ПОРАДИ

Рак ендометрія чи яєчників у молодому віці: коли можна зберегти можливість мати дітей

18 листопада 2026 р. · 9 хв читання

Коли при раку ендометрія та пухлинах яєчників можна зберегти матку і яєчники, хто приймає це рішення і як після лікування планувати вагітність. За матеріалами доповіді онколога Артема Микитюка.

Онкологічний діагноз у 30 чи 35 років змінює все. Здебільшого одразу виникає ще одне питання, яке не завжди наважуються поставити лікарю: а чи зможу я після лікування мати дітей?

Для частини пацієнток відповідь «так». Сучасна онкогінекологія вміє лікувати деякі види раку ендометрія та пухлин яєчників, зберігаючи матку, яєчник або обидва. Проте такий підхід має чіткі межі, і саме про них ця стаття. Вона написана за матеріалами доповіді Артема Микитюка, PhD, хірурга-онколога й асистента кафедри онкології НМУ імені О. О. Богомольця, та спирається на міжнародні настанови ESGO/ESHRE/ESGE (2023) і ASCO (2025).

Чому про фертильність треба говорити одразу

Щороку у світі онкологічне захворювання діагностують понад 2 мільйонам жінок, молодших за 50 років. В Україні 2021 року серед жінок 15–49 років зареєстрували 12 835 нових випадків.

Водночас лише 30–40% пацієнток репродуктивного віку отримують консультацію щодо збереження фертильності до початку лікування. З них лише 10–15% наважуються на кріоконсервацію яйцеклітин чи ембріонів.

Тут вирішальну роль відіграє час. Багато можливостей зберегти фертильність існують лише до початку хіміотерапії, променевої терапії чи операції. Тому розмова про ризик безпліддя має відбутися одразу після встановлення діагнозу, а не після завершення лікування.

Що таке фертильність-зберігаюче лікування

Фертильність-зберігаюче лікування (fertility-sparing treatment, FST) — це стратегія, яка має дві мети одночасно:

- онкологічний контроль, тобто вилікувати хворобу або надійно її стримати;
- збереження репродуктивної функції, тобто залишити можливість завагітніти в майбутньому.

Порядок цих цілей не випадковий. Якщо вони суперечать одна одній, перевагу завжди має перша.

FST допустиме лише в ретельно відібраних пацієнток. Щоб рішення було безпечним, потрібні:

- експертна перевірка гістологічних препаратів досвідченим патоморфологом;
- молекулярна класифікація пухлини;
- повне стадіювання, тобто точне визначення поширення процесу;
- рішення мультидисциплінарного консиліуму;
- інформована згода пацієнтки, яка розуміє ризики та альтернативи;
- суворе подальше спостереження.

Шлях пацієнтки: від діагнозу до збереження фертильності

Для кожної жінки, яка хоче зберегти фертильність, маршрут складається з тих самих п’яти кроків:

1. Діагноз. Онкологічний діагноз підтверджено.
2. Раннє консультування. Лікар обговорює з пацієнткою ризик безпліддя та її репродуктивні плани.

3. Мультидисциплінарна команда. Онкогінеколог, репродуктолог, радіолог, патоморфолог та інші спеціалісти разом оцінюють ситуацію.
4. План лікування. Команда визначає онкологічну стратегію і план збереження фертильності.
5. Репродуктивні втручання. За погодженим планом виконують стимуляцію яєчників і кріоконсервацію ооцитів або ембріонів.

Стимуляцію можна починати в будь-який день менструального циклу (random-start ovarian stimulation). Це означає, що немає потреби чекати на «правильний» день і відкладати онкологічне лікування.

Рак ендометрія: кому можна зберегти матку

Рак ендометрія (внутрішньої оболонки матки) — пухлина, при якій збереження фертильності можливе за дуже конкретних умов.

Онкологічні критерії

Пацієнтка може бути кандидаткою на FST, якщо одночасно виконуються всі умови:

- гістологія — ендометріоїдна аденокарцинома низького ступеня злоякісності G1 (у ретельно відібраних випадках можливий розгляд G2);
- стадія — FIGO IA;
- інвазія в міометрій (м'язовий шар матки) відсутня або мінімальна за даними МРТ;
- лімфоваскулярна інвазія (LVSI) відсутня;
- позаматкового поширення немає.

Додаткові умови

- бажання пацієнтки зберегти фертильність;
- готовність до регулярного гістологічного контролю кожні 3–6 місяців;
- молекулярна класифікація пухлини (MMR, p53, POLE);

- генетичне консультування за підозри на синдром Лінча.

> *Безпека лікування при раку ендометрія визначається насамперед правильним відбором пацієнток. Його основа — експертна патологічна верифікація, МРТ малого таза і мультидисциплінарний підхід.*

Як проходить лікування

1. Діагностика та відбір. Гістероскопія з прицільною біопсією, МРТ малого таза, перевірка відповідності критеріям.
2. Лікування. Гістероскопічна резекція пухлинного вогнища та прогестинова терапія: таблетки, внутрішньоматкова система з левоноргестрелом (LNG-IUS) або їх поєднання.
3. Контроль відповіді. Контрольна біопсія через 3–6 місяців.
4. Повна морфологічна відповідь, коли в біоптаті вже немає пухлинних клітин. Її досягають 70–80% пацієнток.
5. Реалізація репродуктивних планів. Вагітність настає самостійно або за допомогою допоміжних репродуктивних технологій.
6. Дефінітивне лікування. Після завершення репродуктивних планів рекомендують видалення матки (гістеректомію).

Важливо знати і про ризик. Після досягнення відповіді рецидив виникає у 30–40% пацієнток. Тому спостереження не закінчується з настанням ремісії: гістологічний контроль кожні 3–6 місяців, оцінка клінічних і радіологічних даних, а за ознак прогресування тактику переглядають негайно.

Якщо повної відповіді немає через 6–12 місяців, переходять до стандартного хірургічного лікування.

Вагітність після лікування раку ендометрія

Планувати допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) можна лише за трьох умов:

- повну морфологічну відповідь підтверджено гістологічно;
- є погодження онкогінеколога;
- вагітність не відкладають без потреби.

Маршрут у цьому випадку такий: підтвердження відповіді, спільне рішення онкогінеколога й репродуктолога, контрольована стимуляція яєчників, ЕКЗ або ICSI, перенесення ембріона та вагітність.

Під час стимуляції перевагу надають протоколам із летрозолом: вони зменшують вплив естрогенів, від яких залежить цей тип пухлини. Залежно від віку, оваріального резерву і наявності супутнього безпліддя можливе як ЕКЗ, так і спроби природного зачаття.

Чи безпечна стимуляція? За наявними даними, контрольована стимуляція яєчників після повної відповіді не пов'язана з переконливим підвищенням ризику рецидиву. Вагітність варто планувати якомога раніше після досягнення ремісії. Після повної відповіді ДРТ є онкологічно допустимою, а часто й оптимальною стратегією швидко реалізувати репродуктивну функцію.

Пухлини яєчників: усе вирішує тип пухлини

Для яєчників питання «чи можна зберегти фертильність» не має однієї відповіді. Вона залежить від трьох речей: гістологічного типу пухлини, стадії та повноти хірургічного стадіювання. Розглянемо чотири групи пухлин, за яких такий підхід можливий.

Пограничні пухлини яєчників

Пограничні пухлини (borderline ovarian tumors, BOT) мають низький потенціал злоякісності й високу загальну виживаність. Саме для них збереження фертильності має найкраще доведене обґрунтування.

Хірург може обрати один із двох підходів:

- цистектомію, тобто видалення лише пухлини зі збереженням максимально можливої частини яєчника;
- однобічну аднексектомію, тобто видалення ураженого яєчника разом із матковою трубою.

Рецидиви після органозберігаючої операції виникають у 25–30% випадків, частіше, ніж після радикальної. Проте вони здебільшого неінвазивні та низького ступеня, і повторне лікування в більшості випадків не впливає на загальну виживаність, яка перевищує 95% навіть після рецидиву.

Щодо репродуктивного прогнозу: більшість пацієнток зберігають фертильність, частота настання вагітності порівняння із загальною популяцією, а пологи й стан новонароджених не відрізняються від звичайних. Вагітність після такої операції безпечна і не погіршує онкологічних результатів. Тому для молодих жінок із пограничною пухлиною, які хочуть мати дітей, фертильність-зберігаючий підхід є стандартом. Він лише потребує ретельного і тривалого спостереження.

Герміногенні пухлини

Герміногенні пухлини часто виникають у молодому віці й дуже чутливі до хіміотерапії. Частота одужання висока, прогноз сприятливий, а ризик рецидиву за адекватного лікування низький. Операція зі збереженням фертильності тут є стандартом лікування, а не винятком.

Пухлини строми статевого тяжа

До цієї групи належать гранульозоклітинні, текалоклітинні пухлини, пухлини Сертолі–Лейдіга та інші. На ранніх стадіях можливе органозберігаюче лікування, і зазвичай ці пухлини перебігають повільно.

Їхня особливість — ризик пізніх рецидивів, навіть через 10–20 років. Тому ключ до безпеки тут у ретельному відборі пацієнток і довготривалому спостереженні.

Ранній епітеліальний рак яєчників

Це найсуворіша група, і фертильність-зберігаюча операція тут можлива лише в ретельно відібраних пацієнток. Онкологічні критерії такі:

- стадія FIGO IA;
- низький ступінь злоякісності G1 (обмежено — окремі випадки G2);
- однобічне ураження;
- відсутність макроскопічного поширення пухлини;
- повне хірургічне стадіювання: перитонеальні змиви, видалення великого сальника (оментектомія), біопсії або резекції очеревини, оцінка другого яєчника.

У такому разі виконують однобічну сальпінгоофоректомію, тобто видаляють уражений яєчник із трубою, а матку і другий яєчник зберігають. Мета операції — онкологічна радикальність зі збереженням фертильності.

Безпеку тут визначає не лише стадія, а й адекватність хірургічного стадіювання. Якщо стадіювання неповне, точно оцінити ризик неможливо.

Збереження фертильності не показане, якщо:

- стадія IB або вища;
- пухлина G3 або має агресивну гістологію;
- ураження двобічне;
- стадіювання неповне;
- є макроскопічне поширення.

Коли зберігати фертильність не можна

Головне правило звучить так: бажання зберегти фертильність не може переважати неприйнятний онкологічний ризик.

Абсолютні обмеження:

- high-grade пухлини, тобто низькодиференційовані пухлини з високим ризиком рецидиву і прогресування;
- агресивна гістологія: серозний рак високого ступеня, світлоклітинний рак, муцинозний рак високого ступеня;
- поширений процес: стадія вище IA для епітеліального раку яєчників, позаорганне поширення;
- неможливість адекватного спостереження, коли регулярні візити й рекомендовані обстеження недоступні;
- відсутність інформованої згоди, коли пацієнтка не усвідомлює ризиків або не розуміє альтернатив.

Є й відносні обмеження, які оцінюють індивідуально: ступінь диференціації G2, невідомий молекулярний профіль (POLE/MMR), неповне хірургічне стадіювання, супутні захворювання, що підвищують операційні ризики, а також небажання або неможливість тривалого спостереження.

Хто приймає рішення

Рішення про фертильність-зберігаюче лікування приймає мультидисциплінарна команда, а не окремий лікар. Ролі в ній чітко розподілені.

Онкогінеколог і хірург-онколог визначають, чи допустимий такий підхід з онкологічного погляду. Репродуктолог реалізує репродуктивний потенціал пацієнтки в межах онкологічно безпечної стратегії. Для репродуктолога це означає кілька правил:

- не визначати самостійно онкологічну допустимість лікування;
- працювати лише в межах погодженого плану;
- не затримувати онкологічне лікування;
- реалізовувати вагітність якнайшвидше після отримання дозволу;

- підтримувати постійний зв’язок з онкогінекологом.

Для пацієнтки з цього випливає практична порада: якщо вам поставили онкогінекологічний діагноз, а ви плануєте дітей, просіть про консультацію репродуктолога до початку лікування. Що раніше обидва фахівці працюватимуть разом, то більше варіантів залишиться.

Головне

- Фертильність-зберігаюче лікування онкологічно безпечне лише в ретельно відібраних пацієнток.
- При раку ендометрія основою є гормональна терапія, а вагітність планують після повної морфологічної відповіді. Після завершення репродуктивних планів рекомендують гістеректомію.
- При пухлинах яєчників стратегія залежить від гістологічного типу, стадії та повноти стадіювання. Для пограничних і герміногенних пухлин збереження фертильності є стандартом, для епітеліального раку — винятком за суворих умов.
- Успіх визначає злагоджена робота онкогінеколога і репродуктолога.
- Пріоритетом завжди залишається онкологічна безпека.

Якщо ви зіткнулися з таким діагнозом і хочете обговорити можливості збереження фертильності, запишіться на консультацію до онколога або репродуктолога клініки «Екстрамед» в Івано-Франківську.

Матеріал має інформаційний характер і не замінює консультації лікаря. Рішення про тактику лікування приймає мультидисциплінарна команда після повного обстеження.

Джерела: ESGO/ESHRE/ESGE Fertility-Sparing Guidelines, 2023; ASCO Clinical Practice Guideline Update, 2025; International Agency for Research on Cancer, GLOBOCAN 2022; Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 24 (2021).