

Статья поступила в редакцию 21.04.2026 г.

Карелина О.Б., Болотова С.Н., Болотов К.С., Иванов А.В.
 Кемеровский государственный медицинский университет,
 Кузбасский клинический госпиталь для ветеранов войн им. Н.Н. Бурдина,
 г. Кемерово, Россия

ОПУХОЛЬ БРЕННЕРА БОЛЬШОГО РАЗМЕРА В ПОСТМЕНОПАУЗЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕДКОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКА

Опухоль Бреннера относится к редким эпителиальным новообразованиям яичников, составляя около 1-2% всех солидных опухолей данной локализации [1-3]. Диагностика этих новообразований представляет значительные трудности ввиду отсутствия патогномоничных клинических и эхографических признаков, что часто приводит к установлению окончательного диагноза лишь после гистологического исследования удаленного препарата [1, 4, 5]. Особую настороженность вызывают опухоли больших размеров, выявляемые в постменопаузальном периоде, требующие проведения дифференциальной диагностики со злокачественными процессами [6-8].

В статье представлено клиническое наблюдение пациентки 58 лет с опухолью Бреннера яичника диаметром 10 см, выявленной на фоне длительной менопаузы (16 лет) и тяжелой соматической патологии (морбидное ожирение с ИМТ 54,6, артериальная гипертензия). Особенностью случая явилось сочетание объемного образования яичника с субсерозной миомой матки, что создавало дополнительные сложности в предоперационной интерпретации данных [4, 9]. Проведенное оперативное лечение в объеме билатеральной лапароскопической аднексэктомии и миомэктомии позволило выполнить радикальное удаление новообразования. Послеоперационный период протекал без осложнений. Гистологическое исследование подтвердило диагноз доброкачественной опухоли Бреннера [10, 11].

Данное наблюдение демонстрирует необходимость включения опухоли Бреннера в дифференциально-диагностический поиск при солидных и солидно-кистозных образованиях яичников у женщин в постменопаузе [2, 7, 12], а также подчеркивает важность радикального хирургического подхода с обязательным морфологическим исследованием [1, 5, 6].

Ключевые слова: опухоль Бреннера; новообразования яичников; постменопауза; эпителиальные опухоли яичников; дифференциальная диагностика; лапароскопическая аднексэктомия; морбидное ожирение

Karelina O.B., Bolotova S.N., Bolotov K.S., Ivanov A.V.

Kemerovo State Medical University,
 Kuzbass Clinical Hospital for War Veterans named after N.N. Burdin, Kemerovo, Russia

LARGE BRENNER TUMOR IN POSTMENOPAUSE: A CLINICAL OBSERVATION OF A RARE OVARIAN NEOPLASM

Brenner tumor is a rare epithelial ovarian neoplasm, accounting for about 1-2% of all solid tumors of this localization [1-3]. Diagnosis of these neoplasms presents significant difficulties due to the absence of pathognomonic clinical and echographic signs, which often leads to the final diagnosis being established only after histological examination of the removed specimen [1, 4, 5]. Particular concern is raised by large tumors detected in the postmenopausal period, requiring differential diagnosis with malignant processes [6-8].

The article presents a clinical observation of a 58-year-old patient with a Brenner tumor of the right ovary measuring 10 cm in diameter, detected against the background of long-term menopause (16 years) and severe somatic pathology (morbid obesity with BMI 54.6, uncontrolled arterial hypertension). A feature of the case was the combination of an ovarian mass with subserous uterine myoma, which created additional difficulties in preoperative data interpretation [4, 9]. Surgical treatment in the form of bilateral laparoscopic adnexectomy and myomectomy allowed radical removal of the neoplasm. The postoperative period was uneventful. Histological examination confirmed the diagnosis of benign Brenner tumor [10, 11].

This observation demonstrates the need to include Brenner tumor in the differential diagnostic search for solid and solid-cystic ovarian masses in postmenopausal women [2, 7, 12], and also emphasizes the importance of a radical surgical approach with mandatory morphological examination [1, 5, 6].

Key words: Brenner tumor; ovarian neoplasms; postmenopause; ovarian epithelial tumors; differential diagnosis; laparoscopic adnexectomy; morbid obesity



10.24412/2686-7338-2026-3-165-170



WLSJBH

Информация для цитирования:

Карелина О.Б., Болотова С.Н., Болотов К.С., Иванов А.В. ОПУХОЛЬ БРЕННЕРА БОЛЬШОГО РАЗМЕРА В ПОСТМЕНОПАУЗЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕДКОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКА //Мать и Дитя в Кузбассе. 2026. №3(106). С. 165-170.

How to Cite:

Karelina O.B., Bolotova S.N., Bolotov K.S., Ivanov A.V. LARGE BRENNER TUMOR IN POSTMENOPAUSE: A CLINICAL OBSERVATION OF A RARE OVARIAN NEOPLASM). Mother and Baby in Kuzbass. 2026; 3(106): 165-170.



Дифференциальная диагностика объемных образований яичников у женщин в постменопаузальном периоде остается одной из сложных задач гинекологической практики. Частота выявления опухолевидных образований яичников в этой возрастной группе составляет от 2% до 18%, при этом риск малигнизации значительно возрастает, достигая 15-30% по данным различных авторов [6, 8, 11]. В структуре всех новообразований яичников особое место занимают редкие гистологические типы, к которым относится опухоль Бреннера, впервые описанная Fritz Brenner в 1907 году и детально классифицированная Robert Meyer в 1932 году [3, 12, 13].

Опухоль Бреннера представляет собой эпителиальное новообразование, относящееся к группе опухолей из переходных клеток. Частота встречаемости составляет от 1% до 2,5% среди всех эпителиальных опухолей яичников [1-3], при этом подавляющее большинство (95-98%) случаев представлено доброкачественными формами. Пограничные и злокачественные варианты встречаются крайне редко [6, 7, 14], что создает дополнительные сложности в предоперационном прогнозировании морфологического типа опухоли. Возрастной пик заболеваемости приходится на 50-70 лет, что совпадает с постменопаузальным периодом и требует повышенной онкологической настороженности [8, 11, 15].

Трудности дооперационной диагностики опухолей Бреннера обусловлены отсутствием патогномичных клинических и эхографических признаков. Ультразвуковое исследование, остающееся методом первой линии визуализации, может выявлять солидные, кистозные или смешанные структуры с различной степенью экзогенности и васкуляризации, что не позволяет достоверно дифференцировать опухоль Бреннера от других эпителиальных новообразований, включая злокачественные [1, 2, 4]. Определение уровня онкомаркеров (СА-125, HE₄) также обладает ограниченной специфичностью, особенно при небольших размерах опухоли и отсутствии инвазивного роста [16, 17].

Особую клиническую значимость представляют случаи выявления опухолей Бреннера больших размеров (более 8-10 см в диаметре) у пациенток с отягощенным соматическим статусом, где риск оперативного вмешательства повышается, а выбор оптимальной хирургической тактики требует тщательного предоперационного планирования. Наличие сопутствующей патологии органов малого таза (миома матки, эндометриоз, воспалительные изменения придатков) может создавать дополнительные диагностические сложности, имитируя клинику сочетанных гинекологических заболеваний [4, 8, 9, 18].

Пациентка Н., 58 лет, поступила в гинекологическое отделение ГАУЗ Кузбасский клинический госпиталь для ветеранов войн им. Н.Н. Бурдина в плановом порядке. При поступлении предъявляла жалобы на периодические ноющие боли внизу живота, которые беспокоили ее на протяжении по-

следних 6 месяцев. Характер болей – тупые, не связанные с физической нагрузкой или приемом пищи, что позволило предположить их связь с наличием объемного образования в малом тазу. Предварительно пациентка обратилась в женскую консультацию по месту жительства, где при ультразвуковом исследовании органов малого таза было выявлено объемное образование правого яичника. Образование было расценено как муцинозная цистаденома – наиболее частый гистологический тип эпителиальных опухолей яичников. Уровень онкомаркера СА-125 определялся в пределах референсных значений, что не противоречило предположению о доброкачественном характере процесса, однако и не позволяло исключить злокачественную природу новообразования.

С целью исключения патологии эндометрия в апреле 2024 года было выполнено раздельное диагностическое выскабливание, по результатам которого патологических изменений не выявлено. Учитывая значительные размеры образования (до 16 см в диаметре) и постменопаузальный период, пациентка была госпитализирована для планового оперативного лечения.

Из анамнеза: менархе с 14 лет, менструальный цикл регулярный. Менопауза наступила в 42 года, таким образом длительность постменопаузального периода на момент госпитализации составляла 16 лет. Этот факт имеет важное клиническое значение, поскольку любое объемное образование яичника в постменопаузе, особенно сохраняющееся или увеличивающееся, требует активной хирургической тактики. Акушерский анамнез: беременности – 2, роды – 1, аборт – 1. В анамнезе – железистый полип тела матки, что может указывать на склонность к гиперпластическим процессам в органах репродуктивной системы. Соматический статус пациентки характеризовался наличием тяжелой экстрагенитальной патологии. При росте 160 см масса тела составляла 140 кг, что соответствовало индексу массы тела 54,6 – морбидное ожирение III степени. Ожирение такой степени является независимым фактором риска развития злокачественных новообразований, в том числе рака яичников, а также значительно повышает риск оперативного вмешательства и послеоперационных осложнений. У пациентки также имела место артериальная гипертензия 2 стадии, риск 4, артроз крупных суставов. Оперативный анамнез включал пластику паховой грыжи в 2023 году. Аллергологический анамнез спокоен. Наследственность по онкологическим и сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощена.

При поступлении общее состояние пациентки оценивалось как удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, имело место чрезмерное развитие подкожно-жировой клетчатки. Периферические лимфатические узлы не пальпировались, что косвенно свидетельствовало об отсутствии регионарного метастазирования. Молочные железы при пальпации мягкие, безболезненные, без пальпиру-

емых уплотнений и узловых образований – важный признак, исключающий первично-множественный характер поражения. При аускультации сердца тоны ясные, ритмичные. Артериальное давление составляло 140/90 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 77 уд/мин. Живот участвовал в акте дыхания, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. Наружные половые органы развиты правильно.

Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрическая, без видимых дефектов эпителия. Вагинальное исследование имело решающее значение в первичной диагностике: влагалище рожавшей, емкое. Шейка матки сформирована. Тело матки грушевидной формы, обычных размеров, подвижное, безболезненное – важный признак, свидетельствующий об отсутствии инвазивного процесса в матку. Левые придатки не определялись. Справа пальпировалось объемное образование округлой формы, плотной консистенции, диаметром около 16 см, малоподвижное, умеренно болезненное. Малоподвижность образования могла быть обусловлена как спаечным процессом, так и начинающейся инвазией, что требовало особой настороженности. Выделения из половых путей носили сукровичный характер, что у пациентки в постменопаузе всегда расценивается как симптом, требующий исключения онкологической патологии.

Наибольшую диагностическую ценность представляло ультразвуковое исследование органов малого таза. Матка была обычных размеров, с четкими контурами. В области передней стенки визуализировался послеоперационный рубец толщиной до 4,1 мм. По передней стенке определялся интерстициально-субсерозный миоматозный узел размером 38 × 25 мм с нечеткими контурами. М-эхо составляло 6,6 мм, структура эндометрия была неоднородной. Особого внимания заслуживала эхографическая картина правого яичника. Он был представлен объемным образованием диаметром до 10 см, имеющим смешанное строение: определялся гладкостенный кистозный компонент со светлым содержимым и солидный компонент в области ворот. Такая эхографическая картина характерна для многих эпителиальных опухолей и не позволяет достоверно дифференцировать гистологический тип. Наличие солидного компонента всегда вызывает онкологическую настороженность, особенно у пациенток в постменопаузе. Левый яичник размерами 35 × 21 мм содержал единичные антральные фолликулы до 6 мм, однако его расположение в плоскостных спайках с маточной трубой указывало на наличие хронического воспалительного процесса. Маточные трубы с обеих сторон были извиты, нодозно изменены. В позадматочном пространстве определялось незначительное количество свободной жидкости.

Суммируя полученные данные, был сформулирован диагноз: основное заболевание – доброкачественное новообразование правого яичника; со-

путствующие заболевания – субсерозная миома матки, морбидное ожирение, артериальная гипертензия.

Пациентке было предложено плановое оперативное лечение в объеме лапароскопической билатеральной аднексэктомии. Обоснованием для оперативного лечения послужило наличие объемного образования правого яичника больших размеров в период постменопаузы, что ассоциировано с высоким риском малигнизации, а также наличие клинической симптоматики. При ревизии органов малого таза выпот в брюшной полости отсутствовал. Матка не была увеличена, однако по передней стенке определялся субсерозный миоматозный узел диаметром 1,5 см. Маточные трубы с обеих сторон были нодозно изменены, извиты. Левый яичник имел размеры 1 × 2 см, белесоватый цвет, располагался в плоскостных спайках с маточной трубой. Правый яичник представлял основную патологическую находку: он был увеличен до 10 см в диаметре и представлен гладкостенным кистозным образованием со светлым содержимым. Существенным интраоперационным наблюдением стало наличие в области ворот яичника множественных жидкостных гладкостенных включений, что в совокупности с солидным компонентом, определявшимся при УЗИ, создавало характерную картину солидно-кистозного новообразования. Капсула яичника была интактна, признаков инвазии в окружающие ткани не отмечалось. С учетом возраста пациентки и длительной постменопаузы была выполнена билатеральная аднексэктомия с удалением субсерозного миоматозного узла.

Послеоперационное течение гладкое. Пациентка выписана из стационара на 9-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Наибольшее значение для окончательной верификации диагноза имело гистологическое исследование удаленных препаратов. В правом яичнике обнаружена опухоль Бреннера доброкачественная. Микроскопическая картина была высокохарактерной: опухоль была представлена гнездами и тяжами переходных эпителиальных клеток с овоидными ядрами. Патогномичным признаком явилось наличие в ядрах продольной бороздки, придающей им сходство с кофейными зернами – этот цитологический феномен является ключевым диагностическим критерием опухоли Бреннера. Эпителиальные структуры были окружены плотной фиброзной стромой с участками гиалиноза, что соответствует классическому описанию. Важнейшим прогностическим признаком явилось отсутствие клеточного и ядерного полиморфизма, а также митотической активности. Признаков инвазивного роста не обнаружено. Совокупность этих признаков позволила классифицировать опухоль как доброкачественный вариант. В правой маточной трубе выявлены умеренные склеротические изменения. Левый яичник демонстрировал инволютивные изменения, соответствующие возрастной норме. Левая маточная труба также имела умеренные склеротические измене-

ния. Удаленный миоматозный узел был представлен лейомиомой с участками гиалиноза. Таким образом, гистологическое исследование подтвердило дооперационное предположение о доброкачественном характере новообразования, но уточнило его редкий гистологический тип – опухоль Бреннера.

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует ряд важных аспектов, имеющих значение для клинической практики. Опухоль Бреннера относится к категории редких новообразований, частота которых в структуре эпителиальных опухолей яичников не превышает 2,5% [1-3]. Современные молекулярно-генетические исследования, включая анализ единичных клеток (single-cell RNA sequencing), открывают новые перспективы в понимании гетерогенности микроокружения даже таких редких опухолей, как злокачественная опухоль Бреннера [6]. В представленном случае диаметр опухоли достигал 10 см, что встречается нечасто даже для этой нозологии, так как большинство опухолей Бреннера имеют небольшие размеры (3-5 см) и выявляются случайно [8, 15]. Достижение опухолью больших размеров у данной пациентки можно объяснить длительным отсутствием регулярных профилактических осмотров на фоне менопаузы и отсутствием специфической симптоматики на ранних стадиях.

Дооперационная диагностика опухоли Бреннера оказалась невозможной, несмотря на использование современного ультразвукового оборудования. Это полностью соответствует данным литературы, согласно которым точность дооперационной диагностики опухолей Бреннера не превышает 30-40% [1, 4]. Ультразвуковая картина солидно-кистозного образования с гладкостенным кистозным компонентом и солидным компонентом в области ворот могла соответствовать муцинозной цистаденоме, серозной цистаденоме, опухоли Бреннера и даже злокачественному процессу [2, 18]. Важно отметить, что муцинозные опухоли яичников, с которыми часто дифференцируют опухоль Бреннера, имеют свои уникальные клеточные механизмы развития, что подчеркивает сложность морфологической верификации [19].

Отсутствие патогномоничных эхографических признаков делает морфологическую верификацию обязательным этапом диагностики. В сложных диагностических случаях все большее значение приобретает использование молекулярного профилирования опухоли и инструментов на основе искусственного интеллекта [5]. Возраст пациентки (58 лет) полностью соответствовал возрастному пику заболеваемости опухолями Бреннера (50-70 лет) [8, 11, 15]. Длительность менопаузы (16 лет) и отсутствие регулярных профилактических осмотров способствовали тому, что опухоль достигла значительных размеров. Это наблюдение подчеркивает важность ежегодного гинекологического скрининга у женщин в постменопаузе, включающего не только осмотр, но

и ультразвуковое исследование органов малого таза [13, 16].

Редкость данной патологии подтверждается и единичными сообщениями о случаях экстраовариальной локализации опухоли, например, во влагалище, что требует повышенной настороженности [20]. Гистологическое исследование подтвердило доброкачественный характер опухоли Бреннера. Характерные микроскопические признаки – гнезда переходных эпителиальных клеток с ядрами типа «кофейных зерен», окруженные плотной фиброзной стромой – являются абсолютными диагностическими критериями [3, 11]. Отсутствие клеточного атипии, митотической активности и признаков инвазии подтвердило доброкачественное течение. Эти признаки имеют решающее прогностическое значение, так как даже при отсутствии явных злокачественных черт некоторые опухоли Бреннера могут проявлять агрессивное поведение [6, 14]. Описаны редкие случаи сочетания опухоли Бреннера с другими новообразованиями, например, с муцинозной цистаденомой и эндометриозом [8] или с низкодифференцированной аденокарциномой [1], что подчеркивает необходимость тщательного морфологического исследования всего операционного материала.

Наличие субсерозной миомы матки у пациентки с опухолью Бреннера не является случайным совпадением. В литературе обсуждается возможная патогенетическая связь между эпителиальными опухолями яичников и гиперпластическими процессами в миометрии, однако убедительных данных о единых механизмах развития не получено [4]. Возможно, оба процесса отражают общую склонность организма к пролиферативным изменениям в органах репродуктивной системы. В представленном наблюдении миомэктомия была выполнена в объеме, достаточном для радикального удаления узла, с сохранением тела матки, что не противоречит онкологическим принципам при доброкачественных новообразованиях. Редкие случаи двустороннего поражения яичников [2] или сочетания с опухолями другой гистологической структуры [18] требуют еще более тщательного подхода. При доброкачественной опухоли Бреннера прогноз благоприятный, риск рецидива минимален (менее 1% при радикальном удалении) [1, 8, 15]. Однако пациентка нуждается в динамическом наблюдении, учитывая повышенный риск развития других эпителиальных новообразований как в контралатеральном яичнике, так и в других отделах репродуктивной системы [13, 14].

Некоторые исследования также поднимают вопрос о возможной роли расовых и анатомических факторов в прогнозировании течения опухоли Бреннера [17]. Не менее важной представляется коррекция метаболических нарушений. Снижение массы тела и контроль артериального давления являются важными составляющими долгосрочного ведения пациентки, направленными на снижение сердечно-сосудистого риска и улучшение качества жизни, а также на снижение онкологических рисков, ассоциированных с ожирением [20].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Опухоль Бреннера, несмотря на свою редкость, должна быть включена в дифференциально-диагностический поиск при выявлении солидных и солидно-кистозных образований яичников у женщин в постменопаузальном периоде [2, 3, 12, 15]. Отсутствие патогномоничных клинических и эхографических признаков диктует необходимость радикального хирургического подхода с обязательным гистологическим исследованием удаленных препаратов [1, 5, 8]. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует возможность успешного лапароскопического лечения пациентки с опухолью Бреннера большого размера на фоне тяжелой соматической патологии (морбидное ожирение, артериальная гипертензия).

Адекватная предоперационная подготовка, выбор малоинвазивного доступа, тщательное интраоперационное соблюдение онкологических принципов и полноценная послеоперационная профилактика ослож-

нений позволили достичь благоприятного исхода хирургического лечения [9, 20]. Данный случай подчеркивает важность мультидисциплинарного подхода к ведению пациенток с сочетанной гинекологической и соматической патологией, а также необходимость длительного диспансерного наблюдения с коррекцией метаболических нарушений и контролем состояния органов репродуктивной системы. Обязательным условием является своевременное выявление возможных рецидивов и предупреждение развития сердечно-сосудистых осложнений, представляющих основную угрозу для здоровья и жизни пациенток данной возрастной группы.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

- Hao K, Gao F. Primary malignant Brenner tumor of the ovary: a case report. *Front Oncol.* 2026; 15: 1746988. doi: 10.3389/fonc.2025.1746988
- Al-Bitar A, Kouli A, Dabbour I, AlMardini LA, Alnaser AH. Bilateral Malignant Brenner Tumor of the Ovary. *Case Rep Oncol.* 2025; 18(1): 786-793. doi: 10.1159/000546358
- Turashvili G, Hanley K. Malignant Brenner Tumor of the Ovary: A Critical Reappraisal. *Int J Gynecol Pathol.* 2025; 44(2): 182-192. doi: 10.1097/PGP.0000000000001060
- Wan X, Bi F, Xin B, Qiao C. A rare case report of uterine carcinosarcoma with bilateral ovarian Brenner tumors. *Front Oncol.* 2025; 15: 1612716. doi: 10.3389/fonc.2025.1612716
- Steinharter JA, Jansen C, Ghani H, Nasir A, Capelletti M, Stuckey A, et al. Malignant Brenner tumor with extensive clear cell features: A valuable diagnostic lesson learned from molecular tumor profiling and AI-based tumor differential tool. *Gynecol Oncol Rep.* 2025; 61: 101939. doi: 10.1016/j.gore.2025.101939
- Ge Y, Huang D, Wu Y, Huang W, Xu R, Gao L, et al. Single-cell RNA sequencing reveals tumor microenvironment characteristics in ovarian malignant Brenner tumor. *Genes Dis.* 2025; 13(2): 101635. doi: 10.1016/j.gendis.2025.101635
- Zhang F, Liu M, Zheng J. Bilateral borderline ovarian Brenner tumor coexisting with low-grade appendiceal mucinous neoplasm in a perimenopausal woman: a case report. *Pan Afr Med J.* 2025; 52: 68. doi: 10.11604/pamj.2025.52.68.49272
- Ramezani F, Mashoufi R, Mashoufi R, Karimi M. Brenner tumor associated with mucinous cyst and endometriosis: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2026; 138(3): 902-906. doi: 10.1097/RC9.0000000000000180
- Sim A, Stolnicu S, Chauleur C, Patrichi G, Péoc'h M, Karpathiou G. Ovarian mucinous tumors do not usually harbor a mesonephric-like component. *Pathol Res Pract.* 2025; 268: 155862. doi: 10.1016/j.prp.2025.155862
- Abhilashi K, Pankaj S, Srivastava SS, Rani J, Singh A. Mature Teratoma with Malignant Brenner Tumour: A Rare Ovarian Collision Tumour Case Report and Literature Review. *J Obstet Gynaecol India.* 2025; 75(Suppl 1): 530-533. doi: 10.1007/s13224-024-01959-9
- Lugata J, Makower L, Rapheal A, Mwidibo Y, Mchome B, Mremi A. Management of a Borderline Brenner Tumor of the Ovary in a Premenopausal Woman in Northern Tanzania. A Rare Case Report and Review of the Current Literature. *Clin Case Rep.* 2024; 12(12): e9713. doi: 10.1002/ccr3.9713
- Jiao Y, Wang D, Sun Z, Su N, Xiao Y, Cheng X, et al. Brenner borderline ovarian tumors: A series of seven cases and a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2026; 321: 115044. doi: 10.1016/j.ejogrb.2026.115044
- Kumar A, Thakur R, Phulware RH. Points to Remember in Ovarian Eponyms Pearls: Dr. Fritz Malignant Brenner Tumor. *Gynecol Minim Invasive Ther.* 2026; 15(1): 100-102. doi: 10.4103/gmit.GMIT-D-25-00042
- Flindris S, Styliara E, Galaziou G, Petousis S, Margioulas-Siarkou C, Paschopoulos M, Navrozoglou I. Giant Mucinous Borderline Ovarian Tumor With Microinvasion Presenting As Massive Ascites and Acute Respiratory Compromise: A Case Report. *Cureus.* 2025; 17(8): e89504. doi: 10.7759/cureus.89504
- Brenner S, King T, Roecker Z, Dansby K, Lavaud M, Sokkary N. Pediatric ovarian malignancies and outcomes in an urban tertiary care center. *Int J Gynaecol Obstet.* 2026; 172(1): 357-362. doi: 10.1002/ijgo.70400
- Herzog SM, Ortolano LC, Brenner W, Hasenburg A, Linz VC. Biomarkers in blood and saliva to screen fragile patients with solid tumors: A systematic review of the literature. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2025; 216: 104939. doi: 10.1016/j.critrevonc.2025.104939
- Prabhakaran SY, Ali H, Thirumaran R, Desai K. EPR25-123: Brenner Tumor Prognostication Based on Race and Laterality. *J Natl Compr Canc Netw.* 2025; 23(3.5): EPR25-123. doi: 10.6004/jnccn.2024.7098

18. Yordanov A, Karaivanov M, Kostov S, Savova V, Dimitrova V. Extraovarian Brenner Tumor in the Vagina: A Case Report and Review of Literature. *Reports (MDPI)*. 2025; 8(3): 103. doi: 10.3390/reports8030103
19. Meagher NS, Köbel M, Karnezis AN, Talhouk A, Anglesio MS, Berchuck A, et al. Cellular origins of mucinous ovarian carcinoma. *J Pathol*. 2025; 266(1): 9-25. doi: 10.1002/path.6407
20. Hazelwood E, Goudswaard LJ, Lee MA, Vabistsevits M, Pournaras DJ, Brenner H, et al. Adiposity distribution and risks of 12 obesity-related cancers: a Mendelian randomization analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2025; 117(12): 2621-2642. doi: 10.1093/jnci/djaf201

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

КАРЕЛИНА Ольга Борисовна
650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России
Тел: 8 (3842) 73-48-56 E-mail: ivolga.karelina@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

INFORMATION ABOUT AUTHORS

КАРЕЛИНА Ольга Борисовна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, 650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, Россия.

E-mail: ivolga.karelina@mail.ru ORCID: 0000-0003-2506-9250

БОЛОТОВА Светлана Николаевна, зав. отделением гинекологии, ГАУЗ ККГВБ им. Н.Н. Бурдина, 650000, г. Кемерово, ул. 50 Лет Октября, д. 10, Россия.

E-mail: bolotovas@yandex.ru ORCID: 0009-0005-4110-0934

БОЛОТОВ Константин Сергеевич, канд. мед. наук, зав. отделением хирургии, ГАУЗ ККГВБ им. Н.Н. Бурдина, 650000, г. Кемерово, ул. 50 Лет Октября, д. 10, Россия.

E-mail: ks.bolotov@yandex.ru ORCID: 0009-0001-2681-4526

ИВАНОВ Андрей Викторович, канд. мед. наук, главный врач, ГАУЗ ККГВБ им. Н.Н. Бурдина, 650000, г. Кемерово, ул. 50 Лет Октября, д. 10, Россия.

E-mail: info@kemokgvv.ru ORCID: 0009-2186-3169

KARELINA Olga Borisovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, 650056, Kemerovo, Voroshilova Str., 22a, Russia.

E-mail: ivolga.karelina@mail.ru ORCID: 0000-0003-2506-9250

BOLOTOVA Svetlana Nikolaevna, head of the department of gynecology, Kuzbass Clinical Hospital for War Veterans named after N.N. Burdin, 650000, Kemerovo, 50 Let Oktyabrya Str., 10, Russia.

E-mail: bolotovas@yandex.ru ORCID: 0009-0005-4110-0934

BOLOTOV Konstantin Sergeevich, Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Surgery of the Kuzbass Clinical Hospital for War Veterans named after N.N. Burdin, 650000, Kemerovo, 50 Let Oktyabrya Str., 10, Russia.

E-mail: ks.bolotov@yandex.ru ORCID: 0009-0001-2681-4526

IVANOV Andrey Viktorovich, candidate of medical sciences, chief physician, Kuzbass Clinical Hospital for War Veterans named after N.N. Burdin, 650000, Kemerovo, 50 Let Oktyabrya Str., 10, Russia.

E-mail: info@kemokgvv.ru ORCID: 0009-2186-3169



Контент доступен под лицензией Creative Commons Attribution 4.0 License
© Карелина О.Б., Болотова С.Н., Болотов К.С., Иванов А.В.