

Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Реферат

«Доброкачественные образования яичников, Рак яичников»

Выполнил: клинический ординатор
кафедры оперативной гинекологии ИПО

Аликина Д.С.

Проверил: д.м.н., зав.кафедрой Макаренко Т.А.

Красноярск 2020

Оглавление

Этиология опухолей яичников. Классификация	1
Кисты яичника в. Разновидности, методы лечения	4
Истинные доброкачественные опухоли яичников	4
Методы диагностики. Дифференциальная диагностика	6
Принципы лечения, объем оперативного вмешательства	13
Классификация рака яичников. Клиническое течение. Пути метастазирования. Принципы комплексного лечения больных в зависимости от стадии распространения. Профилактика	16
Список литературы :	22

Доброкачественные опухоли яичников (ДОЯ) – группа патологических дополнительных образований овариальной ткани, возникающих в результате нарушения процессов клеточной пролиферации и дифференцировки. Доброкачественные опухоли яичников являются острой проблемой гинекологии, поскольку довольно часто развиваются у женщин детородного возраста, вызывая снижение репродуктивного потенциала. Среди всех образований яичников доброкачественные опухоли составляют около 80%, однако многие из них склонны к малигнизации. Своевременное выявление и удаление овариальных опухолей крайне актуально в плане профилактики рака яичников.

Вопрос об этиологии доброкачественных опухолей яичников остается дискуссионным. Различные теории рассматривают в качестве этиологических моментов:

- гормональную,
- вирусную,
- генетическую природу овариальных опухолей.

Считается, что развитию доброкачественных опухолей яичников предшествует состояние гиперэстрогении, вызывающее диффузную, а затем, и очаговую гиперплазию и пролиферацию клеток. В развитии герминогенных образований и опухолей полового тяжа играют роль эмбриональные нарушения. Одной из причин развития опухолей является нарушение сложного механизма нейроэндокринной регуляции. Развитие опухолей яичников в большой мере зависит от повышенной секреции ФСГ гипофиза.

Механизм возникновения опухоли можно схематически представить следующим образом:

- первичное ослабление функции яичников и снижение уровня овариальных эстрогенов;
- компенсаторное повышение уровня гонадотропинов гипофиза, в первую очередь ФСГ.

В условиях длительного повышения секреции ФСГ в яичниках возникает сначала диффузная, затем очаговая гиперплазия и пролиферация клеточных элементов, которая может закончиться образованием опухоли. В последнее время широко обсуждается вопрос о наследственной форме рака яичников. Естественно, эти формы встречаются значительно реже спорадических. По данным мировой литературы, наследственными формами страдают только 5-10% больных. Успехи генной инженерии позволили выявить ряд онкогенов, экспрессия которых ассоциирована с семейными формами рака яичников и рака молочной железы. К ним относятся онкогены BRCA-1 и BRCA-2. У носительниц данных генов к 60 годам частота возникновения рака яичников может достигать 70%. На основании ряд авторов предлагает, учитывая такую высокую вероятность развития данной онкологической патологии, проводить у этой группы женщин профилактическое удаление придатков после завершения репродуктивного возраста.

Факторы риска по возникновению опухолей яичников:

- Раннее или позднее менархе, позднее (после 50 лет) наступление менопаузы, нарушения менструального цикла.
- С риском возникновения опухолей яичников связаны и сниженная репродуктивная функция женщины, бесплодие, невынашивание.
- Хронические воспалительные заболевания придатков матки могут формировать преморбидный фон опухолевого процесса.
- Большое значение в этиологии и патогенезе опухолей яичников придается генетическим факторам, нейрогуморальным и эндокринным нарушениям.

Группы риска.

1. Женщины, страдающие хроническими воспалительными заболеваниями малого таза.
2. Женщины, страдающие гормональными нарушениями - нарушение менструального цикла, гормональное бесплодие.
3. Женщины, у которых в анамнезе были операции на яичниках - цистэктомия, и др.
4. Отягощенная наследственность - опухоли яичников, эндометрия у близких родственников.
5. Женщины у которых рак молочной железы.
6. Женщины у которых была патологическая беременность.

Доброкачественные опухоли яичников нередко бывают ассоциированы с наследственными эндокринопатиями – сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы, носительством ВПЧ и вируса герпеса II типа.

Частота встречаемости опухолей яичников составляет 13,3%, причем, большая часть выявленной патологии приходится на опухолевидные процессы (ОПЯ) – 58,8%, на истинные опухоли – 39,1%.

Что касается структуры отдельных гистотипов доброкачественных опухолей яичников (ДОЯ), то

- на I месте – эпителиальные опухоли (76%), среди них: серозные – 69,9%, муцинозные – 14,8%, эндометриодные – 11,8%;
- II места – опухоли стромы полового тяжа – 14,9%, среди них – гранулезоклеточные – 28,2%, текомы, фибромы – 6,4%.

Основная масса больных с ДОЯ (69,1%) приходится на возрастную группу от 31 до 60 лет, рак яичника чаще встречается в постменопаузе.

Анатомия: Размеры яичников у новорожденных девочек – 1,5-2х0,5х0,1-0,35 см, у девочек в начале менархе – 3-3,5х1,5-2х1-1,5 см, у женщин в возрасте старше 20 лет – 4-4,5х2-2,5х1-2 см, в старческом возрасте –

2x1x0,5 см. Яичники расположены в малом тазу несколько ассиметрично на заднем листе широкой связки, к короткой части этого листка (малоокруглый), яичники прикреплены нижним краем. Каждый яичник имеет связки: воронко-тазовая направляется от верхнего полюса яичника к боковой стенке таза, собственная связка яичника связывает яичник с маткой, подвешивающая – с трубой, в связках проходят кровеносные, лимфатические сосуды и нервы. Кровоснабжение осуществляется за счет яичниковой артерии и яичниковой ветви маточной артерии. Положение яичников малоподвижное. Смещение яичников наблюдается в период роста организма, во время беременности и после родов.

Терминология:

✓ Киста – патологическая полость, выполненная каким-либо содержимым, возникшая в результате задержки или избыточной секреции жидкости – это опухолевидные процессы (ОПЯ). Кисты разделены на 5 основных типов:

- ретенционные
- размолизионные (от размягчения)
- из персистирующих органов (атрезированного фолликула, киста желтого тела)
- паразитарные
- травматические.

✓ Кистомы – истинные опухоли яичников.

Гистологическая классификация опухолей яичников (ВОЗ, Женева, 1977 г.):

1) Эпителиальные опухоли:

- а) серозные (цистаденома и папиллярная цистаденома, поверхностная папиллома, аденофиброма и цистаденофиброма);
- б) муцинозные (цистаденома, аденофиброма и цистаденофиброма);
- в) эндометриоидные (аденофиброма и цистаденофиброма, аденома и цистаденома);
- г) светлоклеточные или мезонефроидные (аденофиброма);
- д) опухоли Бреннера (доброкачественные);
- е) смешанные эпителиальные опухоли (доброкачественные)

2) Опухоли стромы полового тяжа: текома, фиброма

3) Горминогенные опухоли: дермоидные кисты, струма яичника

4) Опухолевидные процессы:

- а) фолликулярные кисты;
- б) кисты желтого тела;
- в) эндометриоидные кисты;
- г) простые кисты;
- д) воспалительные процессы;
- е) параовариальные кисты

Построение этой классификации, названной гистологической, исходит из микроскопической характеристики опухолей. Создание такой

классификации, отражающей современный уровень знаний, является прогрессивным шагом.

Клиника: Ранние стадии, как правило, протекают бессимптомно. Средняя продолжительность наблюдения у специалиста по поводу опухоли яичника составляет $1,8 \pm 0,2$ года. При опухолях яичников не отмечаются какие-либо специфические симптомы. Жалобы неспецифичны. Симптомы заболевания зависят от величины и расположения опухоли.

ЖАЛОБЫ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ БОЛЬНЫМИ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Характер жалоб и симптомов	Частота встречаемости (%)
1. Боли в низу живота или в пояснице	31,2
2. Нарушение менструальной функции в детородном возрасте	24,5
3. Кровянистые выделения в менопаузе	6,0
4. Бесплодие (первичное или вторичное)	7,4
5. Дизурические явления	5,2
6. Запоры	4,8
7. Увеличение живота	3,5
8. Прочие	2,2

Наиболее частой жалобой являются боли внизу живота (31,2%), также в пояснице, иногда в паховых областях. Чаще всего они тупые, ноющего характера. Острые боли бывают лишь при перекруте ножки опухоли и при кровоизлияниях в случае разрыва капсулы опухоли. Боли не связаны с менструацией. Они возникают вследствие раздражения серозных покровов, спазма гладкой мускулатуры, нарушения кровообращения.

Второй по частоте жалобой является нарушения менструального цикла (24,5%), далее запоры и расстройство мочеиспускания (4,8), чувство тяжести и увеличения объема живота (3,5%), слабость и одышка, бесплодие (7,4%), отсутствуют жалобы почти у каждой третьей (28,6%).

Диагностика: Доброкачественные опухоли яичников распознаются с учетом данных анамнеза и инструментальных обследований. При гинекологическом исследовании определяется наличие опухоли, ее локализация, величина, консистенция, подвижность, чувствительность, характер поверхности, взаимоотношения с органами малого таза. Проведение ректовагинального исследования позволяет исключить прорастание опухоли в смежные органы. Трудности своевременной диагностики опухолей яичников, связанные с отсутствием клинически выраженных предопухолевых состояний, усугубляются их неясным патогенезом.

В последние годы все шире используется ультразвуковое исследование (УЗИ), его высокая информативность, отсутствие

противопоказаний обеспечивают приоритет этого метода. В последние годы отдают предпочтение трансагинальной эхографии. Дополняет широкие диагностические возможности УЗИ пункция кистозных образований под контролем эхографии с последующим цитологическим исследованием полученной жидкости. Трансабдоминальное УЗИ и трансагинальная эхография в 96% случаев позволяют дифференцировать доброкачественные опухоли яичников от миомы матки, воспалительных процессов в придатках.

Небольшие образования яичника предпочтительно исследовать трансагинальным датчиком, тогда как крупные — трансабдоминальным. Оценивают размеры, структуру, наличие перегородок, ячеек, структуру и толщину капсулы, наличие взвеси или другого содержимого, пристеночных включений. Следует помнить, что у пациенток репродуктивного возраста различные фолликулярные структуры яичника размером до 3 см не следует трактовать как кисты, так как даже в нестимулированном цикле доминантный фолликул может достигать 3 см. В постменопаузе трансагинальное исследование позволяет выявить яичник у 80–85% пациенток в виде однородной гипоэхогенной структуры. Новые перспективы в диагностике открыло внедрение методики доплерографического изучения кровотока в сосудах малого таза. Отличительным признаком сосудистой сети злокачественных опухолей является низкое сопротивление кровотоку. Цветное доплеровское картирование имеет определенное значение в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей, так как при злокачественных новообразованиях выявляются хорошо васкуляризованные злокачественные опухоли с атипичным венозным кровотоком и низкой резистентностью кровотока. Наличие или отсутствие кровотока в яичниковых артериях в период постменопаузы, по данным ЦДК, имеет большое значение в выборе врачебной тактики. У женщин с выраженной экстрагенитальной патологией, небольшими гладкостенными образованиями (до 3–4 см в диаметре) без кровотока возможно динамическое наблюдение. Обнаружение кровотока у данного контингента больных является показанием для оперативного лечения. Процент малигнизированных опухолей яичников достаточно высок — 51–88%, что нередко обуславливается ошибками в диагностике. Чаще всего фолликулярные кисты и кисты желтого тела обнаруживаются случайно. До 15,7% случаев больные диагностируют опухоль путем самообследования, т.к. опухоли диаметром 13–15 см и более пальпируются через переднюю брюшную стенку.

Наряду с получившими признания гистологическими методами, в последние годы применяются цитологические методы исследования пунктата заднего свода влагалища и брюшной полости, метод позволяет уточнить не только добро- и злокачественность их, но и гистологическое строение опухоли.

Цитологическое исследование — самый ранний метод, предложенный для диагностики доброкачественных опухолей яичника. Однако необходимость пункции брюшной полости через задний свод влагалища,

высокая частота ложноположительных результатов ограничивают применение этого метода. Можно использовать для контроля химиотерапии у пациентов после радикального лечения в репродуктивном возрасте. Иногда используют для первичной диагностики рака в недостаточно оснащённых учреждениях.

Диагностическая лапароскопия при доброкачественных опухолях яичников обладает 100%-ной диагностической точностью и нередко перерастает в лечебную. Истинные доброкачественные опухоли яичников дифференцируют с ретенционными кистами яичников (последние обычно исчезают в течение 1-3-х менструальных циклов самостоятельно или после назначения КОК). Лапароскопия в последнее время приобретает характер хирургического доступа, однако применение диагностической лапароскопии может быть полезно в качестве стабилизирующей процедуры при злокачественных опухолях, невозможности провести дифференциальный диагноз осложнения доброкачественных опухолей яичника, какой-либо формы тазового абсцесса (пиовар, пиосальпинкс) и острого аппендицита. Как правило, диагностическая лапароскопия переходит в лечебную. Необходимо во время диагностической лапароскопии взять смывы из латеральных каналов, поддиафрагмального пространства и малого таза. Возможна биопсия подозрительных участков. В ряде ситуаций диагностическая или стабилизирующая лапароскопия с успехом заменяет диагностическую лапаротомию. Диагностическая лапаротомия остаётся окончательным хирургическим методом дифференциальной диагностики.

В нетипичных случаях показано проведение компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии. Новым этапом в развитии современных методов диагностики явилась компьютерная томография (КТ), радиологический метод, с помощью которого можно получить изображение поперечного сечения тела. КТ позволяет дифференцировать солидные образования от кистозных. КТ применяют для определения органности и внеорганности опухоли, дифференциального диагноза с дивертикулёзом сигмовидной кишки, дистопированной почкой, опухолями костей таза. Информативна КТ и для определения границ опухоли и вовлечения соседних органов. В качестве метода скрининга — чрезмерно дорогостоящая процедура.

MPI особенно ценна для определения прорастания в прилежащие к опухоли органы, характеризуется меньшей лучевой нагрузкой по сравнению с КТ. Применение в программах скрининга возможно, однако также ограничено высокой стоимостью исследования. Возможность выявления опухоли, начиная с 2 см в диаметре, лишает эти методы значительных преимуществ перед УЗИ в программах массового скрининга.

Эндоскопические методы. Стандарты обследования и лечения включают обязательное обследование ЖКТ у всех больных с новообразованиями яичника для исключения метастазов рака желудка в яичник и вовлечения в процесс прямой и сигмовидной кишок. Обязательно проведение эзофагогастроскопии. От проведения колоноскопии можно

отказаться у молодых больных с небольшими подвижными доброкачественными опухолями и кистами яичников. При невозможности провести колоноскопию допустима ирригоскопия. При любых нарушениях менструального цикла и постменопаузальных метrorрагиях необходимо проведение гистероскопии и раздельного диагностического выскабливания. Выскабливание без гистероскопии вообще у таких пациенток недопустимо. При обнаружении любых опухолевых процессов в яичниках производится определение опухолевых маркеров (CA-19-9, CA-125 и др.).

Порядок диагностики

1. Анамнез.
2. Гинекологическое исследование (выявление опухоли и определение ее величины, консистенции, подвижности, чувствительности, расположения по отношению к органам малого таза, характера поверхности опухоли).
3. Ректовагинальное исследование (для исключения прорастания опухоли в другие органы малого таза).
4. Ультразвуковое исследование: с наполненным мочевым пузырем трансвагинальная эхография.
5. Пункция кистозных образований с последующим цитологическим исследованием полученной жидкости.
6. Цветовая доплерография (дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей).
7. Определение опухолессоциированных маркеров, в частности, CA-125; CA-19,9; CA-72,4.
8. Компьютерная и/или магнитно-резонансная томография.
9. Рентгенография желудочно-кишечного тракта (для исключения метастатической опухоли, рака Крукенберга).
10. Ирригоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия.
11. Цитоскопия и экскреторная урография.
12. Лимфо- и ангиография (в исключительных случаях).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику доброкачественных опухолей яичника прежде всего проводят с опухолевидными образованиями яичников, так как это важно для выбора тактики ведения и сохранения репродуктивной функции. Ретенционные кисты яичников, как правило, представляют собой тонкостенные жидкостные образования эластической консистенции, подвижные, безболезненные, редко превышают в размерах 6 см. Может присутствовать нарушение менструального цикла. Дополнительные методы исследования (УЗИ, ЦДК, КТ, МРТ) подтверждают наличие тонкой капсулы, гомогенное эхо/негативное содержимое, отсутствие перегородки и кровотока. Доброкачественные опухоли яичников, как правило, односторонние, подвижные, тугоэластической консистенции, достигают 10-12 см в диаметре, а муцинозные кистаденомы и больше. Менструальная функция не изменена.

При УЗИ обнаруживают достаточно толстую стенку кистозного образования, возможно наличие перегородок и пристеночных выпячений. В последнее время некоторые исследователи предлагают специальные таблицы, позволяющие на основании учёта определённых сонографических показателей (размеры опухоли, наличие перегородок, взвеси, пристеночных выпячений) с учётом возраста и показателей СА 125 и VEGF определять характер образования и прогнозировать наличие злокачественной опухоли яичника. Иногда при УЗИ удаётся выявить асцитическую жидкость, однако этот признак свидетельствует о развившемся процессе, так как, по современным представлениям, даже в так называемых ранних злокачественных опухолях яичника присутствует риск метастазирования в костный мозг.

В дальнейшем наблюдают нарастание асцита, увеличение живота в объёме. Двуручное исследование позволяет обнаружить плотные вколотые бугристые опухоли, плохо смещающиеся в малом тазу. Нужно помнить, что синдром малых признаков для рака яичников нехарактерен, и если таковое состояние присутствует, то нужно исключить опухоль ЖКТ. При эпителиальных злокачественных опухолях менструальная функция может быть не нарушена.

Эндометриоподобные кисты яичников могут никак себя не проявлять, но у большей части пациенток при тщательном сборе анамнеза удаётся выявить жалобы на сильные боли и дискомфорт при половом акте, нередко приводящие к полному отказу от половой активности, иногда при наличии внутреннего эндометриоза есть скудные кровяные выделения до и после болезненной менструации. Данные УЗИ свидетельствуют о наличии образования в области придатков матки с утолщённой капсулой, изменяющегося в зависимости от фазы цикла, содержимое — мутная взвесь, трудно дифференцируемая от муцинозной кистаденомы.

Тубоовариальное воспалительное образование (абсцесс) зачастую сложно дифференцировать с доброкачественной опухолью яичника, так как характерная клиническая картина воспаления может быть стёртой, например при хламидийной этиологии воспаления, а размеры и консистенция образования может напоминать таковую при доброкачественной опухоли. Необходимо помнить, что оба состояния — абсолютное показание к оперативному лечению, и, зачастую, окончательный диагноз выставляет морфолог. Важно также учитывать, что болевой синдром при доброкачественных опухолях яичника — признак серьёзных осложнений, требующих оперативного лечения, что важно с юридической точки зрения. Миома матки с отдельным субсерозным узлом может симулировать солидную опухоль яичника. Помощь в диагностике оказывает УЗИ. При перекруте ножки узла клиническая картина практически идентична перекруту ножки опухоли яичника. Оба эти состояния — показание к оперативному лечению, при перекруте ножки опухоли — к экстремному.

При беременности редко возникает необходимость в

дифференциальной диагностике с опухолью яичника. Чаще необходимо дифференцировать кисту жёлтого тела с доброкачественной опухолью яичника во время беременности. Ключевой пункт диагностики — исчезновение кисты жёлтого тела при исключении гемодинамического типа кровообращения, то есть к 16 неделям беременности. Если яичниковое образование к этому сроку не регрессировало — это опухоль, при которой может быть поставлен вопрос об оперативном лечении.

В случае дивертикула сигмовидной кишки может возникнуть необходимость в дифференциальной диагностике с доброкачественной опухолью яичника слева. Необходимо проведение КТ, МРТ, колоноскопии. Окончательный диагноз иногда выставляют во время проведения диагностической лапаротомии в совместной бригаде, состоящей из гинеколога и хирурга.

Спайчный процесс с образованием кистозных полостей представляет собой сложную задачу для клинициста. Заболевание возникает после перенесённых операций на органах малого таза и может клинически никак не проявляться, вызывая резонную онкологическую настороженность наблюдающего врача наличием длительно существующего образования. Характерных клинических признаков не имеет, в редких наблюдениях возможна помощь УЗИ.

Диагноз дислопированной почки устанавливают с помощью экскреторной урографии. Опухоли брюшинного пространства и внеорганные опухоли таза возникают редко и крайне сложны в диагностике. При физикальном обследовании могут настолько деформировать анатомию малого таза, что лишь КТ и МРТ позволяют получить информацию о реальном расположении органов. Проведение всего комплекса эндоскопических и дополнительных инструментальных методов диагностики обязательно. В дифференциальной диагностике отдельных доброкачественных опухолей яичника друг с другом нет необходимости, так как опухоль яичника — абсолютное показание к оперативному лечению у любых пациенток.

Лечение доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичника зависят от возраста, репродуктивного статуса и гистотипа опухоли.

- В репродуктивном возрасте во время операции необходимо стремиться к сохранению ткани яичника и профилактике ППБ.
- В перименопаузе основная задача — радикальное лечение, позволяющее избежать рецидива и сохранить высокое качество жизни.

Необходимо помнить, что в настоящее время выбор тактики ведения определяется соображениями качества жизни, в том числе сексуальной, так как для полной социальной реабилитации пациентки необходимо быстрое возвращение больных к обычной активности.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Доброкачественные опухоли и кисты яичников, сохраняющиеся в

течение 4–6 месяцев, или размером более 6 см в диаметре — абсолютное показание к госпитализации. Любые боли в низу живота у таких больных — также показание к экстренной госпитализации.

Обнаружение доброкачественной опухоли яичника является однозначным показанием к ее удалению. Эта тактика определяется тем, что не только злокачественные, но и доброкачественные опухоли яичников без операции самостоятельно не излечиваются и что промедление с их удалением даже при заведомо доброкачественных опухолях может повлечь за собой ряд осложнений. Хирургическая тактика в отношении доброкачественных опухолей яичников определяется возрастом, репродуктивным статусом женщины и гистотипом образования. Обычно вмешательство заключается в удалении пораженного яичника (оофорэктомия) или аднексэктомия.

- У пациенток репродуктивного возраста допустимо выполнение клиновидной резекции яичника с экстренной гистологической диагностикой и ревизией другого яичника.
- В перименопаузе, а также при двусторонней локализации доброкачественных опухолей яичников или подозрении на их малигнизацию удаление придатков производится вместе с удалением матки (пангистерэктомия).

Доступом выбора при доброкачественных опухолях яичников в настоящее время является лапароскопический, позволяющий уменьшить операционную травму, риск развития спаечного процесса и тромбозмболии, ускорить реабилитацию и улучшить репродуктивный прогноз.

Лапароскопический доступ позволяет прецизионно визуализировать и идентифицировать ткани с целью точного отделения здоровой ткани от больной. Перенесённые лапаротомии, избыточный вес, возраст не считают абсолютными противопоказаниями к оперативной лапароскопии. Современные технические возможности визуального контролируемого введения первого троакара, дооперационное УЗИ сводят риск осложнений введения первого троакара к минимуму, хотя и не редуцируют их совсем.

В постменопаузе лапароскопический доступ позволяет снизить риск послеоперационных осложнений, в том числе тромбозмболических, раньше активизировать пациентку, уменьшить сроки нетрудоспособности. В целом малоинвазивная хирургия позволяет обеспечить высокое качество жизни и быстрое возвращение к нормальной социальной активности. В репродуктивном возрасте при ретенционных кистах выполняют максимально щадящую резекцию яичника в пределах здоровых тканей. При доброкачественной опухоли яичника резекция яичника допустима, однако необходимы ревизия контралатерального яичника и экстренная гистологическая диагностика. При подозрении на малигнизацию и при сомнительных данных экстренного гистологического исследования выполняют аднексэктомию с поражённой стороны, секторальную биопсию контралатерального яичника, оментэктомию, смывы из латеральных каналов.

таза и подбифразисного пространства. Окончательно тактику ведения определяют после получения данных планового гистологического исследования и верификации морфологического диагноза в специализированном учреждении. В перименопаузе показана гистерэктомия с придатками, при подозрении на малигнизацию необходимаomentэктомия.

Пограничные опухоли яичника в репродуктивном возрасте могут быть прооперированы в объеме аднексэктомии, секторальной биопсии второго яичника, тщательной ревизии брюшной полости с изъятием смывов, если не повышены концентрации СА 125 и VEGF и гарантировано диспансерное наблюдение. Пункция кистозных образований даёт 60% ложноотрицательных результатов, кроме того, её считают недопустимой манипуляцией.

Вопрос о том, когда оперировать, должен решаться в пользу немедленного вмешательства. Это вызвано тем обстоятельством, что до операции нельзя с полной уверенностью сказать, имеется доброкачественное или злокачественное образование яичников.

Промедление с операцией недопустимо не только в силу необходимости, но и в связи с тем, что опухоль яичника может сопровождаться рядом осложнений:

- перекрутом ножки,
- нагноением,
- разрывом капсулы,
- прорывом содержимого опухоли в мочевой пузырь, прямую кишку.

Объем оперативных вмешательств у больных доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников



Объем оперативных вмешательств и манипуляций	Частота встречаемости (%)
Вылущивание опухоли яичника	9,4
Односторонняя овариоэктомия	12,3
Удаление придатков матки с одной стороны	17,9
Резекция яичника	4,1
Односторонняя тубоовариоэктомия с резекцией второго яичника	5,6
Односторонняя тубоовариоэктомия с взятием биопсии во втором яичнике	3,5
Вылущивание паровариальной кисты	5,0
Пункция образований под контролем УЗИ	1,4
Надвлагалищная ампутация гистерэктомия матки с удалением придатков с одной стороны	14,0
Надвлагалищная ампутация гистерэктомия матки с удалением придатков с обеих сторон	26,4
Консервативных операций	62,0
Радикальных операций	38,0

При злокачественной опухоли врачи стремятся к проведению радикальных операций для сохранения жизни больной, при доброкачественной опухоли – консервативным, органосохраняющим.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

С позиций доказательной медицины, немедикаментозное лечение доброкачественных опухолей яичника не проводят. Ретенционные кисты регрессируют самостоятельно (иногда назначают КОК). Если ретенционное образование не исчезает в течение 1–3 менструальных циклов, а также если размеры ретенционного образования превышают 6 см в диаметре, в силу риска осложнений показана оперативная лапароскопия. При выявлении функциональных кист рекомендуют проводить гормональную терапию на подавление или нормализацию гонадотропной функции гипофиза, рекомендуется также проводить динамическое наблюдение за естественным регрессом кисты, при этом большинство ретенционных кист яичников исчезает в течение 1 – 2 месяцев. С позиций доказательной медицины, противовоспалительное, гормональное, ферментное лечение опухолевидных образований яичника достоверно не изменяет объективные результаты лечения. Лечение доброкачественных опухолей яичников только оперативное.

Программа обследования и ведения больных с опухолями яичников состоит из следующих этапов:

I этап – анамнестический:

- 1) оценка анамнеза
- 2) форма живота
- 3) бимануальное исследование
- 4) ректовагинальное исследование

II этап – формирование топического диагноза

1. УЗИ
2. пункция заднего свода
3. компьютерная томография
4. рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта
5. СА – 125 и др. в сыворотке крови

III этап – дополнительные методы обследования

1. иммунологические
2. исследование состояния эндометрия
3. гемостазиологическое

IV этап – лечебные мероприятия

1. опухолевидное образование менее 10 см - наблюдение в течение 3 месяцев – гормональная, противовоспалительная терапия – при отсутствии эффекта - оперативное лечение
2. до 40 лет - лапароскопия – операция с цитологическим исследованием и экспресс-гистологией препарата
- а) опухоль односторонняя - одностороннее удаление придатков матки

- 6) опухоль двусторонняя - ампутация матки с придатками

3. старше 50 лет - лапаротомия - ампутация матки/гистерэктомия с придатками, профилактика тромботических осложнений

У этап - диспансерное наблюдение, если произведена:

1) пунктирные кистозные образования - 1 год - УЗИ 1 раз в 3 месяца, 2 и следующие годы - УЗИ скрининг 2 раза в год. Определение СА-125 в сыворотке крови

2) резекция яичника - 1-й год - УЗИ скрининг 2 раза, в последующие - 1 раз в год

3) одностороннее удаление придатков матки - УЗИ скрининг и СА-125 в сыворотке крови 1 раз в год.

Профилактика доброкачественных опухолей яичников

Доказано, что длительный прием монофазных КОК обладает профилактическим действием в отношении доброкачественных опухолей яичников. Для исключения нежелательных гормональных изменений, важно, чтобы подбор контрацепции осуществлялся только специалистом-гинекологом. Кроме того, отмечено, что у пациенток с реализованной генеративной функцией, доброкачественные опухоли яичников развиваются реже. Поэтому женщинам настоятельно не рекомендуется прерывание беременности, в особенности первой.

Также известно, что женщины, перенесшие гистерэктомию или перевязку маточных труб, имеют меньшие риски развития опухолей яичников, хотя данный протективный механизм остается невыясненным. Определенное значение в профилактике доброкачественных опухолей яичников отводится достаточному употреблению растительной клетчатки, селена и витамина А. В качестве мер скрининга доброкачественных опухолей яичников выделяют регулярные гинекологические осмотры и УЗИ малого таза.

Псевдомуцинозная (железистая) киста (ПМЖК)

ПМЖК представляет собой доброкачественную эпителиальную опухоль яичника, которая может достигать гигантских размеров. Поверхность опухоли неровная, с многочисленными выпячиваниями вследствие наличия ряда камер. Консистенция ПМЖК туго-эластическая. Стенка имеет блестящий светло-серый цвет, иногда с синюшным оттенком. На разрезе - многокамерная. Секрет, выделяемый клетками, представляет собой слизеподобное вещество - псевдомуцин, но в отличие от муцина не осаждается уксусной кислотой.

Содержимое псевдомуцинозной кисты имеет вид густой, тягучей, коллоидной или жидкой слизеподобной массы. Киста обычно имеет ножку.

- Анатомическая ножка состоит из подвешивающей связки яичника (lig suspensorium ovarii), собственной связки яичника (lig ovarii proprium) и части широкой связки (mesovarium).

- Хирургическая ножка - это те анатомические образования, которые приходится пересекать и перевязывать во время операции, в состав

входит, кроме анатомической ножки, маточная труба, сальник, в ней проходят кровеносные, лимфатические сосуды и нервы.

Цистоденитальная киста (с мерцательным эпителием) (ЦЭК)

ЦЭК представляет собой опухоль яичника, она чаще односторонняя. Стенка опухоли тонкая, при разрезе опухоли на внутренней поверхности часто выступают множественные сосочковые разрастания. Содержимое серозных кистом представляется жидким, прозрачным и имеет коричневый, красноватый или грязно-желтый цвет.

Доброкачественная герминогенная опухоль (зрелая тератома или дермоидная киста)

Форма круглая или овальная, поверхность гладкая или бугристая, при разрезе – изливается густое, похожее на сало содержимое, обнаруживаются пучки волос и зубы.

Дозревающая и незрелая тератома – наличие элементов с более низкой степенью дифференциации, характеризуется большей частотой малигнизации.

Гормонпродуцирующие опухоли яичника

Относят:

- гранулезоклеточные опухоли
- текабластомы
- арренобластомы

Отличительная особенность – выраженная гормональная деятельность.

Гранулезоклеточная опухоль (фолликулома).

Большей частью она бывает односторонней. Снаружи покрыта капсулой неравномерной консистенции, на разрезе – имеет солидное или ячеистое строение, ячейки разной величины выполнены жидкостью грязно-бурого цвета, в толще стромы опухоли встречаются эпителиальные образования в виде круглых или овальных гнезд, напоминающих фолликулы. ГКО чаще всего возникают в климактерическом и старческом возрасте, есть наблюдения и у девушек, не достигших половой зрелости. Основные клинические симптомы: длительные, обильные, беспорядочные кровотечения и увеличение молочных желез, у девушек – преждевременное половое созревание. Симптомы обусловлены резко повышенным выделением эстрогенных гормонов.

Текабластома – опухоль, развившаяся из тека-ткани яичника, является феминизирующей, с выраженным эстрогенным действием. Встречается редко, преимущественно у пожилых женщин.

Арренобластома – опухоль обильно маскулинизирующего действия, реже – феминизирующего. Встречается у женщин 20 – 35 лет, сопровождается симптомами дефеминизации (аменорея, бесплодие, атрофия молочных желез), сменяющихся затем явлениями вирилизации (оволосение по мужскому типу, снижение тембра голоса, гипертрофия клитора). Чаще всего она доброкачественна.