из распространенных считается рак яичников. Из-за отсутствия специфической клинической картины на раннем этапе более чем в половине случаев отмечается запоздалое выявление рака яичников. Ввиду этого актуальной проблемой в онкогинекологии остается своевременная диагностика рака яичников.

**Цель работы** – демонстрация рисков несвоевременной диагностики на примере клинического случая запоздалой первичной лучевой диагностики серозной карциномы яичника больших размеров у пациентки постменопаузального возраста.

**Результаты.** В статье отражен некоторый опыт отечественных и зарубежных исследователей по изучению причин поздней диагностики рака яичников. Представлен случай из клинической практики с анализом развития клинической картины болезни, тактики ведения пациентки. Данный клинический случай является примером запоздалой диагностики рака яичников у пациентки постменопаузального возраста. К сожалению, в данной ситуации на момент первичной диагностики рака яичников опухоль уже имела большие размеры, вероятно, из-за этого клиническая картина болезни и объективная оценка состояния пациентки были расценены ошибочно.

**Заключение.** Анализ данного клинического примера доказывает, что только выполнение полного алгоритма комплексного применения анамнестических, лабораторных (в том числе онкомаркеров), инструментальных (прежде всего таких методов лучевой диагностики, как ультразвуковое исследование, компьютерная томография) и других методов диагностики является основой своевременной диагностики рака яичников.

**Введение.** Рак яичника (РЯ) является одним из распространенных онкологических заболеваний у женщин. К сожалению, при РЯ общая пятилетняя выживаемость пациенток составляет менее 40%. Этот факт объясняется тем, что в большинстве случаев РЯ удается диагностировать лишь на поздних стадиях [2, 17]. 90% всех злокачественных новообразований яичников имеют эпителиальное происхождение (аденокарциномы).

Сложность своевременной диагностики РЯ и установление его стадии в настоящее время объясняются тем, что под РЯ объединены в одну группу аденокарциномы, различные по клинике, происхождению и биологическим свойствам [9]. В новой 4-й редакции классификации опухолей яичника от 2014 г. представлены такие основные нозологические группы, как эпителиальные, стромальные, мезенхимальные опухоли, опухоли стромы полового тяжа, терминогенные опухоли, смешанные, лимфопролиферативные заболевания, опухолеподобные заболевания, вторичные опухоли. В этой классификации среди эпителиальных опухолей выделяют высокодифференцированные

серозные карциномы яичника (генетический тип I) и низкодифференцированные серозные карциномы яичника (генетический тип II) [19]. В последнее время для оценки стадии опухолевого процесса оптимальной и используемой в практике считается классификация РЯ по FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics – Международная федерация акушерства и гинекологии) от 2013 г. [15, 20].

**Целью работы** была демонстрация рисков несвоевременной диагностики РЯ на клиническом примере запоздалой первичной лучевой диагностики серозной карциномы яичника больших размеров у женщины постменопаузального возраста.

**Клинический случай.** Пациентка А., 62 года, в анамнезе – 4 беременности, роды – 1, менопауза – 7 лет; онкоанамнез семейный не отягощен. Обратилась по поводу абдоминальных болей, временами усиливающихся до сильных, особенно при физической активности, но не зависящих от приема пищи, чувства тошноты, слабости, одышки, отечности нижних конечностей, уменьшения количества мочи.

Считает себя больной около года, когда появились и в последующем усилились боли в области низа живота. Отмечает с этого же момента постепенное увеличение размеров живота.

Из анамнеза болезни известно, что пациентка обращалась за медицинской помощью по поводу болей в области низа живота около года назад и была госпитализирована в терапевтический стационар, где прошла стандартные общеклинические и лабораторно-инструментальные исследования (в том числе – ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, эхокардиографию). Был выставлен основной клинический диагноз – гипертоническая болезнь, сопутствующие заболевания – хронический гастрит, рефлюксный эзофагит.

Необходимо отметить, что в момент нахождения пациентки в терапевтическом стационаре и после она не была осмотрена гинекологом и не было выполнено никаких исследований гинекологических органов.

После лечения в терапевтическом стационаре не отмечает улучшения состояния, характер болей в области живота не изменился. С течением времени интенсивность абдоминальной боли нарастала, параллельно с этим продолжалось увеличение размеров живота. Значительное ухудшение состояния и усиление болей по всему животу высокой интенсивности отмечает в последний месяц. Боли не уменьшались при приеме обезболивающих лекарственных препаратов, усиливались в положении стоя, при ходьбе и незначительной физической активности.

При УЗИ органов брюшной полости пациентки по стандартному протоколу на момент осмотра (обратилась по рекомендации врача скорой медицинской помощи, вызванной из-за сильных болей в животе) обнаружено следующее. В положении пациентки лежа на спине – живот значительно увеличен в размерах, при надавливании ультразвуковым датчиком – напряжен и болезненный во всех отделах. Из-за выраженной боли пациентка с трудом меняла положение тела. При этом в эпигастральной области во всех квадрантах живота и с переходом на область полости малого таза визуализировалось опухолевидное образование больших размеров с преобладанием кистоподобного компонента (максимальный размер по наружному диаметру опухоли составил 48,0 см). Опухоль имела четкие и ровные наружные и неровные внутренние контуры. Эхоструктура новообразования в В-режиме визуально была неоднородной, преимущественно – жидкостной (состояла из двух кистоподобных полостных структур

в диаметре 10,0 см и 28,0 см) и с наличием справа по внутреннему контуру задне-нижней части капсулы опухоли солидного эхогенного компонента опухоли на протяжении 10,0 см. В режиме ЦДК содержимое в полостях опухоли было аваскулярное и анэхогенное, недостаточно однородное из-за небольшого количества эхогенной взвеси, подвижной при надавливании датчиком и перемене положения тела пациентки. Данная опухоль сдавливала, оттесняла и деформировала практически все органы брюшной полости, структура которых была интактной по отношению к данному образованию и не имела видимых локальных и инфильтративных опухолевых изменений. В брюшной полости выявлено (преимущественно в правом верхнем квадранте) небольшое количество свободной жидкости.

Органы малого таза: мочевой пузырь, матка оттеснены влево и кзади, без видимых нарушений эхоструктуры; визуально дифференцировать границы матки и яичников не удалось из-за наложения данного образования. В полости малого таза также определялся выпот в небольшом количестве.

По данным УЗИ высказано предположение о кистозной опухоли больших размеров, вероятнее всего исходящее из правого яичника (рис. 1), и пациентка направлена на рентгеновскую компьютерную томографию органов брюшной и тазовой полостей для уточнения органной принадлежности опухоли.

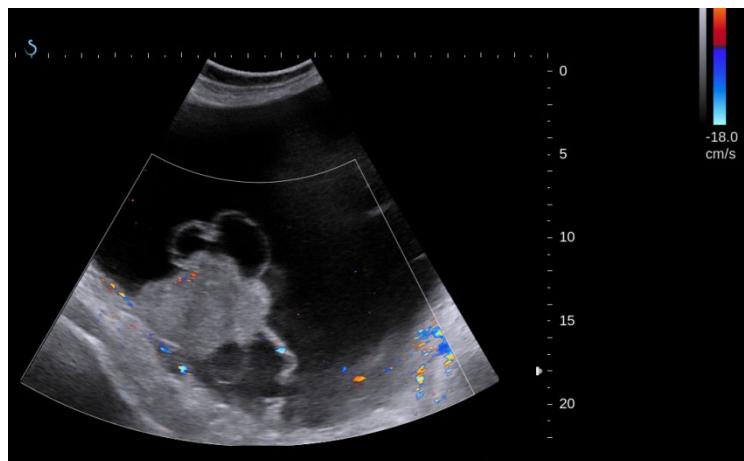


Рис. 1. Ультразвуковое визуальное изображение опухоли с преобладанием анэхогенного жидкостного компонента больших размеров с эхогенным ограниченным компонентом, выявленного при УЗИ органов брюшной полости и малого таза

Рентгеновская компьютерная томография (КТ) проведена без внутривенного контрастирования. Получены аксиальные сканы визуальных КТ-изображений органов в коронарной и сагittalной реконструкциях. По результатам КТ в брюшной полости обнаружено больших размеров кистозное опухолевое образование с пристеночным солидным компонентом, распространяющееся на малый таз (вероятнее всего исходящее из органов малого таза – яичника). Максимальные КТ-размеры образования были: кососагittalный – 150 мм, кософронтальный – 260 мм, вертикальный (частично) – 267 мм, плотность содержимого составила 18 НУ. Образование компримировало органы брюшной и тазовой полостей (рис. 2, а–в).

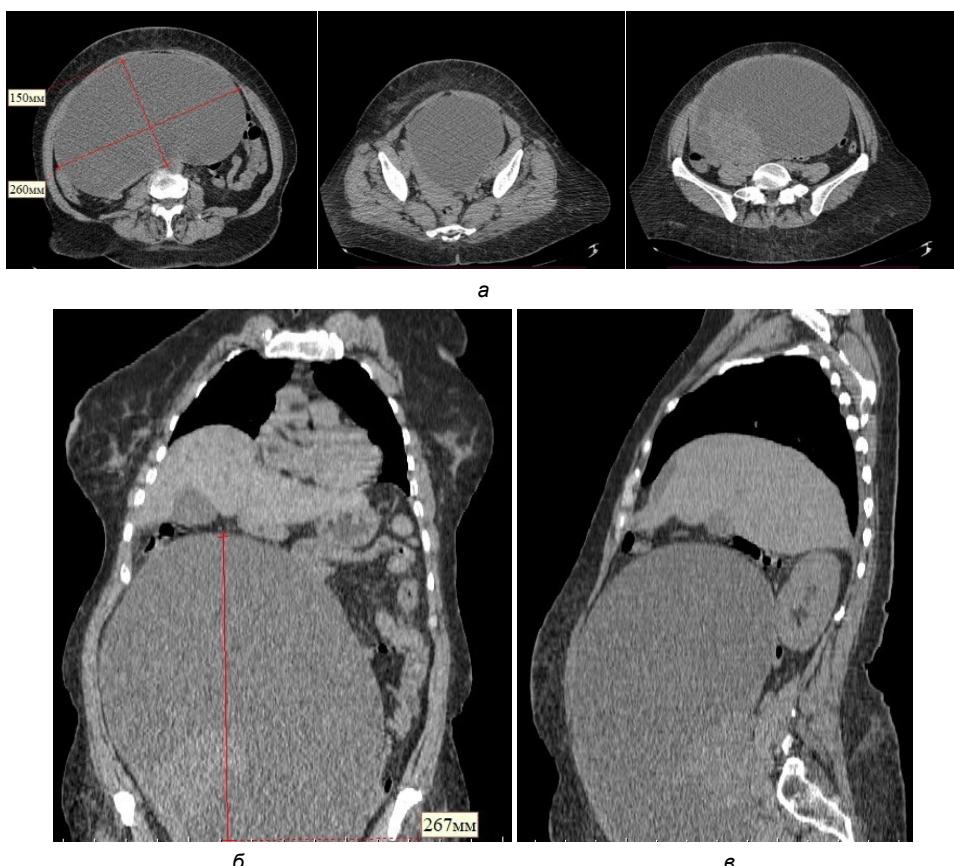


Рис. 2. Рентгеновская компьютерная томография органов брюшной полости без внутривенного контрастирования:

*а* – аксиальные сканы; *б* – коронарная реконструкция; *в* – сагиттальная реконструкция.  
Больших размеров кистозное опухолевое образование с пристеночным солидным компонентом, преимущественно локализованное в брюшной полости с распространением в полость малого таза (красные линии)

По данным КТ органов грудной полости – онкологической патологии не выявлено.

В общеклинических анализах мочи и крови без особенностей (уровень гемоглобина в пределах 122–135 г/л), особых отклонений в биохимических показателях крови также не обнаружено.

Эзофагогастроудоденоскопия: Эрозивный эзофагит. Недостаточность кардии. Эрозивный гастрит. Деформация антрального отдела желудка сдавлением извне.

Колоноскопия: Неоплазии ободочной кишки. Полипэктомия. Дивертикулы сигмовидной кишки.

Пациентка госпитализирована в онкогинекологический стационар, где выполнена чрезбрюшинная операция экстирпации матки с придатками и с резекцией большого сальника.

При оперативном вмешательстве обнаружено, что всю брюшную полость занимает опухоль размерами 30×40×45 см, с плотной эластической консистенции, умеренно напряженная, с гладкой наружной поверхностью без патологических наростов и сращений.

При пальпации установлено, что опухоль исходит из правого яичника. С помощью вакуум-аспиратора пунктируема капсула опухоли, эвакуировано 7 л жидкости желто-коричневого цвета. При ревизии органов брюшной полости опухолевой патологии не выявлено. Регионарные лимфатические узлы пальпаторно не увеличены.

При ревизии органов малого таза установлено: тело матки смещено влево и несколько увеличено, плотной консистенции, грушевидной формы, с ровными контурами, правильной формы, обычной окраски, без спаек; правый яичник полностью трансформирован в опухоль, маточная труба справа визуально не изменена; левые придатки визуально не изменены, атрофированы. На брюшине Дугласова кармана и на маточно-крестцовых связках, брыжейке сигмовидной кишки определяются метастатические узлы до 2,0 см в диаметре. В брюшной полости обнаружен выпот до 600 мл в объеме.

Заключение гистологического исследования операционного материала: низкодифференцированная серозная карцинома яичника (G3); в сальнике – метастаз серозной карциномы.

Заключение цитологического исследования жидкости из серозных полостей опухоли: кровь, макрофагально гистиоцитарные элементы, мезотелий; опухолевые клетки не обнаружены.

Таким образом, в представленном клиническом случае основным является злокачественное новообразование правого яичника (рак яичника) больших размеров (St.3c T3cN1Mo) с развитием асцита и канцероматоза, что демонстрирует позднюю диагностику РЯ.

Клинические проявления РЯ, в отличие от новообразований других репродуктивных органов, на раннем этапе не имеют характерных патогномоничных признаков, что нередко является одной из причин несвоевременной диагностики болезни [18].

В практике нередки случаи, когда лишь при поздних стадиях опухолевого процесса начинают проявляться первые клинические симптомы РЯ. Различные варианты клинических проявлений злокачественных новообразований яичника обусловлены различной морфологической структурой опухоли [7, 14].

При распространении опухолевого процесса за пределы яичников пациентки проявляют жалобы на боли в области живота, малого таза, нарушения стула, вздутие живота и т.д. Ввиду отсутствия специфичности жалоб ко времени установления РЯ у большинства больных опухолевый процесс выявляется на III–IV стадиях. В связи с этим наибольшую значимость для своевременной диагностики злокачественных новообразований яичников приобрел метод ультразвуковой визуализации матки и придатков трансабдоминальным и трансректальным доступами [7, 13].

Варианты визуальной картины эхографической структуры РЯ, по данным исследования А.Н. Вострова с соавт., можно подразделить на четыре основных типа: солидный, кистозный, смешанные варианты с преобладанием солидного компонента – солидно-кистозный и с преобладанием кистозного компонента – кистозно-солидный типы [6].

А.Н. Востров с соавт. провели сравнительный анализ результатов ультразвукового и патоморфологического исследований 500 женщин с РЯ с данными оперативного материала. Авторы пришли к выводу, что во избежание ошибок при оценке состояния матки и придатков на предоперационном этапе необходимо выполнить все этапы УЗИ. При этом необходимо начинать с трансабдоминального

доступа и завершать трансвагинальным или трансректальным доступами, так как уменьшения числа ошибок при УЗИ можно добиться при правильном методическом подходе к выполнению полного протокола УЗИ [12]. Использование такой новой инновационной технологии, как ультразвуковая эластография, при ультразвуковом исследовании расширяет возможности и улучшает качество диагностики патологии гинекологических органов [4].

На основания обзора большого количества литературных источников отечественных и зарубежных исследователей, М.А. Антошечкина с соавт. представили анализ диагностической информативности различных методов лучевой диагностики в ранней диагностике РЯ [1]. Эти и другие авторы отмечают, что для улучшения показателей ранней диагностики РЯ наряду с УЗИ можно также успешно использовать неинвазивные визуальные технологии КТ и магнитно-резонансной томографии (МРТ) [8, 18].

В настоящее время выработан оптимальный алгоритм для своевременного выявления РЯ, заключающийся в следующем.

Диагностические мероприятия при осмотре женщин с подозрением на РЯ традиционно необходимо начинать со сбора жалоб и анамнестических данных с особым акцентом на наследственность, менструальные и детородные функции женщины, прием контрацептивных/гормональных препаратов. На втором этапе, уже при клиническом осмотре пациентки, оценивается состояние всех генитальных органов. В алгоритме инструментального обследования всем пациенткам проводится УЗИ органов тазовой и брюшной полостей, по показаниям используется КТ и МРТ органов малого таза, колоноскопия. Лабораторное исследование, кроме общеклинических и биохимических показателей крови, дополняется определением уровня сывороточных онкологических маркеров (альфа-фетопротеина, СА-125, хорионического гонадотропина) [3, 5, 16].

С.О. Никогосян с соавт. в своей публикации также отмечают диагностическую ценность каждого пункта представленного алгоритма для своевременного выявления первичного/метастатического РЯ [10].

На основании анализа рандомизированных исследований по оценке риска развития опухолей яичников, представленной международной группой IOTA (International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group), предложены ультразвуковые прогностические критерии доброкачественных и злокачественных опухолей яичников. Доказана высокая эффективность данной системы IOTA Group с уровнем доказательности I. При этом основными ультразвуковыми признаками злокачественных или малигнизированных опухолей яичников установлены: многокамерность опухоли (более одной камеры), наличие солидных элементов размерами более 7 мм, гладкостенная многокамерная опухоль размерами более 100 мм, выраженная васкуляризация компонентов опухолевого образования [3, 16, 21].

В целях своевременной диагностики РЯ в 2021 г. принят Консенсус между Европейским обществом гинекологической онкологии, Международной группой анализа опухолей яичников, Международным обществом ультразвука в акушерстве и гинекологии и Европейским обществом гинекологической эндоскопии. В данном документе указано, что немалое место в своевременной диагностике опухолей яичников имеет квалификация специалиста [11].

Данный клинический пример является примером запоздалой диагностики РЯ у пациентки постменопаузального возраста. К сожалению, в данной ситуации на момент первичной диагностики РЯ опухоль уже имела огромные размеры, вероятно, из-за этого клиническая картина болезни и объективная оценка состояния пациентки были расценены ошибочно.

**Выводы.** Представленный клинический пример и опыт отечественных и зарубежных исследователей подтверждают трудность своевременной диагностики рака яичников. Усложняет ситуацию и отсутствие конкретных клинических симптомов, указывающих на поражение яичников злокачественным опухолевым процессом.

Анализ данного клинического примера убедительно указывает, что только выполнение полного алгоритма комплексного применения анамнестических, лабораторных (в том числе онкомаркеров), инструментальных (прежде всего таких методов лучевой диагностики, как ультразвуковое исследование, компьютерная томография) и других методов исследования является основой своевременной диагностики РЯ.

#### Литература

1. Антошечкина М.А., Савинова Е.Б., Чуркина С.О. Анализ эффективности неинвазивных визуальных технологий в диагностике ранних стадий рака яичников // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2011. № 4. С. 94–97.
2. Диагностика и лечение доброкачественных новообразований яичников с позиции профилактики рака / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева, Н.В. Артымук и др. // Проблемы репродукции. 2018. Т. 24, № S6. С. 827–855.
3. Диагностика и лечение доброкачественных новообразований яичников с позиции профилактики рака: клинические рекомендации (протокол лечения): утв. президентом Российской общества акушеров-гинекологов академиком РАН, профессором В.Н. Серов // О направлении клинических рекомендаций «Диагностика и лечение доброкачественных новообразований яичников с позиции профилактики рака»: письмо Минздрава России от 04.12.2018 г. № 15-4/10/2-7838 [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-прав. системы КонсультантПлюс.
4. Диомидова В.Н., Захарова О.В., Петрова О.В., Сиордия А.А. Ультразвуковая эластография (компрессионная и сдвиговой волной) в акушерстве и гинекологии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2016. Т. 15(2). С. 52–58. DOI: 10.20953/1726-1678-2016-2-52-58.
5. Жук Е.Г. Современные концепции в диагностике рака яичников // Онкологический журнал. 2020. Т. 14, № 4(56). С. 118–128.
6. История и принципы ультразвуковой диагностики опухолей женской репродуктивной системы / А.Н. Востров, В.И. Казакевич, Л.А. Митина и др. // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2017. Т. 4(3). С. 116–123.
7. Карелина О.Б., Фетисова Т.И. Рак яичника: факторы риска и профилактика // Женское здоровье и репродукция. 2018. № 2(21). С. 7–14.
8. Методы лучевой диагностики при раке яичника: роль в тактике ведения пациентов / А.Е. Соловьева, К. Дадак, А.Д. Макацария и др. // REJR. 2018. Т. 8(3). С. 30–47. DOI: 10.21569/2222-7415-2018-8-3-30-47.
9. Минимальные клинические рекомендации Европейского общества медицинской онкологии (ESMO) / пер. с англ. под ред. С.А. Тюляндина, Д.А. Носова, Н.И. Переводчиковой. М.: Издательская группа РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 2010. 436 с.
10. Никогосян С.О., Загаштоков А.З., Левченко Н.Е., Тхакохов М.М. Прогностические модели в диагностике рака яичников // Опухоли женской репродуктивной системы. 2018. Т. 14(2). С. 82–89.
11. Озерская И.А. Стандартизация ультразвукового исследования патологии придатков матки по IOTA, O-RADS: метод. рекомендации. М.: МЕДпресс-информ, 2022. 48 с.
12. Ошибки эхографии в диагностике распространенности рака яичников / А.Н. Востров, В.И. Казакевич, Л.А. Митина и др. // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2017. Т. 4(1). С. 40–44. DOI: http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2017-4-1-40-44.
13. Первично-множественные злокачественные новообразования женских половых органов. История вопроса, эпидемиология, терминология и классификация / М.А. Сафонова, В.Н. Диомидова, О.В. Захарова и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2017. Т. 16, № 2. С. 59–64.
14. Поражение женских репродуктивных органов в структуре первично-множественных злокачественных новообразований / М.А. Сафонова, В.Н. Диомидова, О.В. Захарова и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2016. Т. 15, № 3. С. 48–53. DOI: 10.20953/1726-1678-2016-3-48-53.
15. Рак яичника: современные подходы к классификации, диагностике, стадированию и дифференцированной тактике ведения больных / А.Г. Соловьева, В.О. Бицадзе, А.Е. Соловьева и др. // Журнал акушерства и женских болезней. 2017. Т. 66, № 2. С. 55–66. DOI: 10.17816/JOWD66255-66.

16. Рак яичников / рак маточной трубы / первичный рак брюшины (МКБ 10:C48.0, C48.1, C48.2, C56, C57): клинические рекомендации / Ассоциация онкологов России; Российское общество клинической онкологии; Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы; Одобрены Научно-практическим Советом Минздрава РФ; год утверждения: 2020 [Электронный ресурс]. URL: [https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/rak\\_jaichnikov\\_matochnoj\\_truby.pdf](https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/rak_jaichnikov_matochnoj_truby.pdf).
17. Саенинова А.Р., Гатауллин И.Г. Ранняя диагностика и скрининг рака яичников // Казанский медицинский журнал. 2022. Т. 103, № 3. С. 476–483.
18. Случай запущенного рака яичников у 18-летней пациентки / С.П. Синчихин, Р.В. Павлов, И.В. Телегина и др. // Астраханский медицинский журнал. 2022. Т. 17, № 2. С. 109–113. DOI: 10.48612/agmu/2022.17.2.109.113.
19. Франк Г.А., Москвина Л.В., Андреева Ю.Ю. Новая классификация опухолей яичника // Архив патологии. 2015. Т. 77(4). С. 40–50. DOI: <https://doi.org/10.17116/patol201577440-50>.
20. Prat J. Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *Int J Gynecol Obstet*, 2014, vol. 124(1), pp. 1–5.
21. Van Calster B., Van Hoorede K., Valentijn L. et al. Evaluating the risk of ovarian cancer before surgery using the ADNEX model to differentiate between benign, borderline, early and advanced stage invasive, and secondary metastatic tumours: prospective multicentre diagnostic study. *BMJ*, 2014, vol. 349, g5920. DOI: 10.1136/bmj.g5920.

**ДИОМИДОВА ВАЛЕНТИНА НИКОЛАЕВНА** – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней с курсом лучевой диагностики, Чувашский государственный университет; заведующая отделением ультразвуковой диагностики, Городская клиническая больница № 1, Россия, Чебоксары ([diomidovavn@rambler.ru](mailto:diomidovavn@rambler.ru); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3627-7971>).

**САФОНОВА МАРИНА АНАТОЛЬЕВНА** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом лучевой диагностики, Чувашский государственный университет; заведующая отделением рентгенодиагностики, Республиканский клинический онкологический диспансер, Россия, Чебоксары ([safmaran@yandex.ru](mailto:safmaran@yandex.ru); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8578-6449>).

**СТАРОСТИНА ТАТЬЯНА ВАЛЕРЬЕВНА** – заведующая поликлиническим отделением, врач-онколог, Республиканский клинический онкологический диспансер, Россия, Чебоксары ([rkok-pol-zav@med.cap.ru](mailto:rkok-pol-zav@med.cap.ru)).

**ВАЗАНОВ АНДРЕЙ АТТИКОВИЧ** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии и онкологии, Чувашский государственный университет; заместитель главного врача по медицинской части, врач-онколог, Республиканский клинический онкологический диспансер, Россия, Чебоксары ([andvaz@mail.ru](mailto:andvaz@mail.ru); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8530-4876>).

**ГЛЯКИН ДМИТРИЙ СЕРГЕЕВИЧ** – заведующий онкологическим отделением № 5, врач-онколог, Республиканский клинический онкологический диспансер, Россия, Чебоксары ([gds16@mail.ru](mailto:gds16@mail.ru)).

Valentina N. DIOMIDOVA, Marina A. SAFONOVA,  
Tatyana V. STAROSTINA, Andrey A. VAZANOV, Dmitry S. GLYAKIN

#### RADIATION DIAGNOSIS OF SEROUS CARCIONEOMA OF THE OVARY OF ENORMOUS SIZE IN A PATIENT OF POSTMENOPAUSAL AGE (Clinical Case)

**Key words:** ovary, cancer, serous carcinoma, ultrasound diagnostics, radiation diagnostics.

**Topicality.** Among the tumors of the female genital organs, ovarian cancer is considered one of the most common. Due to the lack of a specific clinical picture at an early stage, in more than half of cases there is a delayed detection of ovarian cancer. In view of this, an urgent problem in oncogynecology remains the timely diagnosis of ovarian cancer.

**The purpose of the work** is to demonstrate the complexity and untimely diagnosis of ovarian cancer on the example of the presented clinical case of primary radiation diagnosis of serous ovarian carcinoma of enormous size in a postmenopausal patient.

**Outcomes.** The article reflects some experience of domestic and foreign researchers, where the reasons that explain the late diagnosis of ovarian cancer are studied. A case from clinical practice with an analysis of the development of the clinical picture of the disease, the tactics of patient management is presented. This clinical example is an example of a belated diagnosis

of ovarian cancer in a postmenopausal patient. Unfortunately, in this situation, at the time of the initial diagnosis of ovarian cancer, the tumor already had a huge size, probably because of this, the clinical picture of the disease and the objective assessment of the patient's condition were regarded erroneously.

**Conclusion.** The analysis of this clinical example convincingly indicates that only the implementation of a complete algorithm for the complex use of anamnestic, laboratory (including tumor markers), instrumental (primarily radiation diagnostic methods, such as ultrasound, computed tomography) and other diagnostic methods is the basis for the timely diagnosis of ovarian cancer.

## References

1. Antoshechkina M.A., Savinova E.B., Churkina S.O. *Analiz effektivnosti neinvazivnykh vizual'nykh tekhnologii v diagnostike rannikh stadii raka yaichnikov* [Analysis of the effectiveness of non-invasive imaging technologies in the diagnosis of early stages of ovarian cancer]. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskii vestnik*, 2011, no. 4, pp. 94–97.
2. Adamyan L.V., Andreeva E.N., Artymuk N.V. et al. *Diagnostika i lechenie dobrokachestvennykh novoobrazovanii yaichnikov s pozitsii profilaktiki raka* [Diagnosis and treatment of benign ovarian neoplasms from the standpoint of cancer prevention]. *Problemy reproduktsii*, 2018, vol. 24, no. S6, pp. 827–855.
3. *Diagnostika i lechenie dobrokachestvennykh novoobrazovanii yaichnikov s pozitsii profilaktiki raka: klinicheskie rekomendatsii (protokol lecheniya)*: utv. prezidentom Rossiiskogo obshchestva akusherov-ginekologov akademikom RAN, professorom V.N. Serov [Diagnosis and treatment of benign ovarian neoplasms from the standpoint of cancer prevention: clinical recommendations (treatment protocol): utv. President of the Russian Society of Obstetricians and Gynecologists, Academician of the Russian Academy of Sciences, Professor V.N. Serov]. In: *O napravlenii klinicheskikh rekomendatsii «Diagnostika i lechenie dobrokachestvennykh novoobrazovanii yaichnikov s pozitsii profilaktiki raka»: pismo Minzdrava Rossii ot 04.12.2018 g. № 15-4/10-2-7838* [On the direction of clinical recommendations "Diagnosis and treatment of benign ovarian neoplasms from the standpoint of cancer prevention": letter of the Ministry of Health of Russia dated 04.12.2018 No. 15-4 / 10 / 2-7838]. Access from the reference and legal system ConsultantPlus.
4. Diomidova V.N., Zakharova O.V., Petrova O.V., Siordiya A.A. *Ul'trazvukovaya elastografiya (kompressionnaya i sdvigovoi volnoi) v akusherstve i ginekologii* [Ultrasound (Compression and Shear wave) Elastography in Obstetrics and Gynaecology]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*, 2016, vol. 15(2), pp. 52–58. DOI: 10.20953/1726-1678-2016-2-52-58.
5. Zhuk E.G. *Sovremennye kontseptsii v diagnostike raka yaichnikov* [Current Concepts in the Diagnosis of Ovarian Cancer]. *Onkologicheskii zhurnal*, 2020, vol. 14, no. 4(56), pp. 118–128.
6. Vostrov A.N., Kazakevich V.I., Mitina L.A. et al. *Istoriya i printsypi ul'trazvukovoi diagnostiki opukholoi zhenskoi reproduktivnoi sistemy* [History and Principles of Ultrasound Diagnosis of Tumors of the Female Reproductive System]. *Arkhiv akusherstva i ginekologii im. V.F. Snegireva*, 2017, vol. 4(3), pp. 116–123.
7. Karelina O.B., Fetisova T.I. *Rak yaichnika: faktory riska i profilaktika* [Ovarian cancer: risk factors and prevention]. *Zhenskoe zdorov'e i reproduktsiya*, 2018, no. 2(21), pp. 7–14.
8. Solopova A.E., Dadak K., Makatsariya A.D. et al. *Metody luchevoi diagnostiki pri rake yaichnika: rol' v taktike vedeniya patientsov* [Methods of radiation diagnosis in ovarian cancer: role in the tactics of patient management]. *REJR*, 2018, vol. 8(3), pp. 30–47. DOI: 10.21569/2222-7415-2018-8-3-30-47.
9. Tyulyandin S.A., Nosov D.A., Perevodchikova N.I., eds. *Minimal'nye klinicheskie rekomendatsii Evropeiskogo obshchestva meditsinskoi onkologii (ESMO)* [Minimum Clinical Guidelines of the European Society for Medical Oncology (ESPO)]. Moscow, 2010, 436 p.
10. Nikogosyan S.O., Zagashtokov A.Z., Levchenko N.E., Tkhakokhov M.M. *Prognosticheskie modeli v diagnostike raka yaichnikov* [Malignant Ovarian Tumors Diagnostics Difficulties]. *Opukholi zhenskoi reproduktivnoi sistemy*, 2018, vol. 14(2), pp. 82–89.
11. Ozerskaya I.A. *Standartizatsiya ul'trazvukovogo issledovaniya patologii pridatkov matki po IOTA, O-RADS: metodicheskie rekomendatsii* [Standardization of ultrasound examination of the pathology of the uterine appendages by IOTA, O-RADS: methodological recommendations]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2022, 48 p.
12. Vostrov A.N., Kazakevich V.I., Mitina L.A. et al. *Oshibki ekhografii v diagnostike rasprostranennosti raka yaichnikov* [Errors of Sonography in the Diagnosis of the Prevalence Rate of Ovarian Cancer]. *Arkhiv akusherstva i ginekologii im. V.F. Snegireva*, 2017, vol. 4(1), pp. 40–44. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2017-4-1-40-44>.
13. Safonova M.A., Diomidova V.N., Zakharova O.V. et al. *Pervichno mnozhestvennye zloakancheskvennye novoobrazovaniya zhenskikh polovyykh organov. Istoriya voprosa, epidemiologiya, terminologiya i klassifikatsiya* [Primary, multiple malignant neoplasms of the female genital organs].

- Background, epidemiology, terminology and classification]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*, 2017, vol. 16, no. 2, pp. 59–64.
14. Safonova M.A., Diomidova V.N., Zakharova O.V. et al. *Porazhenie zhenskikh reproduktivnykh organov v strukture pervichno-mnozhestvennykh zлокачественных новообразований* [The defeat of the female reproductive organs in the structure of primary-multiple malignant neoplasms]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*, 2016, vol. 15, no. 3, pp. 48–53. DOI: 10.20953/1726-1678-2016-3-48-53.
15. Solopova A.G., Bitsadze V.O., Solopova A.E. et al. *Rak yaichnika: sovremennye podkhody k klassifikatsii, diagnostike, stadirovaniyu i differentsirovannoi taktike vedeniya bol'nykh* [Ovarian cancer: current approaches to classification, diagnostics, staging and differential management of patients]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei*, 2017, vol. 66, no. 2, pp. 55–66. DOI: 10.17816/JOWD66255-66.
16. *Rak yaichnikov / rak matochnoi truby / pervichnyi rak bryushiny (MKB 10:C48.0, C48.1, C48.2, C56, S57): klinicheskie rekomendatsii* [Ovarian cancer / fallopian tube cancer / primary peritoneal cancer (ICD 10:C48.0, C48.1, C48.2, C56, C57): Clinical Guidelines]. Available at: [https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/rak\\_yaichnikov\\_matochnoj\\_truby.pdf](https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/rak_yaichnikov_matochnoj_truby.pdf).
17. Savinova A.R., Gataullin I.G. *Rannyaya diagnostika i skrining raka yaichnikov* [Early diagnosis and screening of ovarian cancer]. *Kazanskii meditsinskii zhurnal*, 2022, vol. 103, no. 3, pp. 476–483.
18. Sinchikhin S.P., Pavlov R.V., Telegina I.V. et al. *Sluchai zapushchennogo raka yaichnikov u 18-letnei patsientki* [A Case of Advanced Ovarian Cancer in Eighteen-Year-Old Woman]. *Astrakhanskii meditsinskii zhurnal*, 2022, vol. 17, no. 2, pp. 109–113. DOI: 10.48612/agmu/2022.17.2.109.113.
19. Frank G.A., Moskina L.V., Andreeva Yu.Yu. *Novaya klassifikatsiya opukholei yaichnika* [New classification of ovarian tumors]. *Arkhiv patologii*, 2015, vol. 77(4), pp. 40–50. DOI: <https://doi.org/10.17116/patol201577440-50>.
20. Prat J. Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *Int J Gynecol Obstet*, 2014, vol. 124(1), pp. 1–5.
21. Van Calster B., Van Hoorde K., Valentijn L. et al. Evaluating the risk of ovarian cancer before surgery using the ADNEX model to differentiate between benign, borderline, early and advanced stage invasive, and secondary metastatic tumours: prospective multicentre diagnostic study. *BMJ*, 2014, vol. 349, g5920. DOI: 10.1136/bmj.g5920.

**VALENTINA N. DIOMODOVA – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Propaedeutics of Internal Medicine with a Course of Radiation Diagnostics, Chuvash State University, Russia, Cheboksary (diomidovav@rambler.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3627-7971>).**

**MARINA A. SAFONOVA – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Propaedeutics of Internal Diseases with a Course of Radiology, Chuvash State University; Head of X-ray Diagnostics Department, Republican Clinical Oncologic Dispensary, Russia, Cheboksary (safrmaran@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8578-6449>).**

**TATYANA V. STAROSTINA – Head of the Polyclinic Department, Oncologist, Republican Clinical Oncology Dispensary, Russia, Cheboksary (rkod-pol-zav@med.cap.ru).**

**ANDREY A. VAZANOV – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of General Surgery and Oncology, Chuvash State University; Deputy Chief Physician for Medical Department, Oncologist, Republican Clinical Oncology Dispensary, Russia, Cheboksary (andvaz@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8530-4876>).**

**DMITRY S. GLYAKIN – Head of the Oncology Department No. 5, Oncologist, Republican Clinical Oncology Dispensary, Russia, Cheboksary (gds16@mail.ru).**

**Формат цитирования:** Диомидова В.Н., Сафонова М.А., Старостина Т.В., Вазанов А.А., Глякин Д.С. Лучевая диагностика серозной карциномы яичника больших размеров у пациентки постменопаузального возраста (клинический случай) [Электронный ресурс] // Acta medica Eurasica. – 2023. – № 1. – С. 108–117. – URL: <http://acta-medica-eurasica.ru/single/2023/1/13>. DOI: 10.47026/2413-4864-2023-1-108-117.