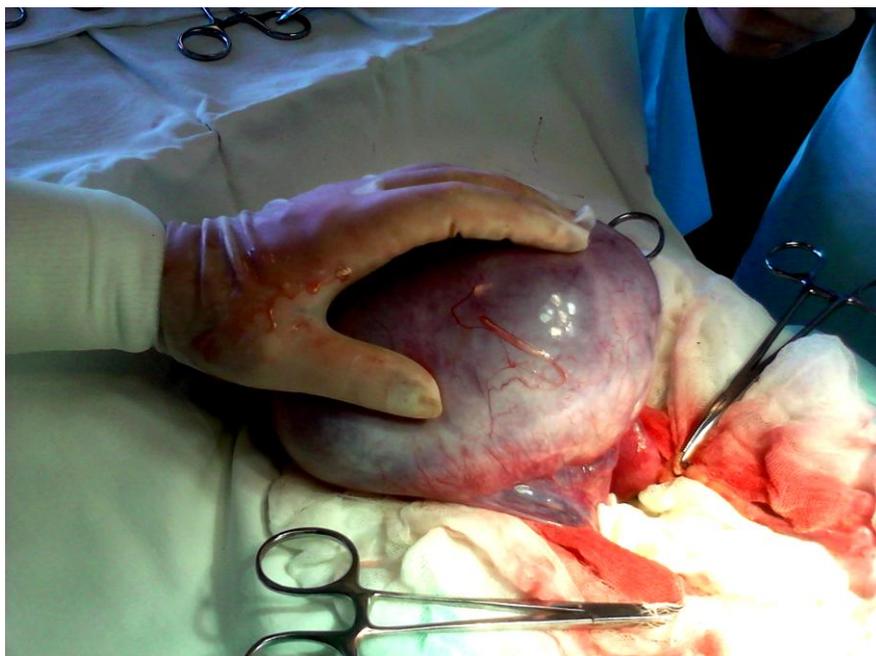


Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Учебное пособие



Уфа
2013

УДК 618.11-006.2 (075.8)
ББК 57.15 + 55.694.71
Д 56

Рецензенты:

- Фаткуллин И.Ф. - зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Казанского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор
Тотчиев Г.Ф. - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»

Д 56 «Доброкачественные опухоли яичников»:

учебное пособие для студентов старших курсов/ сост.: И.В. Сахутдинова, С.Ю. Муслимова, Э.М. Зулкарнеева. - Уфа: Изд-во БашНИПИ-нефть, 2013. - 59 с.

Учебное пособие подготовлено в соответствии с рабочей программой ФГОС ВПО по направлению подготовки (специальности) 060101 – Лечебное дело, утвержденной приказом Министерства образования и науки РФ № 1118 от 8 ноября 2010 года и учебным планом по специальности 060101 – Лечебное дело, утвержденным Ученым советом ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России от 31 мая 2011 года.

Учебное пособие предназначено для внеаудиторной работы студентов, обучающихся по специальности 060101.65 – «Лечебное дело».

В учебном пособии освещены вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики и современные методы лечения опухолей яичников.

Рекомендовано в печать Координационным научно-методическим советом ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ.

УДК 618.11-006.2 (075.8)
ББК 57.15 + 55.694.71

© БашНИПИнефть, 2013.

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
Код по МКБ-10	6
Эпидемиология опухолей яичников.	7
Современные взгляды на этиологию и патогенез опухолей яичников	7
Классификации опухолей яичников	10
Клиника доброкачественных опухолей яичников	20
Методы диагностики опухолей яичников	26
Осложнения опухолей яичников	33
Дифференциальная диагностика опухолей яичников	36
Методы лечения опухолей яичников.	39
Отдаленные результаты хирургического лечения и вопросы реабилитации	43
Список литературы	45
Приложения	47

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
КТ	Компьютерная томография
МКБ - 10	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр.
МРТ	Магнитно-резонансная томография
ООЯ	Опухолевидные образования яичников
ОЯ	Опухоли яичников
УЗИ	Ультразвуковое исследование

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на постоянное внедрение в практику множества новых методов визуализации, биохимических и иммунологических методов диагностики, цитостатических, гормональных препаратов и иммуномодуляторов, снизить смертность от рака яичников пока не удалось. На сегодняшний день существует единственная возможность решения этой проблемы - это совершенствование методов профилактики, диагностики и лечения доброкачественных опухолей яичников.

Опухоли, новообразования, бластомы - это избыточные патологические разрастания тканей, состоящие из качественно изменившихся, утративших дифференцировку клеток организма. Клетки опухоли продолжают размножаться, и после прекращения действия вызвавших её факторов.

Таким образом, опухоль — это "плюс размножение клеток, минус их дифференцировка".

Свойства опухолевых клеток передаются их потомству.

Истинные О. увеличиваются за счёт размножения собственных клеток, в отличие от различных припухлостей ("ложных" опухолей), возникающих при травме, воспалении или расстройстве кровообращения.

С клинических и морфологических точек зрения различают доброкачественные и злокачественные.

Доброкачественные опухоли растут, раздвигая (а иногда и сжимая) окружающие ткани. Доброкачественные опухоли не метастазируют, но могут представить опасность в связи со своей локализацией (например, сдавление ткани мозга).

Злокачественные опухоли прорастают в окружающие ткани и разрушают их, при этом обычно повреждаются кровеносные и лимфатические сосуды, опухолевые клетки попадают в ток крови или лимфы, разносятся по организму и могут осесть в различных органах и тканях, образуя метастазы.

Наличие или отсутствие метастазов, а также масштабы и темпы метастазирования зависят от иммунобиологического состояния организма.

Опухолевые процессы в яичниках встречаются у женщин всех возрастов от периода внутриутробного развития до глубокой старости.

По данным мировой статистики, около 10% женщин позднего репродуктивного возраста переносят хирургические вмешательства на половых органах, чаще они проводятся по поводу лейомиомы тела матки, реже – по поводу опухолей и опухолевидных образований яичников. У девочек и девушек опухоли и опухолевидные образования яичников являются основной причиной хирургического вмешательства на половых органах.

КОД ПО МКБ-10

D27 Доброкачественные новообразования яичников.

N83.0 Фолликулярная киста яичника.

N83.1 Киста жёлтого тела.

N83.2 Другие и неуточнённые кисты яичника.

Q50.5 Эмбриональная киста широкой связки.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Доля опухолей яичников среди новообразований половых органов у женщин составляет 6-11% и за последние десятилетия отмечается рост до 15%.

Большинство опухолей яичников являются доброкачественными. Их доля среди всех новообразований яичников составляет от 66,8 до 90,3%. Среди доброкачественных опухолей преобладают эпителиальные новообразования. На долю пограничных опухолей яичников приходится всего 9 - 15%.

Эпидемиологические исследования показывают, что за последнее десятилетие в России, как и во всем мире, отмечается отчетливая тенденция роста заболеваемости опухолями яичников; ежегодно число больных новообразованиями гонад возрастает на 1,5%.

Основными причинами роста заболеваемости являются:

- общие факторы: влияние окружающей среды, питание, социально-экономические условия, генетическая предрасположенность;
- изменение репродуктивного статуса: повышение возраста первой беременности, снижение числа беременностей, снижение сроков лактации, увеличение периода активности яичника.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЭТИОЛОГИЮ И ПАТОГЕНЕЗ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Считается, что основные звенья патогенеза и факторы риска для опухолей органов женской репродуктивной системы могут быть общими.

Доказано, что канкрофилия (предрасположенность к развитию злокачественных опухолей) возникает не только в результате метаболических сдвигов, свойственных нормальному старению, но и в тех случаях, когда аналогичные метаболические нарушения вызываются такими факторами как – хронический стресс, гипертоническая болезнь, ожирение, депрессия.

Пик заболеваемости новообразованиями яичников приходится на возрастные периоды женщины связанные с повышением гонадотропинов и, соответственно, снижение их избыточного уровня приводит к снижению частоты возникновения опухолей яичников.

Большую роль в развитии новообразований органов женской репродуктивной системы играет интервал между первой менструацией и наступлением первой беременностью. Раннее менархе, поздняя менопауза, нереализованная репродуктивная функция и ограничение лактации составляет группу так называемых репродуктивных факторов риска опухолей яичников.

Особенности питания и физической активности относятся к внерепродуктивным факторам риска.

В последние годы проводятся исследования посвященные роли различных микроорганизмов и иммунного ответа организма в генезе опухолей.

Молекулярно-генетические исследования выявили, что опухоли с очагами малигнизации имели мутацию гена p53 ответственного за супрессию злокачественных клеток, тогда как в доброкачественных опухолях без очагов малигнизации не было отмечено мутации гена p53.

Исследователи полагают, что часть цистаденом генетически предрасположена к развитию инвазивной злокачественной опухоли, а молекулярно-генетическое поведение пограничных опухолей имеет другой характер.

Генетическую предрасположенность к образованию эпителиальных опухолей в различных органах подтверждают и некоторые врожденные синдромы. К настоящему времени идентифицировано 8 наследственных синдромов, проявляющихся семейной предрасположенностью к возникновению рака органов женской репродуктивной системы. Три синдрома являются органоспецифическими (рак яичников, эндометрия, молочной железы), пять синдромов считают орган ассоциированными.

Например, синдром Пейтца-Егерса проявляющийся сочетанием эпителиальных опухолей желудочно-кишечного тракта и яичников (Рис.1,2).



Рис.1. Множественные невусы на коже и слизистых у больной Е.15 лет с синдромом Пейтца-Егерса



Рис. 2. Увеличение живота за счет 2-х сторонних серозно-муцинозных папиллярных кист яичников у больной Е.15 лет с синдромом Пейтца-Егерса.

Сочетанное поражение одного яичника новообразованиями различных гистологических типов (Рис.3,4), которое наблюдается у 32% пациенток, а поражение обеих яичников – у 49,7%, является подтверждением концепции, рассматривающей новообразования яичников не как локальный процесс, а как системное заболевание, возникающее вследствие нарушений метаболического, гормонального и иммунологического гомеостаза организма.

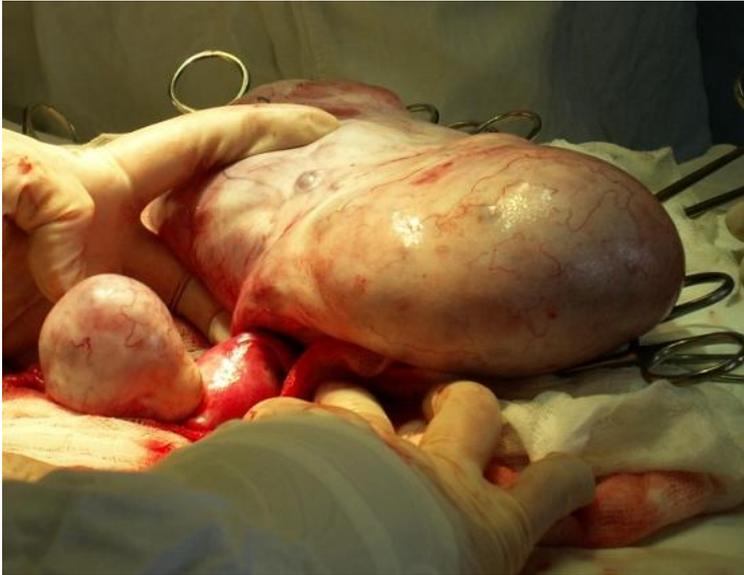


Рис. 3. Зрелая тератома правого яичника и незрелая тератома левого яичника.

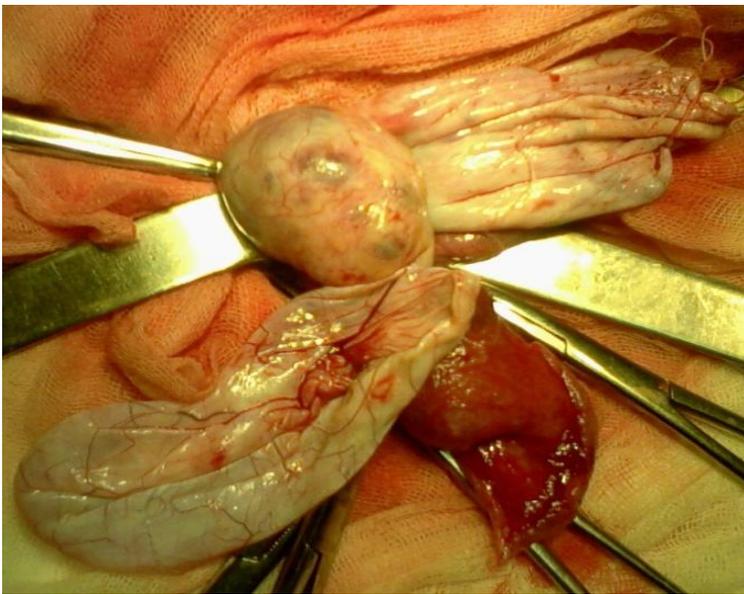


Рис. 4. Сочетание 3 различных типов новообразований яичников.

Таким образом, существенные изменения при опухолях яичника происходят практически во всех системах организма.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Новообразования яичников представляют большую группу разных гистологических вариантов, которые отличаются особенностями клинического течения и прогнозом. На сегодня насчитывается более 50 различных гистологических типов новообразований яичников. Существует междуна-

родное соглашение о гистологических критериях классификации типов опухолей и стандартизированной номенклатуре. Так как по мере накопления знаний в классификации вносятся соответствующие изменения. Периодически происходит ее пересмотр. В настоящее время используется гистологическая классификация опухолей яичников ВОЗ (WHO Classification of Tumours, 2003).

Поверхностно-эпителиальные стромальные опухоли

Серозные опухоли

Злокачественные:

- аденокарцинома;
- поверхностная сосочковая (папиллярная) аденокарцинома;
- аденокарцинофиброма (злокачественная аденофиброма);

Пограничные опухоли:

- папиллярная кистозная опухоль;
- поверхностная папиллярная опухоль;
- аденофиброма, цистаденофиброма;

Доброкачественные:

- цистаденома;
- папиллярная цистаденома;
- поверхностная папиллома;
- аденофиброма и цистаденофиброма.

Муцинозные опухоли

Злокачественные:

- аденокарцинома;
- аденокарцинофиброма (злокачественная аденофиброма).

Пограничные опухоли:

- интестинальный тип;
- эндоцервикальный тип;

Доброкачественные:

- цистаденома;
- аденофиброма и цистаденофиброма;

Муцинозная кистозная опухоль с пристеночными узлами.

Муцинозная кистозная опухоль с псевдомиксомой брюшины.

***Эндометриоидные опухоли, включающие варианты
с плоскоклеточной дифференцировкой***

Злокачественные:

- аденокарцинома другой специфичности ;
- аденокарцинофиброма (злокачественная аденофиброма);
- злокачественная мюллеровская смешанная опухоль;
- аденосаркома;
- эндометриальная стромальная саркома;
- недифференцируемая яичниковая саркома.

Пограничные опухоли:

- кистозная опухоль;
- аденофиброма и цистаденофиброма.

Доброкачественные:

- цистаденома;
- аденофиброма и цистаденофиброма.

Светлоклеточные опухоли

Злокачественные:

- аденокарцинома;
- аденокарцинофиброма.

Пограничные опухоли

- кистозная опухоль;
- аденофиброма и цистаденофиброма.

Доброкачественные:

- цистаденома;
- аденофиброма и цистаденофиброма.

Переходно-клеточные опухоли

Злокачественные:

- переходноклеточная карцинома (не Бреннеровский тип);
- злокачественная опухоль Бреннера.

Пограничные опухоли

- пограничная опухоль Бреннера;
- пролиферативный вариант 9000/1.

Доброкачественные:

- опухоль Бреннера;
- метапластический вариант.

Плоскоклеточные опухоли:

- плоскоклеточная карцинома;
- эпидермоидная киста.

Смешанные эпителиальные опухоли:

- злокачественные;
- пограничные;
- доброкачественные.

Недифференцируемые и неклассифицированные опухоли:

- недифференцируемая карцинома;
- аденокарцинома, другой специфичности .

Опухоли полового тяжа и стромальные

Гранулёзостромально-клеточные опухоли:

Группа гранулёзо-клеточных опухолей:

- взрослая гранулезоклеточная опухоль;
- ювенильная гранулезоклеточная опухоль;

Группа теком-фибром:

- текома;
- типичная;
- лютеиновая;
- фиброма;
- клеточная фиброма;
- фибросаркома;
- стромальная опухоль с минорными элементами полового тя-
жа;
- склерозирующая стромальная опухоль;
- Signet-ring стромальная опухоль;
- неклассифицируемая (фибротекома).

Опухоли из клеток Сертоли

Группа опухолей из клеток Сертоли и Лейдига (андробластомы):

- высокодифференцируемые;
- промежуточные (переходной дифференцировки);
- вариант с гетерологическими элементами;
- низкодифференцируемые (саркоматоидные);
- вариант с гетерологическими элементами;
- сетчатая;
- вариант с гетерологическими элементами;
- опухоли из клеток Сертоли;
- опухоли из клеток Лейдига.

***Смешанные или неклассифицируемые опухоли
стромы полового тяжа:***

- опухоли полового тяжа с трубчатыми структурами;
- гинандробластома;
- неклассифицируемые опухоли полового тяжа.

Стероидноклеточные опухоли:

- стромальная лютеома;
- группа опухолей из клеток Лейдига;
- опухоль из гилюсных клеток;
- опухоль из клеток Лейдига, негилюсный тип;
- опухоль из клеток Лейдига;
- липидно-клеточные опухоли;
- высокодифференцированные;
- злокачественные.

Герминогенные опухоли

Примитивные герминогенные опухоли:

- дисгерминома;
- опухоль желточного мешка;
- поливезикулярная вителлиновая опухоль (железистые; гепатоидный вариант)
- эмбриональная карцинома;
- полиэмбриома;
- хориокарцинома, не связанная с беременностью;
- смешанные герминогенные опухоли (специфический компонент), двухфазные и трехфазные тератомы;
- незрелая тератома;
- зрелая тератома:
 - солидные;
 - кистозные;
 - дермоидная киста;

- фетиформная тератома (гомункулюс);
- монодермальная тератома и соматический тип опухолей, ассоциированных с дермоидными кистами.

Группа тиреоидных опухолей

Струма яичника:

- доброкачественная;
- злокачественная.

Карциноидная группа

инсулярные;
трабекулярные;
муцинозные;
карциноидная струма;
смешанные.

Группа нейроэктодермальных опухолей

эпиндимома;
примитивная нейроэктодермальная опухоль;
медуллоэпителиома;
глиобластома мультиформная;
другие.

Группа карцином

плоскоклеточная карцинома;
аденокарцинома;
другие.

Группа меланоцитом

злокачественная меланома;
меланоцитарный невус.

Группа сарком

Группа опухолей сальных желез

сальная аденома;

сальная карцинома.

Группа опухолей питуитарного типа

Группа опухолей сетчатого типа

Другие

Герминогенные опухоли полового тяжа

Гонадобластома:

- вариант опухоли со злокачественными герминогенными клетками;

Смешанные герминогенные опухоли с элементами опухоли полового тяжа:

- вариант опухоли со злокачественными герминогенными клетками.

Опухоли сети яичника

аденокарцинома;

аденома;

цистаденома;

цистаденофиброма.

Нетипичные опухоли

мелкоклеточная карцинома, гиперкальциемический;

мелкоклеточная карцинома, пульмонарный тип;

крупноклеточная нейроэндокринная карцинома;

гепатоидная карцинома;

первичная яичниковая мезотелиома;

опухоль Вильмса;

гестационная хориокарцинома;
пузырный занос;
железистая кистозная карцинома;
базальноклеточная опухоль;
опухоль из вольфовых ходов;
параганглиома;
миксома;
опухоли мягких тканей неспецифичные для яичника;
другие.

Опухолевидные процессы:

- лютеома беременности;
- стромальный гипертекоз яичника;
- стромальная гиперплазия яичника;
- фиброматоз;
- массивный отек яичника;
- другие.

Лимфоидные и гемопоэтические опухоли:

злокачественная лимфома (специфический тип);
лейкемия (специфический тип);
плазмоцитома.

Вторичные опухоли.

В настоящее время собраны убедительные доказательства существования эпителиальных опухолей яичников с гистологическими и биологическими характеристиками промежуточными между явно доброкачественными и явно злокачественными опухолями. Эти пограничные опухоли составляют приблизительно 15% всех злокачественных эпителиальных новообразований яичников и их часто называют пролиферирующими цистаденомами. Чаще они возникают в молодом возрасте.

Гистологические критерии пограничных опухолей следующие:

- стратификация эпителия папиллярных разрастаний;
- образование микроскопических сосочковых выростов или ворсин из эпителия папиллярных разрастаний.
- полиморфизм эпителия;
- атипия;
- митотическая активность;
- отсутствие инвазии стромы.

Поскольку современная гистологическая классификация опухолей яичников является достаточно громоздкой в клинической практике, до сих пор, для решения вопросов о тактике лечения больной, пользуются классификацией опухолей яичников по Пфанненштилю.

Таблица 1.

Классификация опухолей яичников по Пфанненштилю

Группы	Характер образования	Тканевая основа	Клиническое течение	
I	Небластоматозные ретенционные кисты	-	Фолликулярная киста Киста желтого тела	Благоприятное
II	Бластоматозные истинные опухоли (кистомы), пролиферирующие	Эпителий	Доброкачественное (кистомы)	Злокачественное (рак)
			Цилиоэпителиальные – простая серозная, сецернирующая, пролиферирующая (папиллярная). Псевдомуцинозные – сецернирующие, пролиферирующие (папиллярные). Грубососочковая	Первичный Вторичный Метастатический
		Соединительная ткань	Фиброма	Саркома
		Элементы ряда зародышевых листков	Дермоид (зрелая тератома)	Тератобластома (незрелая тератома)
III	Гормоно-	Клетки грану-	Феминизирующие:	Маскулинизирую-

	продуцирующие	лесты, тека-клетки, клетки Сертоли-Лейдига	текома фолликулома	щие: Арренобластома (андробластома)
IV	Отдельные виды опухолей и опухолевидных образований	-	Параовариальная киста Эндометриоидная киста («шоколадная») Опухоль Бреннера	

Многообразие опухолей яичников объясняется тем, что кроме эпителия, соединительной, нервной и сосудистой тканей он содержит яйцеклетки. А из яйцеклетки могут развиваться ткани берущие начало из всех зародышевых листков: эктодермы, мезодермы и энтодермы.

КЛИНИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Опухоли яичников независимо от их гистологического строения, за исключением гормонопродуцирующих, не дают характерной клинической картины и часто протекают бессимптомно.

Симптомы заболевания зависят от величины и расположения опухоли. При этом наиболее характерные проявления наблюдаются при возникновении таких осложнений, как перекрут ножки, разрыв капсулы, нагноение опухоли или опухолевидного образования яичника,

Как правило, опухоли яичников проявляются болями в животе, увеличением его объема и наличием пальпируемого образования в животе. Нередко опухоли яичников, особенно муцинозные цистаденомы, дермоидные кисты, параовариальные кисты достигают гигантских размеров, то есть занимают все три этажа брюшной полости (Рис.5).



Рис. 5. Гигантская опухоль яичника.

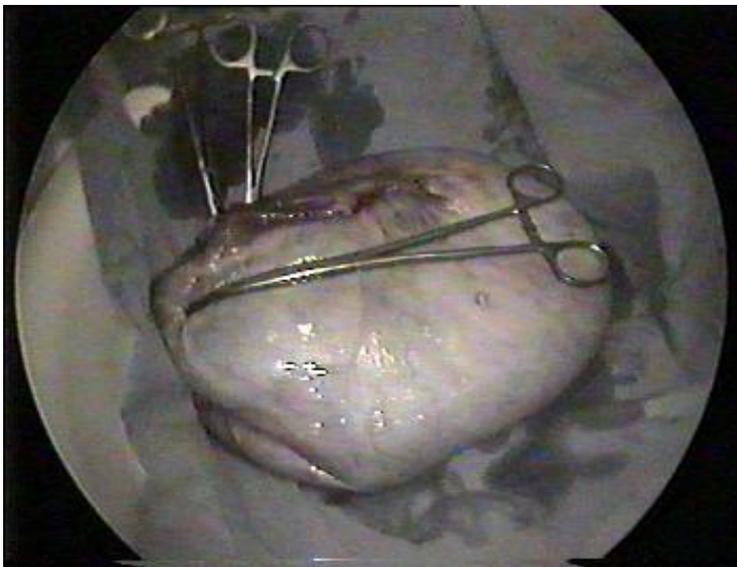


Рис. 6. Гигантская муцинозная цистаденома яичника.

Как у девочек пубертатного возраста, так и у женщин репродуктивного возраста с новообразованиями яичников часто встречаются различные нарушения менструальной функции, и доля их колеблется от 60 до 67%.

У каждой пятой больной репродуктивного возраста отмечается бесплодие как основной симптом опухоли яичника.

Эпителиальные опухоли могут быть доброкачественными, пограничными и злокачественными. Чаще встречаются доброкачественные опухоли, они наиболее распространены среди женщин в возрасте от 30 до 40 лет и в 20% случаев бывают двухсторонними, достигая больших размеров.

Пограничные опухоли яичников, как самостоятельная единица были введены в Международную гистологическую классификацию ВОЗ в 1973 г. Эта группа объединена в самостоятельную нозологическую единицу исключительно по морфологическим признакам и клинически неоднородна. Серозные пограничные опухоли яичников отличаются двухсторонним поражением, чаще бывают папиллярными с формированием на брюшине множества очагов и дают рецидивы в сроки от 5 до 19 лет.

Для муцинозных пограничных опухолей яичников (Рис.7) характерны преимущественно одностороннее поражение, интровертный рост, выраженная пестрота микроструктуры с чередованием участков разной степени зрелости и развитие псевдомиксомы брюшины (23,5%).



Рис.7. Пограничная муцинозная цистаденома.

Опухоли полового тяжа и стромальные составляют 3-6% всех опухолей яичников и возникают во всех возрастных группах от раннего детского до старческого возраста. Чаще встречаются эстрогенпродуцирующие гормонально активные опухоли: ювенильные гранулезоклеточные опухоли и гранулезоклеточные опухоли взрослого типа (17,2%). В связи с продукцией клетками опухоли большого количества эстрогенов уже при небольшом размере опухоли у больной развивается яркая клиническая картина:

У детей клиника неполной формы преждевременного полового развития (рост молочных желез и менструальноподобные выделения из половых путей) (рис.8).



Рис. 8. Увеличение молочных желез у девочки с гранулезоклеточной опухолью яичника.

У женщин репродуктивного периода нарушения менструального цикла, возможно развитие гиперплазии и полипов эндометрия.

У женщин в периоде менопаузы появляются слизистые и менструальноподобные выделения из половых путей.

При росте гормонально активной опухоли из клеток Сертоли и Лейди-га, андробластоме за счет высокого уровня тестостерона происходит маскулинизация (обратное развитие женских половых признаков – уменьшение молочных желез и матки, прекращение менструаций, рост волос по мужскому типу, огрубение голоса, рост мышц, увеличение клитора).



Рис.9. Андробластома яичника у девочки 15 лет.

Опухоли из стромы яичника, чаще всего фибромы, встречаются у женщин в менопаузе и могут сопровождаться синдромом Мейгса, накоплением серозной жидкости в брюшной полости, плевральной полости и иногда в перикарде.



Рис. 10. Фиброма яичника.

Герминогенные опухоли составляют относительно небольшую часть новообразований яичников, не более 20%. Развиваются они из яйцеклеток, поэтому в своем составе могут содержать ткани исходящие из всех зародышевых листков, но чаще содержат кожу с волосяными луковицами и сальными железами, хрящ, кости, зубы, жир, ткани мозга (рис. 11-13).



Рис.11. Зрелая тератома с включением хряща.



Рис. 12. Зрелая тератома с преобладанием жировой ткани



Рис.13. Зрелая тератома содержащая жир и волосы

Подавляюще большинство из них – 97% доброкачественные и только 3% злокачественные. Большинство из них встречается в молодом возрасте, во втором, третьем десятилетиях жизни.

В настоящее время гинекологи при лечении молодых женщин не только доброкачественными, но и злокачественными с герминогенными опухолями должны максимально сохранять репродуктивную функцию, несмотря на возможность возникновения рецидива опухоли.

Современные достижения химиотерапии коренным образом изменили прогноз для многих пациенток с агрессивными типами этих опухолей.

Все герминогенные опухоли, за исключением доброкачественной кистозной тератомы представляют собой быстро увеличивающееся объемное образование в брюшной полости, часто сопровождающееся сильной болью, которая усиливается при разрыве или перекруте опухоли.

Дисгерминомы и тератомы – наиболее часто встречающиеся опухоли, которые диагностируют во время беременности или после родов. Во II и III триместрах можно безопасно провести хирургическое стадирование и лечение, а при необходимости и химиотерапию.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Проведение классических методов исследования, таких как пальпация живота, ректоабдоминальное и двуручное влагалищное исследование не всегда позволяет выявить новообразование яичника.

При обращении пациентки с опухолью яичника в поликлинику перед специалистом встают 4 основные диагностические задачи:

- определение топика процесса (какой орган поражен);
- характер поражения (злокачественный или доброкачественный процесс);
- степень распространенности процесса;
- состояние организма (с целью определения возможности применения того или иного вида лечения).

Современная диагностика злокачественных опухолей яичников базируется на использовании различных методов исследования, которые целесообразно разделить на визуализирующие и лабораторные методы.

Визуализирующие методы, в свою очередь, подразделяются на лучевые и эндоскопические методы.

Одним из самых распространенных в настоящее время методов лучевой диагностики является УЗИ. По сравнению с клиническим обследованием

применение трансабдоминального УЗИ позволило почти в 2 раза улучшить диагностику кистозных образований яичников. Еще более расширились возможности эхографии с внедрением трансвагинальных, ректальных и внутриматочных датчиков высокой разрешающей способности, позволяющих более четко оценить внутреннюю структуру придатковых образований и с большей определенностью судить о характере патологических изменений.

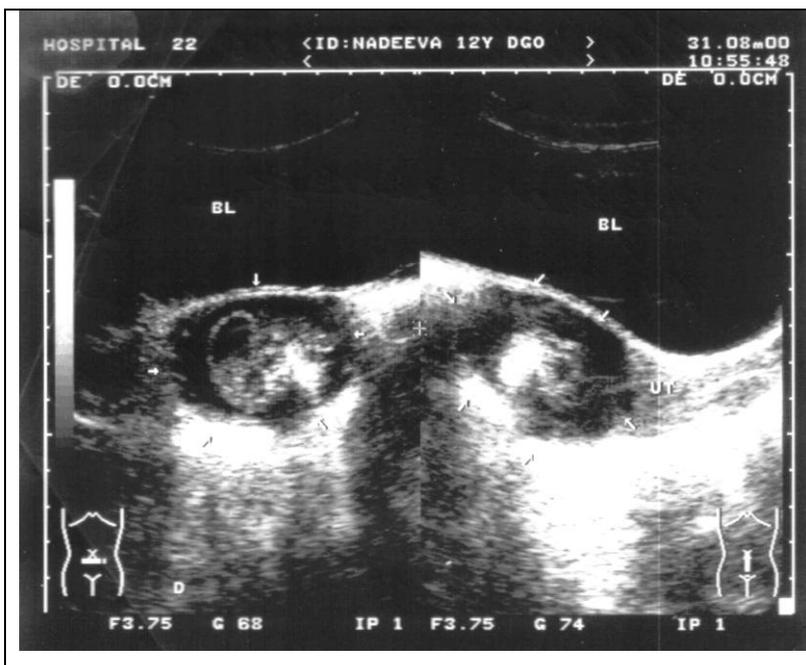


Рис 14. Эхограмма двухсторонних зрелых тератом яичников.



Рис 15. Эхограмма незрелой тератомы яичника.

Среди эхографических признаков злокачественного роста можно выделить следующие:

- появление в кистозных образованиях многочисленных перегородок, неоднородных по эхоструктуре, расположенных беспорядочно;
- неравномерность структуры опухолевого образования, чередование жидкостных компонентов с плотными включениями в виде сосочковых разрастаний по внутренней или наружной поверхности капсулы;
- визуализация в брюшной полости свободной жидкости;
- появление сосудов с высокой скоростью кровотока и низким сопротивлением стенки внутри опухоли.



Рис. 16. Наличие кровотока в опухоли при доплерометрии.

Точность топической диагностики составляет 85-94%. Это позволяет использовать УЗИ в качестве скрининг-теста.

По мнению большинства авторов, проведение пункционной биопсии опухоли яичника под контролем ультразвукового сканера нецелесообразно в связи с нарушением во время исследования целостности капсулы неоплазии и излитием содержимого в брюшную полость, что ухудшает прогноз заболевания.

Другим лучевым методом диагностики, позволяющим установить топичку и стадию распространения процесса, является компьютерная томография (КТ) . В основе метода лежит математическая обработка данных о поглощающей способности тканей при прохождении через них пучка рентгеновских лучей. По сути, это является дифференцированным рентгенологическим

изображением пироговского анатомического среза. Серийное исследование патологического очага в различных плоскостях дает возможность выявить распространение опухоли за пределы капсулы, что в сочетании с такими признаками, как неоднородная плотность, гипervasкуляризация, увеличение лимфатических узлов и асцит, служит важным критерием злокачественного процесса и позволяет определить с большой вероятностью его стадию.

В связи с большой лучевой нагрузкой на пациента, недостаточной контрастностью при изображении мягких тканей, дорогостоящей метода и очевидно, КТ должна применяться на втором этапе обследования в тех случаях, когда эхография не дает четкого представления о характере патологического образования.

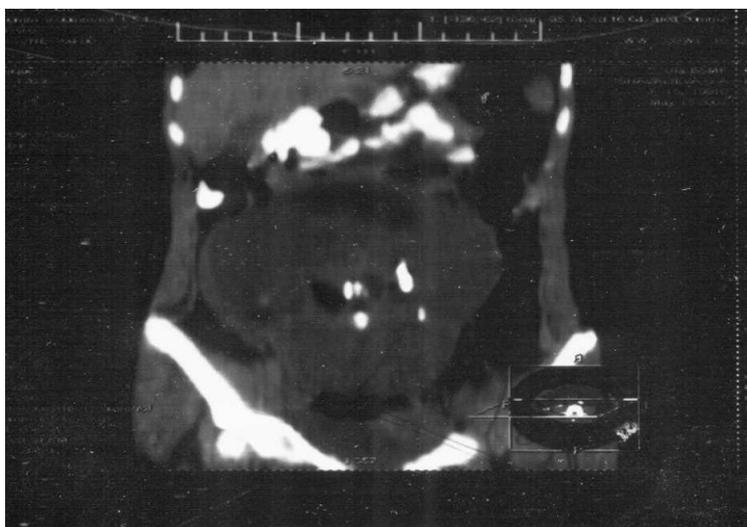


Рис. 17. Компьютерная томограмма зрелой тератомы яичника.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) - еще более усовершенствованный метод лучевой диагностики. В основе лежит эффект ядерно-магнитного резонанса, т.е. избирательного поглощения различными тканями электромагнитного излучения. В отличие от КТ МРТ позволяет получить изображение внутренних органов в любом сечении. Особенно высокая чувствительность проявляется в изображении мягких тканей. Низкая энергия излучения, используемая в МРТ, существенно снижает его вредное воздействие на организм. Таким образом, его применение ограничивает только высокая стоимость аппаратуры.

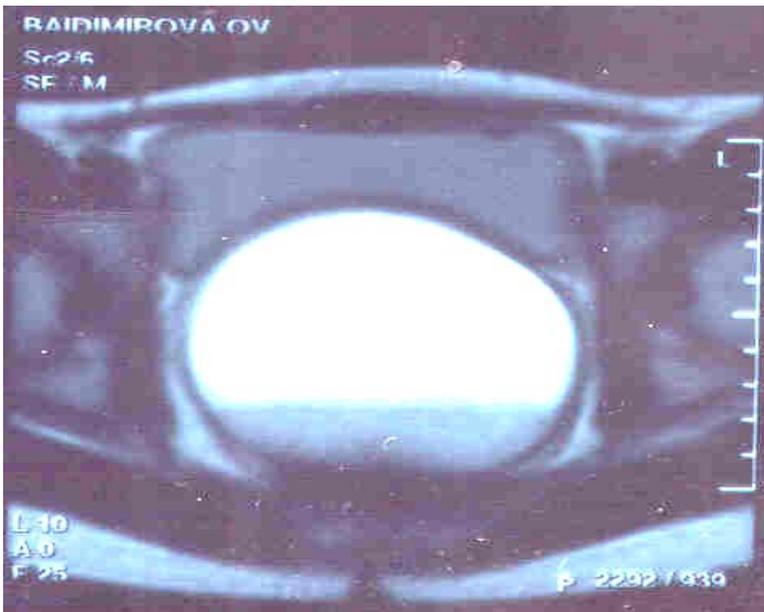


Рис.18. МР томограмма муцинозной цистаденомы яичника

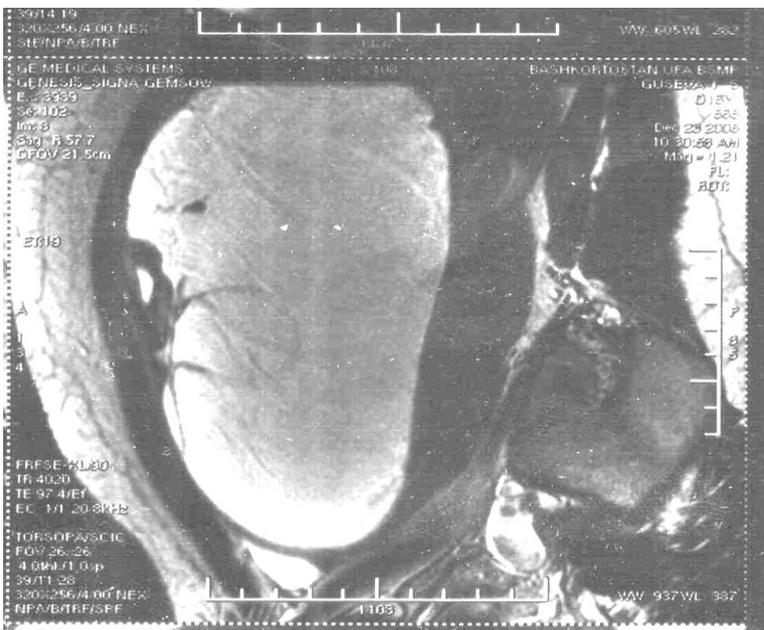


Рис. 19. МР томограмма зрелой тератомы яичника

Эндоскопические методы исследования (в частности, лапароскопия) прочно вошли в арсенал диагностики злокачественных опухолей яичников. Однако и они сопряжены с целым рядом объективных трудностей: малая выраженность специфических изменений при некоторых формах роста опухоли, спаечный процесс в малом тазу и/или брюшной полости, связанный с ранее перенесенным оперативным вмешательством или воспалительным процессом.



Рис. 20. Серозная цистаденома яичника, вид во время лапароскопии

Диагностические возможности лапароскопии значительно возрастают, если одновременно производится взятие мазков или биопсии с поверхности опухоли или подозрительных участков брюшины с последующим морфологическим исследованием. Этот же гистологический материал может быть использован для определения индивидуальной чувствительности опухоли к цитостатическим препаратам, которые в дальнейшем будут применены для лечения.

Необходимо добавить, что лапароскопия также позволяет оценить степень распространенности процесса.

Вместе с тем лапароскопия, как инвазивный метод, должна быть конечным этапом диагностики. Ей должно предшествовать общепринятое клиническое обследование, ультразвуковое исследование органов малого таза, а иногда компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.

В диагностике злокачественных опухолей яичников нельзя забывать и о таком рутинном методе, как пункция заднего свода, которая является инвазивным способом забора материала из позадиматочного пространства для определения клеточного состава имеющейся там, даже в малых количествах, свободной жидкости. Пункция должна выполняться толстой иглой с мандреном для предотвращения попадания содержимого

влагалища в исследуемый материал. Полученный в результате пункции материал может быть как в виде жидкости, так и в виде скудного плотного содержимого. Пункция считается проведенной правильно, если в мазках при цитологическом исследовании присутствуют клетки мезотелия, что свидетельствует о том, что оператор был в брюшной полости. При наличии клеток аденокарциномы устанавливается диагноз злокачественной опухоли яичников, однако отсутствие клеток рака в исследуемом препарате еще не означает отсутствие неопластического процесса. Информативность метода достигает 85-93%.

В настоящее время большое значение в диагностике злокачественных опухолей яичников отводят поиску и определению специфических для этих опухолей биологических веществ, которые можно было бы определить биохимическими и иммунологическими методами. Наибольший интерес представляют опухолевые маркеры, к которым относят:

- онкофетальные и онкоплацентарные антигены (РЭА, АФП, ХГЧ, ТБГ);
- опухоль-ассоциированные антигены (СА-125, СА-19-9, СА-72-4);
- ферменты (ПЩ-плацентарная щелочная фосфатаза, НСЕ - нейронспецифичная энзолаза, являющаяся маркером апуд-системы);
- гормоны (кальцитонин, эстрадиол, пролактин, ТТГ);
- продукты онкогенов (BRCA 1, 2) Известно, что мутации этих генов в 1 и 13-й хромосомах в 90% случаев приводят к развитию рака яичников и молочной железы. Этот факт многие авторы предлагают использовать в качестве генетического скрининга. Ген Р53 является супрессором опухоли, его мутация приводит к безудержному росту новообразования;
- белки острой фазы (ферритин, С-реактивный белок, РЭА);
- биологически активные пептиды (простогландины, гликозамингликаны, макрофагальный колониестимулирующий фактор (M-CSF)).

Наиболее хорошо изучены и широко используются в практике в настоящее время антигены СА-125 и СА-19-9, признанные одними из лучших маркеров эпителиальных опухолей яичников. Определенный уровень кон-

центрации этих антигенов в крови позволяет судить о характере процесса в яичнике. СА-125 обнаруживается у 78-100% больных раком яичников, особенно при серозных опухолях. Уровень его, превышающий норму (35 мЕ/мл), отмечается только у 1% женщин без опухолевой патологии яичников и у 6% больных с доброкачественными опухолями. При раке яичников повышение концентрации СА-125 отмечается в 82% и при эпителиальных опухолях негинекологической локализации - в 23%, чувствительность - 73% (при III-IV стадиях - 96%), специфичность - 94%.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Доля осложненных опухолевидных образований и опухолей яичников в структуре острых гинекологических заболеваний составляет около 24%.

Перекрут ножки опухоли яичника – это наиболее частое осложнение любой опухоли на ножке. Первыми прижимаются тонкостенные вены ножки, в то время как кровоток по артериям еще сохраняется. В результате перекрута происходит кровоизлияние в опухоль, а иногда и в брюшную полость. При отсутствии лечения может развиваться гангрена. Очень редко исходом является атрофия ножки, а опухоль начинает кровоснабжаться через сращения с окружающими тканями (паразитирующая опухоль).

Причинами перекрута ножки кисты яичника могут являться:

- анатомические особенности внутренних гениталий;
- резкие движения;
- перемена положения тела;
- физические нагрузки;
- смещение придатков матки во время беременности;
- переедание.

Разрыв кисты может произойти самостоятельно или в сочетании с перекрутом ножки. Разрыв кисты может травматическим или спонтанным. Он может произойти:

- после перекрута ножки кисты яичника;
- во время бимануального исследования;
- во время родов, когда киста яичника подвергается сжатию в тазу,

Спонтанный разрыв встречается довольно часто при злокачественных опухолях, когда эпителий опережает в росте соединительную ткань.

Причинами разрыва опухоли яичника могут быть:

- дегенеративные изменения в стенке опухоли;
- травма;
- грубое влагалищное исследование.

В результате разрыва муцинозной кисты яичника может развиваться **псевдомиксома брюшины**. Это редкая патология. Эпителиальные клетки имплантируются на брюшину и начинают выделять желеобразный муцин, который не адсорбируется, или секрция идет быстрее, чем абсорбция. В конце концов, брюшная полость заполняется своеобразным желе, а секреторные клетки распространяются по париетальной и висцеральной брюшине. В результате этого возникает реактивный перитонит с образованием спаек. Больную приходится периодически подвергать оперативному лечению, для того чтобы максимально удалить экссудат из брюшной полости. Болезнь в течение нескольких лет медленно прогрессирует и в итоге приводит к летальному исходу от кахексии или обструкции. Пятилетняя выживаемость составляет около 50%, а 10-летняя – около 20%. Сходное заболевание развивается вследствие разрыва мукоцеле червеобразного отростка, преимущественно у мужчин.

Апоплексия яичника (apoplexia ovarii) – это внезапное кровоизлияние в яичник. Сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость. Длительное время в отечественной литературе обозначалась различными терминами: гематома яичника, кровотечение из яичника, разрыв кисты желтого тела, инфаркт яичника, разрыв яичника. В понятие апоплексии яичника обычно включают все виды кровотечений из яичника: разрыв сосудов граафова пузырька, стромы яичника,

желтого тела, фолликулярной кисты яичника. Самым частым источником кровотечения бывает желтое тело или его киста.

У женщин с опухолями яичников часто возникают различные осложнения, требующие экстренного оперативного вмешательства. У большинства из них возникает перекрут ножки яичника. Гораздо реже показанием к срочной операции является разрыв капсулы опухоли. При перекруте яичника выделяются понятия анатомической и хирургической ножки яичника.

Анатомическая ножка яичника включает:

- собственная связка яичника;
- воронкотовая связка;
- мезосальпикс.

Хирургическая ножка яичника - это образование, которое приходится пересекать во время операции при удалении перекрученной опухоли яичника. В ее состав входит анатомическая ножка и чаще всего растянутая маточная труба.

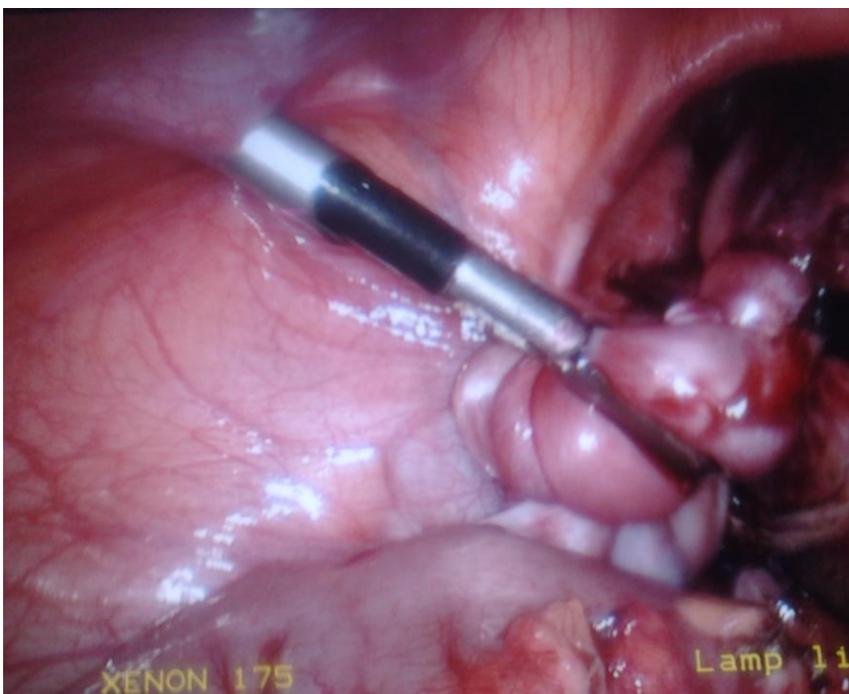


Рис.21. Пересечение хирургической ножки кисты яичника при многократном перекруте с некрозом придатков матки.

Перекрут - это поворот образования на 90°-180 °.

Классификация перекрутов ножки образования яичников по количеству полных оборотов ножки на 360° (А.В. Чайка и Е.Н. Носенко 2005г.):

- частичные,
- полные, многократные.

По степени затягивания перекрута::

- тугие;
- не тугие;

По течению:

- острые;
- постепенные.

Иногда уже при сравнительно небольшом перекручивании ножки (90-120°) возникают выраженные симптомы заболевания, в то время как при более значительной степени перекрута (360°) признаки заболевания могут отсутствовать. Чаще перекручиваются новообразования яичника диаметр которых превышает 5-7 см.

Клиническая картина перекрута ножки опухоли практически не зависит от характера новообразования. Заболевание, как правило, начинается внезапно, когда среди полного здоровья резко возникают сильные боли внизу живота, сопровождающиеся тошнотой и многократной рвотой. Время, прошедшее от начала заболевания до оперативного лечения и выраженность симптомов не коррелирует с тяжестью поражения ткани.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Опытный врач выявляет опухоль яичника часто потому, что в данных обстоятельствах это является наиболее вероятным диагнозом. Следует избегать двух очевидных ошибок:

- опухолевидное образование, расположенное по средней линии живота может быть переполненным мочевым пузырем;

- 16-недельная беременность может быть принята за новообразование, так как на этом сроке перешеек матки очень мягкий и напоминает ножку кисты.

Опухоль яичника может сопровождаться асцитом, но колебание жидкости в брюшной полости наблюдается и при кисте яичника но:

- при асците петли кишечника плавают на поверхности и перкуторный звук резонирует в верхней части живота и притуплен с боков.

- при кисте яичника перкуторный звук притуплен в верхней точке опухоли и резонирует с боков, там где располагаются раздутые петли кишечника.

Опухоли яичников чаще всего приходится дифференцировать с объёмными образованиями матки, труб, и смежных органов.

В первую очередь необходимо учитывать, что причиной увеличения матки может быть **беременность**. Нельзя полностью полагаться на данные о менструальном цикле.

Часто бывает трудно отличить **миоматозный узел** на ножке, особенно расположенный интралигаментарно, от образования яичника. При бимануальном исследовании необходимо обращать внимание на смещение миоматозного узла вместе с телом матки, что не будет происходить с опухолью яичника. Ультразвуковое исследование позволяет отличить фиброму от кисты яичника далеко не всегда, так как некоторые из них являются солидными, а миомы иногда подвергаются кистозному перерождению. Вагинальное УЗИ дает более детальное изображение содержимого таза и позволяет установить более точный диагноз.

Увеличение размеров маточных труб происходит за счет воспалительных процессов с формированием tuboовариального абсцесса. Опухолевидное образование, пальпируемое при осмотре per vaginum, может представлять собой конгломерат из спаявшихся между собой матки, труб, большого сальника и петель кишечника. Эта патология будет сопровождаться выраженными симптомами интоксикации, характерными для воспалительного

процесса изменениями в анализах крови и типичной картиной при УЗИ органов малого таза.

Такую же картину можно наблюдать при эндометриозе и туберкулезном поражении внутренних гениталий.

У **тучных женщин** иногда можно заподозрить несуществующую опухоль (**фантомную опухоль**), так пальпация и бимануальное обследование у них весьма затруднительны. Но, при перкуссии в нижней половине живота будет резонирующий звук.

При **гематоме влагалища прямой мышцы живота** при пальпации определяется фиксированное, болезненное опухолевидное образование. Обычно эта патология возникает после резкого внезапного усилия, например при сильном кашле.

Наиболее часто трудности возникают при дифференциальной диагностике серозных кистаденом с **фолликулярными кистами яичников**. Фолликулярная киста – это самая частая причина увеличения яичника в репродуктивном возрасте. Она является ретенционным образованием и в течение 1-6 месяцев подвергается обратному развитию. Иногда единственным методом, позволяющим отличить фолликулярную кисту от кистаденомы является проведение УЗИ в динамике.

После овуляции в яичнике образуется **желтое тело**, которое может увеличиться из-за кровоизлияния в его полость или образования кисты. Это образования часто протекают с выраженным болевым симптомом на фоне задержки менструации. Кисты желтого тела также как и фолликулярные кисты подвергаются обратному развитию и при отсутствии осложнений не требуют оперативного лечения.

Лютеома беременности – солидное неопухоловое образование часто большого размера, появляется в яичнике во время беременности. В большинстве случаев их обнаруживают при операции кесарева сечения в последние 2 месяца беременности. Скорее всего, это гормонозависимая неопухоловая ги-

перплазия ткани яичника, возникающая под действие хорионического гонадотропина и регрессирующая после родов.

Часто при бимануальном исследовании каловые массы в сигмовидной кишке могут быть приняты за опухоль. Необходимо помнить о том, что больная перед осмотром гинеколога должна опорожнить кишечник и мочевой пузырь. Скопление каловых масс от тканевого образования позволяет отличить «симптом глины». При пальпации кишки заполненной каловыми массами остаются вдавления от пальца.

Трудности представляет дифференциальный диагноз у больных с **дивертикулярной болезнью**, с образованиями инфильтратов при болезни Крона, аппендикулярным инфильтратом. В данном случае поставить правильный диагноз позволяет тщательный сбор анамнеза и заключение грамотного специалиста проводящего УЗИ.

С возрастом распространенность **опухолей толстой** кишки возрастает и в 60-70% случаев они расположены слева в пределах досягаемости пальца. Для установления правильного диагноза помимо ректального исследования проводят рентгенологические и эндоскопические исследования.

У детей иногда приходится дифференцировать опухоль яичника от забрюшинных опухолей (нейробластомы, крестцово-копчиковой тератомы).

Крайне редко встречаются такие образования брюшной полости как, киста брыжейки, гидатидная киста, киста поджелудочной железы, тазовая эктопия увеличенной гидронефротической почки, переднее менингоцеле.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

На сегодняшний день общепринятым является положение что, все новообразования яичников, за исключением функциональных кист яичников (фолликулярные кисты и кисты желтого тела), причем только в случае полной уверенности в диагнозе и отсутствии осложнений подлежат обязательному хирургическому лечению

Органосохраняющие операции при опухолях яичника, когда удаляется только пораженная ткань или часть органа подразделяются:

- **цистэктомия** – удаление кисты или энуклеация опухоли из её капсулы в ткани яичника. После удаления опухоли края разреза сопоставляют и скрепляют швами, сохраняя тем самым функцию яичника.

Показания: доброкачественная на вид опухоль у женщины моложе 35 лет. Эта операция не проводится в случае гигантской опухоли или на фоне воспалительного процесса.

- резекция яичника – удаление части яичника или удаление части коры яичника. Применяется в некоторых случаях поликистоза яичников.

К органосохраняющим операциям при опухолях яичника относятся:

- овариоэктомия – удаление яичника;
- аднексэктомия – удаление яичника и маточной трубы.

При злокачественных опухолях яичников в зависимости от их стадии и возраста женщины может быть показано проведение расширенных – радикальных операций, таких как ампутация и экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника и удаление регионарных лимфатических узлов.

Если при оперативном лечении возникли малейшие сомнения в доброкачественном характере опухоли необходимо стремиться:

- как можно точнее классифицировать опухоль в соответствии с её распространенностью (установить стадию).
- удалить как можно больше опухолевой ткани (уменьшение массы опухоли хирургическим путем – циторедуктивная операция).
- не следует пытаться уменьшить размер опухоли при помощи пункции.
- следует провести ревизию всех образований в брюшной полости, в том числе печени, брюшины поддиафрагмального пространства,

петель кишечника, брыжейки, сальника и парааортальных лимфатических узлов с биопсией подозрительных участков.

- перед манипуляциями с опухолью необходимо взять асцитическую жидкость или физиологический раствор, которым промывали брюшную полость, для цитологического исследования. Так же на цитологическое исследование отправляют мазок с нижней поверхности диафрагмы.

Опухоли и опухолевидные образования яичников подлежат хирургическому удалению с учетом всех основных принципов онкологической настороженности. **А у пациенток детского, юного возраста и молодых женщин при удалении опухолей яичников предпочтительна резекция яичников с сохранением неизменной ткани.**

С внедрением современных методов диагностики, хирургических технологий и новых противоопухолевых препаратов появилась возможность проводить удаление только самой опухоли с сохранением ткани яичника даже при злокачественных новообразованиях.

До конца XX века классическим операционным доступом при оперативном лечении опухолей яичников считался нижнесрединный доступ, так как до этапа гистологического исследования нередко невозможно исключить злокачественный характер новообразования.

Удаление опухоли при лапаротомии имеет ряд недостатков:

- Ограниченность визуального обследования малого таза и брюшной полости;
- Большая, по сравнению с лапароскопией, травма органов и тканей малого таза;
- Более длительная госпитализация;
- Большая вероятность послеоперационного спаечного процесса.

Метод минилапаротомного доступа широко используется в хирургии и позволяет значительно снизить операционную травму, сократить время операции, облегчить течение послеоперационного периода.

В основу методики мини-лапаротомии с элементами “открытой” лапароскопии по М.И. Прудкову заложены принципы предложенные в 1903 году российским хирургом-гинекологом Д. О. Оттом – малый разрез брюшной стенки и создание гораздо большей зоны в брюшной полости, доступной адекватному осмотру и манипулированию.

Основу разработанного комплекта инструментов составляют кольцевидный ранорасширитель, набор сменных крючков-зеркал, система освещения и специальные хирургические инструменты. Конструктивные особенности применяемых инструментов (зажимов, ножниц, пинцетов, диссектора, вилки для завязывания лигатур в глубине раны и др.) разработаны с учетом особенностей оси операционного действия и имеют дополнительные изгибы. Предусмотрен специальный канал для выведения оптической информации на монитор (открытая телелапароскопия).



Рис. 22. Набор инструментов «мини-ассистент».

В настоящее время хирургическое лечение женщин с опухолевидными образованиями и опухолями яичников, возможно на новом качественном уровне с использованием не только миниинвазивных доступов, но и щадя-

щих органосохраняющих методов лечения за счет использования оптики и различных хирургических энергий.

Понятие «минимальная инвазия» в хирургии подразумевает нанесение минимальной травмы организму при достижении доступа к патологическому процессу, требующему коррекции, минимальное нарушение интраоперационной среды, максимально возможное сохранение или восстановление нормальных анатомо-топографических взаимоотношений тазовых структур.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Любое оперативное вмешательство на яичниках приводит к снижению фертильности женщины не только в естественных циклах, но и при проведении процедуры ЭКО. Частота элиминации фолликулов удваивается, когда премордиальный пул сокращается до 25000 фолликулов. Резекция яичников негативно сказывается на состоянии овариального резерва, что выражается в повышении уровня ФСГ, снижении уровня ингибина-В, уменьшение объема гонад и числа антральных фолликулов в них.

Следствием оперативных воздействий на яичник становится повышенный риск формирования ретенционных образований и рецидивы кист. У большинства женщин, перенесших одностороннюю аднексэктомию, наблюдаются вегетоневрозы, ожирение, нарушение менструальной функции

Если операция проводится в возрасте до 30 лет, то менопауза наступает раньше как после резекции обоих яичников, так и после аднексэктомии, Разница в снижении фертильности после радикальных и консервативных операций статистической значимости не имеет.

Рецидив опухолевого процесса после резекции пораженного яичника возникает почти у половины оперированных в среднем через 6,6 лет, а развитие опухоли в другом яичнике после односторонней овариоэктомии – у 11%

в среднем через 8 лет. Таким образом, операции на яичниках должны проводиться по строгим показаниям.

Учитывая то, что в генезе опухолей яичника ведущая роль принадлежит репродуктивным факторам, основным методом профилактики заболеваемости новообразованиями яичников является гормональная контрацепция. В фундаментальном руководстве ВОЗ по опухолям женских половых органов и молочной железы подчеркнуто, что возможно снижение риска рака яичников при применении оральной контрацепции и большого количества родов.

Выполненный для оценки влияния оральных контрацептивов на снижение частоты рака яичников метаанализ показал, что риск снижался на 10-12% в течение года и на 50% после 5 лет использования.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.С. Гаспаров, А.Э. Тер-Овакимян, Е.Г. Хилькевич, А.Г. Косаченко «Апоплексия яичника и разрывы кист яичников». – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 176с.
2. В.Н. Демидов, А.И. Гус, Л.В. Адамян, Ю.И. Липатенкова «Эхография органов малого таза у женщин. Вып. IV. Пограничные опухоли, рак и редкие опухоли яичников»: Практическое пособие. Москва – 2005.
3. В.Ф. Коколина, А.А. Алиханов «Томографическая диагностика опухолей и опухолевидных образований яичника у девочек» - М.: ИД «Мед-практика-М», 2005, 132 с.
4. В.И. Кулаков, Р.Г. Гатауллина, Г.Т. Сухих «Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями опухолевидными образованиями яичников». – М.: Изд-во «Триада-Х», 2005 – 256 с.
5. И.Б. Манухин, М.М. Высоцкий, Н.Е. Кушлинский «Молекулярно-биологические факторы в патогенезе и хирургическом лечении опухолей яичников». – М.: Издательство «Династия», 2007. – 208 с.
6. И.С. Сидорова, С.А. Леваков «Доброкачественные и пограничные опухоли яичников». – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», - 2006. – 72с.
7. А.Ф. Урманчеева, Г.Ф. Кутушева, Е.А. Ульрих «Опухоли яичника (клиника, диагностика и лечение)» - ООО «Издательство Н-Л», - 2012, - 66 с.
8. Харт Д.М., Норман Дж. Гинекология. Иллюстрированное клиническое руководство /пер. с англ. под общей ред. В.Н. Прилепской. – М.: Издательство БИНОМ, 2009. – 464 с.

9. Ю.В. Цевелев, В.Ф. Беженарь, И.В. Берлев «Ургентная гинекология (практическое руководство для арвчей)». – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2004. – 384 с.
10. Акушерство и гинекология: пер. с англ. доп. //гл. ред. Савельева Г.М. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1977.
11. Гинекология. Руководство к практическим занятиям : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 552 с.
12. Клиническая онкогинекология: в 3т. /под ред. Ф. Дж. Дисаи, У.Т. Крисмана; пер. с англ. Под ред. Е.Г. Новиковой. – М.: Практическая медицина 2012.
13. Диагностика и лечение в гинекологии. Проблемный подход /М. Рис, С. Хоуп, М.К. Охлер, Дж. Мур, П. Кроуфорд: пер. С англ. под ред. В.Н. Прилепской. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. - 320 с.



ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

Вопросы с множественными ответами

1. Для доброкачественной опухоли являются характерными следующие признаки:
 - 1) избыточное патологическое разрастание тканей;
 - 2) утрата дифференцировки тканей;
 - 3) рост со сдавливанием и раздвиганием соседних тканей;
 - 4) отдаленные метастазы.

2. Для злокачественной опухоли являются характерными следующие признаки:
 - 1) избыточное патологическое разрастание тканей;
 - 2) утрата дифференцировки тканей;
 - 3) разрастание тканей, состоящее из качественно изменившихся, утративших дифференцировку клеток организма;
 - 4) отдаленные метастазы.

3. Основными причинами увеличения роста заболеваемости опухолями яичника:
 - 1) влияние окружающей среды,
 - 2) питание,
 - 3) генетическая предрасположенность,
 - 4) повышение возраста первой беременности,
 - 5) снижение числа беременностей.

4. Пик заболеваемости новообразованиями яичников приходится на следующие периоды жизни женщины:
 - 1) препубертатный период,
 - 2) репродуктивный период,
 - 3) постменопаузу,
 - 4) возрастные периоды женщины связанные с повышением

гонадотропинов.

- 5. Сколько наследственных синдромов, проявляющихся семейной предрасположенностью к возникновению рака органов женской репродуктивной системы, идентифицировано к настоящему времени?**
- 1) 8,
 - 2) 3,
 - 3) 5,
 - 4) 4.
- 6. Какие из перечисленных опухолей относятся к серозным опухолям?**
- 1) аденофиброма,
 - 2) аденокарцинома,
 - 3) папиллярная цистаденома,
 - 4) поверхностная папиллома.
- 7. Какие из перечисленных опухолей относятся к муцинозным опухолям?**
- 1) аденофиброма и цистаденофиброма,
 - 2) муцинозная кистозная опухоль с пристеночными узлами,
 - 3) муцинозная кистозная опухоль с псевдомиксомой брюшины.
- 8. На какие группы можно разделить эндометриоидные опухоли яичников?**
- 1) доброкачественные, пограничные злокачественные;
 - 2) пограничные, переходные, злокачественные;
 - 3) злокачественные, поверхностные, доброкачественные.
- 9. К какой группе опухолей яичника относятся фибромы?**
- 1) серозным опухолям,
 - 2) герминогенным опухолям,
 - 3) гранулёзостромальноклеточным опухолям.
- 10. Какие из перечисленных опухолей могут развиваться в яичниках?**
- 1) саркома,
 - 2) аденокарцинома,
 - 3) опухоль Бреннера,
 - 4) лимфома,

5) миома.

11. Какие из перечисленных симптомов наиболее характерны для доброкачественных опухолей яичников?

- 1) боли в животе,
- 2) асцит,
- 3) наличие пальпируемого образования в животе,
- 4) увеличением его объема живота,
- 5) нарушение менструального цикла.

12. Какие основные диагностические задачи должен решить специалист при обращении пациентки с опухолью яичника в поликлинику?

- 1) определение топика процесса (какой орган поражен);
- 2) характер поражения (злокачественный или доброкачественный процесс);
- 3) степень распространенности процесса;
- 4) состояние организма (с целью определения возможности применения того или иного вида лечения);

13. Какие методы исследования применяются для диагностики доброкачественных опухолей яичников?

- 1) бимануальное исследование,
- 2) кольпоскопия,
- 3) ультразвуковое исследование,
- 4) магниторезонансная томография,
- 5) пункция заднего свода влагалища.

14. Какие из перечисленных онкомаркеров, относятся к онкофетальным и онкоплацентарным антигенам?

- 1) РЭА,
- 2) АФП,
- 3) ХГЧ,
- 4) СА-19-9.

15. Какие из перечисленных онкомаркеров, относятся к опухоль-ассоциированным антигенам?

- 1) СА-125,
- 2) СА-72-4,
- 3) ТБГ.

16. Какие опухоли яичников могут продуцировать эстрогены?

- 1) текома,
- 2) гранулезоклеточная опухоль,
- 3) фиброма,
- 4) андробластома.

17. Какие из перечисленных опухолей яичников могут вызвать у девочки клинику преждевременного полового развития по гетеросексуальному типу?

- 1) ювенильная гранулезоклеточная опухоль,
- 2) андробластома,
- 3) опухоль Бреннера,
- 4) фолликулярная киста.

18. Какие образования включает анатомическая ножка яичника?

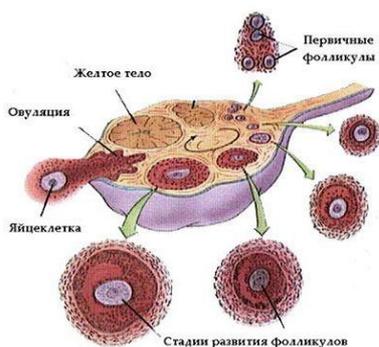
- 1) воронкотовазовую связку яичника,
- 2) собственную связку яичника,
- 3) мезоварий,
- 4) широкую маточную связку.

19. Какие образования может включать хирургическая ножка кисты яичника?

- 1) мезоварий,
- 2) маточную трубу,
- 3) прядь большого сальника,
- 4) собственную связку яичника,
- 5) воронкотовазовую связку.

20. Какие симптомы являются наиболее характерными для перекрута ножки кисты яичника?

- 1) внезапное начало;
- 2) сильные приступообразные боли;
- 3) многократная рвота;
- 4) повышение температуры тела.



Ситуационные задачи

Задача 1.

Пациентка в возрасте 18 лет была доставлена в приемный покой крупного многопрофильного стационара с жалобами на сильные тянущие боли внизу живота слева, задержку менструации на 2 дня. Заболела постепенно 1 сутки назад, когда появились боли внизу живота, сначала они были умеренными, затем усилились. Ране она подобных болей она не отмечала.

Менархе в 12 лет. Менструальный цикл установился сразу. Менструации продолжаются по 5 дней, приходят через 28 дней. Умеренные, безболезненные. Половой жизнью не живет. В анамнезе редкие простудные заболевания. Травм и операций не было.

При общем осмотре патологии не выявлено. Живот округлой формы симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. При проведении ректоабдоминального обследования гинекологом было слева от матки выявлено эластичное, овальной формы, подвижное, болезненное образование размерами 4x5 см.

При проведении УЗИ органов малого таза, размеры матки в пределах нормы, эндометрий 12 мм соответствует второй фазе менструального цикла. Слева от матки визуализируется овальной формы неоднородной структуры жидкостное образование размерами 44x56x38мм с преобладанием жидкостного компонента со взвесью и перегородками. Правый яичник не изменен.

Изменений в анализах крови и мочи не выявлено.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача 2.

Пациентка в возрасте 14 лет была доставлена в приемный покой клинической больницы с жалобами на сильные приступообразные боли внизу живота, которые появились после урока физ. культуры. Боли сопровождались холодным потом, тошнотой и многократной рвотой.

Ранее больная подобных болей не отмечала, хотя её часто беспокоят боли в эпигастральной области и тошнота. Она наблюдается у гастроэнтеролога по поводу дискинезии желчевыводящих путей. Менструаций у девочки не было.

Девочка правильного телосложения, пониженного питания. Половое развитие соответствует возрасту $Pu2Ax2Ma2Me0$.

Наружные половые органы развиты правильно. Рост волос по женскому типу. Клитор не увеличен. Большие половые губы прикрывают малые. Девственная плева кольцевидной формы, цела, с волнистым краем. Выделения из половых путей обычные, умеренные.

При ректоабдоминальном исследовании:

Ампула прямой кишки свободная, слизистая её подвижная. В полости таза пальпируется плотно-эластичное, овальной формы резко-болезненное образование размерами 10x8 см. Тело матки отдельно не пальпируется.

При УЗИ в полости малого таза визуализируется овальной формы образование с двойным контуром, неоднородной жидкостно-тканевой структуры, размерами 110x98x76 мм. При доплерометрии кровотоков в нем не определяется. Тело матки расположено кпереди от образования размерами 35x30x28 мм. Полость матки в виде гиперэхогенной полоски. В полости малого таза определяется около 10 мл свободной жидкости.

Диагноз? Тактика лечения больной?

Задача 3.

При скрининговом ультразвуковом исследовании женщины при сроке беременности 15-16 недель была выявлена опухоль левого яичника размерами 46x67x52 мм неоднородной жидкостно-тканевой структуры с толстой капсулой.

Беременность у больной 1-ая, желанная. Она состоит на диспансерном учете в женской консультации с 5-6 недель беременности. Ранее никаких осложнений не наблюдалось, и жалоб она не предъявляла.

В возрасте 12 лет она была прооперирована по поводу дермоидной кисты яичника, ей было произведена лапароскопическая цистэктомия справа. Менархе в 12 лет. Менструальный цикл установился сразу. Менструации продолжаются по 4-5 дней, приходят через 28-30 дней. Умеренные, безболезненные.

Половая жизнь с 19 лет. Брак зарегистрирован.

Диагноз? Тактика ведения больной?

Прогноз для пролонгирования беременности?

Задача 4.

К гинекологу женской консультации обратилась женщина 32 лет с жалобами на задержку менструации на 4 недели, умеренные, непостоянные, ноющие боли внизу живота, больше справа, мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение суток.

Ранее подобных нарушений она не отмечала.

Менархе в 11 лет. Менструальный цикл установился сразу. Менструации продолжаются по 5-6 дней, приходят через 30 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет. От беременности предохранялась презервативами. Беременностей - 3, родов - 2 (срочные, без осложнений), меди-

цинский аборт - 1, медикаментозный, без осложнений. Гинекологическими заболеваниями не страдала.

Женщина принесла тест на беременность – тест отрицательный.

При гинекологическом исследовании: наружные половые органы развиты правильно. Рост волос по женскому типу. Половая щель сомкнута.

Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей, своды его свободные. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Наружный зев щелевидный. Выделения из его обильные слизистые, прозрачные.

Per vaginam: влагалище свободное, своды его глубокие, безболезненные. Тело матки грушевидной формы, в anteversio, anteflexio, не увеличено, подвижное, безболезненное. Справа от матки определяется овальной формы, мягко-эластичное, подвижное, безболезненное образование размерами 6 на 4 см. левые придатки не пальпируются.

При УЗИ органов малого таза: тело матки не увеличено размерами 55x46x34. Миометрий однородный. М-эхо 14 мм, эндометрий соответствует 1 фазе менструального цикла. Справа от матки визуализируется гипозоногенное с тонкой капсулой вытянутой овальной формы образование размерами 62-44-36мм образование. У нижнего полюса его определяется полоска ткани яичника с мелкими фолликулами. Левый яичник не изменен.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 5.

К гинекологу женской консультации обратилась женщина 62 лет с жалобами на увеличение живота, непостоянные умеренные тянущие боли внизу живота, слабость, одышку, запоры.

Женщина считает себя больной около 3 месяцев, когда начала замечать увеличение живота. Обращалась к терапевту, получала лечение по поводу патологии ЖКТ.

Менопауза с 50 лет. К гинекологу в последние 8-9 лет не обращалась.

Беременностей у нее было 8, родов – 2 (в срок, без осложнений), мед. аборт – 6. Предохранялась от беременности прерванным половым актом.

Женщина страдает ишемической болезнью сердца, гипертонией, сахарным диабетом.

При гинекологическом исследовании:

Наружные половые органы развиты правильно. Половая щель зияет. Имеется небольшое опущение задней стенки влагалища.

Per speculum: влагалище узкое слизистая его атрофичная, бледная. Шейка матки атрофичная, чистая, наружный зев точечный. Выделения скудные.

Per vaginam: Влагалище узкое, своды его сглажены. Тело матки маленькое. Плотное. Кзади от матки определяется плотно-эластичное образование занимающее всю полость малого таза и достигающее верхним полюсом до пупка.

При УЗИ органов малого таза в брюшной полости и полости малого таза было выявлено гипоэхогенное многокамерное образование с толстой капсулой размерами 260x182x156 мм. В некоторых камерах образования содержалось большое количество взвеси. Тело матки 34x22x18, эндометрий в виде гиперэхогенной полоски. При доплерометрии кровотока в стенке и перегородках не выявлено. Свободной жидкости в полости малого таза не выявлено.

Диагноз? Тактика лечения больной?



Контрольные вопросы

1. Этиология опухолей яичников;
2. Основные механизмы патогенеза опухолей яичников;
3. Классификация опухолей яичников;
4. Клинические проявления различных видов опухолей яичников;
5. Лабораторно-инструментальные методы исследования больных с опухолями яичников.

Выпишите рецепты на препараты, в сигнатуре укажите дозы и кратность приема:

- чисто гестагенный оральный контрацептив;
- комбинированный низкодозированный оральный эстроген-гестагенный контрацептив с антиандрогенным действием;
- кломифен-цитрат для стимуляции овуляции;
- пурегон для стимуляции овуляции;
- препарат для поддержки лютеиновой фазы цикла;

Задания для самостоятельной работы и УИРС

Подготовьте реферативный доклад на одну из следующих тем:

1. Современные принципы диагностики доброкачественных опухолей яичников.
2. Современная тактика и современные принципы лечения доброкачественных опухолей яичника.



Эталоны ответов на тесты и ситуационные задачи

Эталоны ответов на тесты

1. – 1, 2, 3	6. – 1, 2, 3, 4	11. - 1, 3, 4	16. – 2, 4
2. - 3, 4	7. – 1, 2, 3	12. – 1, 2, 3, 4	17.- 2
3. – 1, 2, 3, 4, 5	8. - 1	13. - 1, 3, 4, 5	18. – 1, 2, 3
4. – 1, 2, 3, 4	9. - 3	14. – 1, 2, 3	19. - 1, 2, 3, 4, 5
5. - 1	10. – 1, 2, 3, 4	15. – 1, 2,	20. – 1, 2, 3

Эталоны ответов на ситуационные задачи:

Задача № 1.

Киста желтого тела левого яичника.

Для кисты желтого тела характерны небольшая задержка менструации, боли внизу живота различной интенсивности, которые возникают за счет кровоизлияния в кисту и растяжения её капсулы. При проведении УЗИ органов малого таза выявляется овальной формы образование в одном из яичников с неоднородной структурой. Эндометрий будет достаточно толстым с признаками характерными для второй фазы менструального цикла.

В данном случае можно ограничиться консервативным лечение, так как нет разрыва кисты сопровождающегося кровотечением в брюшную полость. Женщина молодая и нуждается в сохранении репродуктивной функции.

Для профилактики возникновения в дальнейшем функциональных кист яичников мы можем порекомендовать ей прием монофазных низкодозированных оральных контрацептивов.

Задача № 2.

Перекрут ножки кисты яичника.

У пациентки характерная клиническая картина для перекрута ножки кисты яичника: острое, внезапное начало заболевания, часто связанное с физической нагрузкой, тошнота и многократная рвота. При гинекологическом исследовании у нее было выявлено болезненное образование в полости малого таза. При УЗИ так же получена характерная картина: двойной контур неоднородного по структуре образования, свободная жидкость в полости малого таза.

Задача № 3.

Вероятно у беременной женщины была выявлена зрелая тератома, так как в 12 лет у нее уже была проведена операция по поводу подобной опухоли яичника, а они часто рецидивируют. На предположительный характер опухоли указывают и данные УЗИ.

Женщине показано оперативное лечение и пролонгирование беременности.

Задача № 4.

Фолликулярная киста правого яичника.

В данном случае у больной была задержка менструации, а нарушения менструальной функции часто сопровождаются возникновением фолликулярных кист яичников. Это подтверждают данные УЗИ тонкие стенки и неправильная форма образования.

Задача № 5.

Скорее всего, у пациентки имеется муцинозная цистаденома яичника. Эти опухоли встречаются чаще у пожилых женщин, отличаются большими размерами. При УЗИ они имеют многокамерное строение и наличие смещаемой взвеси.

Сахаутдинова И.В., Муслимова С.Ю.
Зулкарнеева Э.М.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Учебное пособие

Подписано к печати 27 мая 2013 г.
Формат 60x84 ¹/₁₆. Усл.-печ. л. 3,7.
Тираж 20 экз. Заказ № .

Отпечатано на ризографе с готового оригинал-макета,
представленного авторами, в типографии ООО «БашНИПИнефть».
450006, г. Уфа, ул. Ленина, 86/1