

**Опухоли яичников.
Классификация, диагностика,
современные подходы к терапии**



ЯИЧНИКОВ

Ненеопластические поражения

- Воспалительные заболевания яичников
- Спаечная болезнь благодаря подострой или хронической инфекции
- Эндометриоз
- Перитонеальные включения

Ненеопластические кисты

- Фолликулярные кисты
- Лютеиновые кисты (желтого тела, текалютеиновые кисты)
- Синдром поликистозных яичников (синдром Штейна-Левентала)

ЯИЧНИКОВ

Фокальная пролиферация



Текоз



Кортикальная гранулема



Лютеома беременности

Овариальная неоплазия (мезотелиальная)

Мезотелиальные опухоли (первично эпителиальные)



Серозные



Муцинозные



Эндометриодные



Мезотелиодные опухоли



Мезотелиомы

Острая боль при доброкачественных новообразованиях яичника связана с осложнениями опухоли

- *а) перекрутом*
- *б) разрывом*
- *в) кровотечением*
- *Подкрут (перекрут) нередко сопровождается рвотой.*

Боль не связана с менструацией, возникает вследствие раздражения или воспаления серозных покровов и нарушения кровообращения.

Раздражение брюшины приводит к шоку в разной степени, симптомам дефанса мышц передней брюшной стенки.

СИНТЕЗ ГОРМОНАЛЬНОЙ СЕКРЕЦИИ ОПУХОЛЕЙ

*А) эстрогены, приводящие к нарушениям менструального цикла
(гранулезоклеточные опухоли)*

*Б) андрогены, ведущие к маскулинизации, включая аменорею
(арренобластома)*

*В) редко встречающиеся опухоли яичников, исходящие из липоидных
клеток, могут секретировать кортикостероиды и
сопровождаться симптомами синдрома Иценко-Кушинга*

Новообразования яичников могут вызывать паранеопластические синдромы:

- аутоиммунную гемолитическую анемию,
- гиперкальцемию
- гипогликемию
- гипертиреозидизм

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

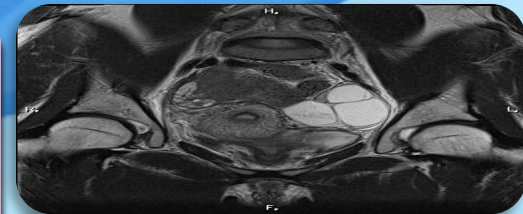
бимануальное исследование

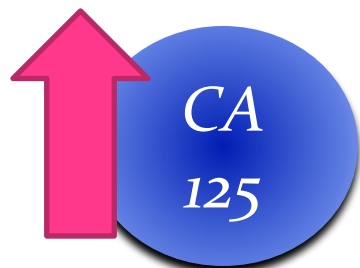


ультразвуковая диагностика



в редких случаях МРТ





опухоль
яичника



Эндометриоз

Воспалительные заболевания

Доброкачественные
заболеваниях яичников

Достоверный признак
злокачественного характера опухоли
(только у женщин старше 50 лет)

КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ

кистозные образования яичников

Истинные
опухоли

Опухолевидные
образования

70,9%

Опухолевидных образований
яичников представляют
ретенционные кисты

фолликулярные – 85 - 90%,
кисты желтого тела – 2-5%,
текалютеиновые кисты - 1-2%,
эндометриозидные - 5-10%

Факторы риска

- Наследственная предрасположенность к развитию опухолей репродуктивной системы
- Состояние овариальной функции (раннее менархе, поздняя менопауза)
- Репродуктивная функция (отсутствие родов, первые роды после 30 лет)
- Возраст старше 40 лет

Факторы риска

- Повышение уровня гонадотропинов (ФСГ, ЛГ) в климактерическом периоде
- Стимуляция овуляции при лечении бесплодия
- Воздействие неблагоприятных факторов в период эмбриогенеза (в основном для неэпителиальных опухолей)
- Метаболический синдром
- «Западная» диета, гиподинамия

Серозные опухоли яичников

- Составляют 50% эпителиальных опухолей
- Возникают в результате погружения поверхностного эпителия в глубь яичника
- Содержимое – серозная жидкость
- При наличии на внутренней поверхности сосочковых разрастаний называют папиллярной

Серозная опухоль яичников у женщин представляет собой пузырь, наполненный экссудатом. Его стенки состоят из эпителия. Образование относится к доброкачественным.

Серозная киста яичника не имеет тенденции к прорастанию в близлежащие ткани. Но при этом она может сдавливать органы и менять их нормальное положение. Клетки данного вида образования растут медленно.

Серозная киста (цистаденома)

Бывает гладкостенная и папиллярная. Чаще гладкостенная. Эхографически это овальное образование, которое расположено сбоку, выше дна матки или сзади матки, размеры его варьируют от 2-3 до 30 см (последнее встречается очень редко). Как правило, опухоли односторонние, контуры ровные, четко очерченные, внутренняя поверхность стенки гладкая. Содержимое опухоли в большинстве случаев эхонегативно, иногда лоцируются мерцающие слабopозитивные сигналы.

Эти опухоли макроскопически и эхографически напоминают простые кисты, что значительно затрудняет дифференциальную диагностику даже при визуальном осмотре при операции.

Источник: <http://health-medicine.info/seroznye-i-mucinoznye-opuxoli-yaichnika-uzi/>

Папиллярная киста

Папиллярная киста встречается как однокамерное или многокамерное жидкостное образование. Для нее характерны плотные (повышенной эхогенности) разрастания внутри ее и на внутренней поверхности. Иногда в этих разрастаниях отмечаются отложения солей в виде высокоэхогенных гетеротопий, что сопровождается эффектом усиления.

В редких случаях на поверхности яичника могут располагаться так называемые поверхностные папилломы. Как правило, поражение двухстороннее. При больших разрастаниях опухоль окутывает яичник, и иногда бывает трудно его отдифференцировать.

Источник: <http://health-medicine.info/seroznye-i-mucinoznye-opuxoli-yaichnika-uzi/>

К сравнительно редким опухолям яичника относят серозную аденофибромму и цистоаденофибромму.

При серозной аденофибромме яичник увеличен в размере до 5 см, эхоструктура гетерогенна, то есть сочетаются плотные участки соединительной ткани и кисты.

Источник:

<http://health-medicine.info/seroznye-i-mucinoznye-opuxoli-yaichnika-uzi/>

Чаще аденофиброма сочетается с цистоаденомой. Плотная часть серозной цистоаденомы имеет гетерогенную структуру, построенную по типу фибромы, в которой есть железистые включения. Из-за того, что эти опухоли встречаются редко, они пропускаются под видом других опухолей со схожей эхокартиной.

Папиллярная цистоаденома, особенно когда папиллярные разрастания заполняют всю полость, эхографически очень трудно дифференцировать от зрелых и незрелых тератом, а также от злокачественных опухолей. Помогает динамическое наблюдение, при котором определяют очень медленный рост папиллярных цистоаденом.

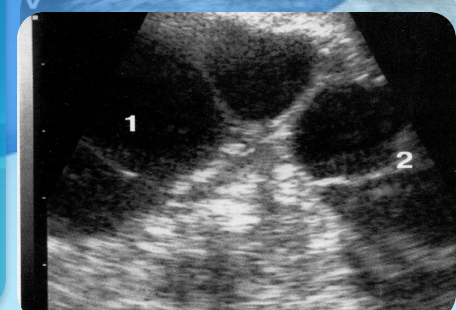
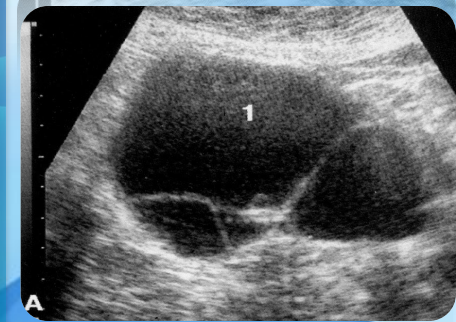
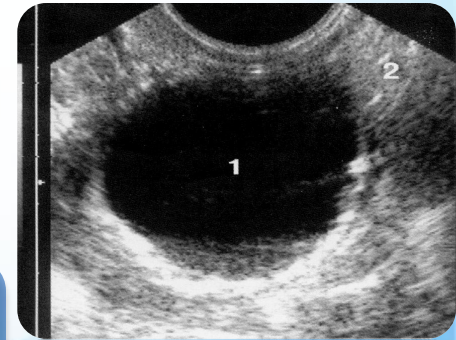
Источник:

<http://health-medicine.info/seroznye-i-mucinoznye-opuxoli-yaichnika-uzi/>

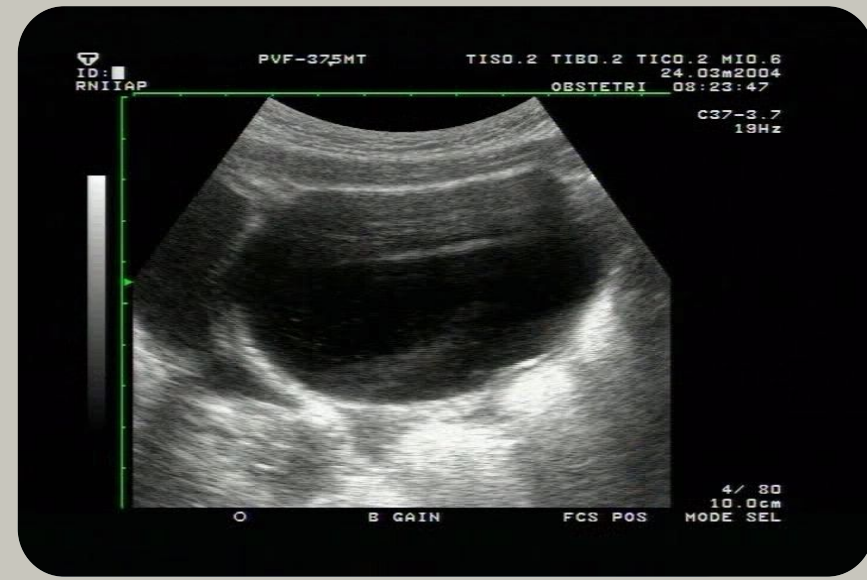
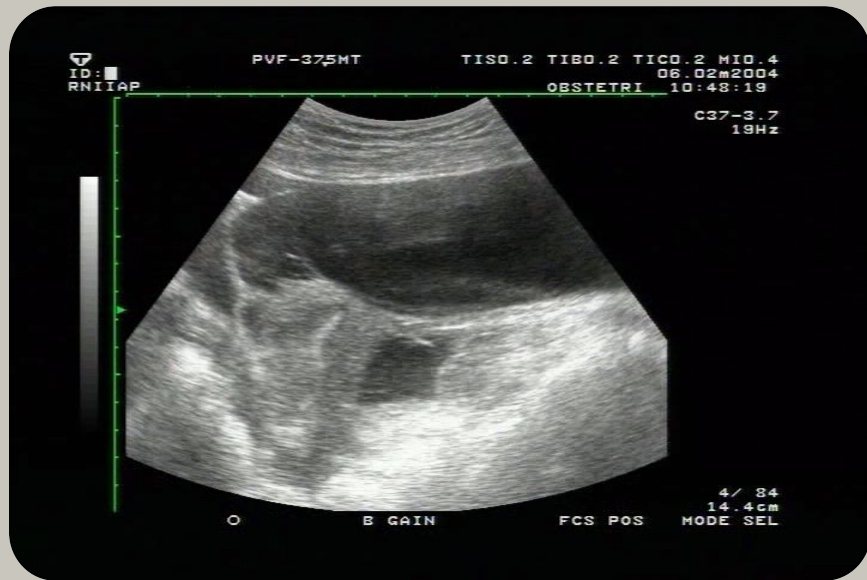
ГЛАДКОСТЕННАЯ СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА

Возникает в репродуктивном возрасте
(30-50 лет)

- Размер - 1 - 30 см
- Стенка - гладкая, перегородки
- Капсула - толстая
- Содержимое - мелкодисперсная взвесь
- Динамика - увеличение размеров
- Клиника - увеличение живота
- Тактика - хирургическое удаление



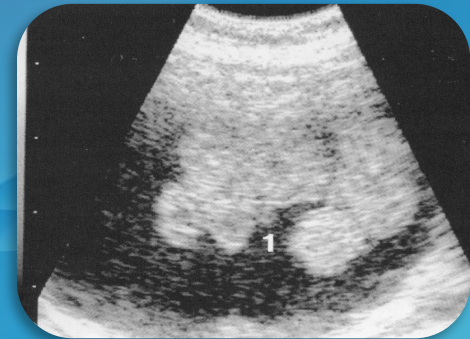
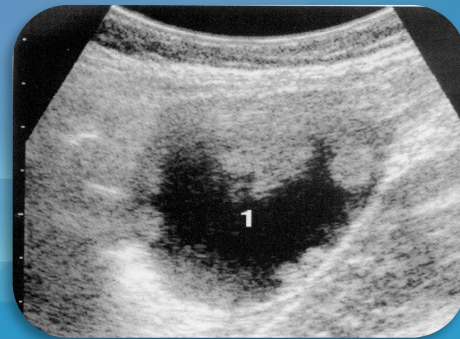
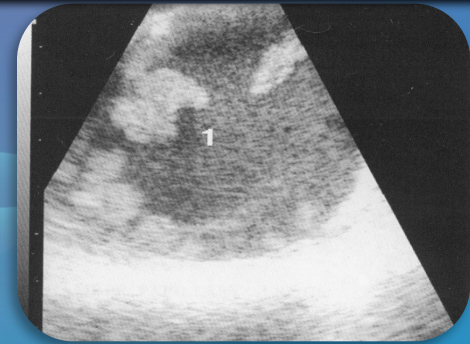
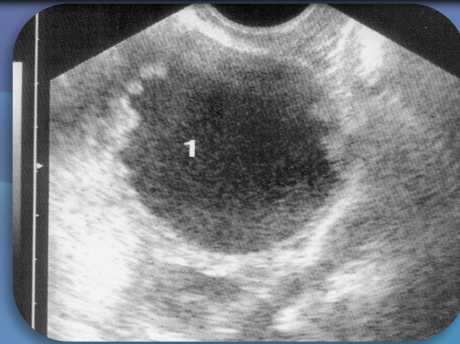
ГЛАДКОСТЕННАЯ СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА



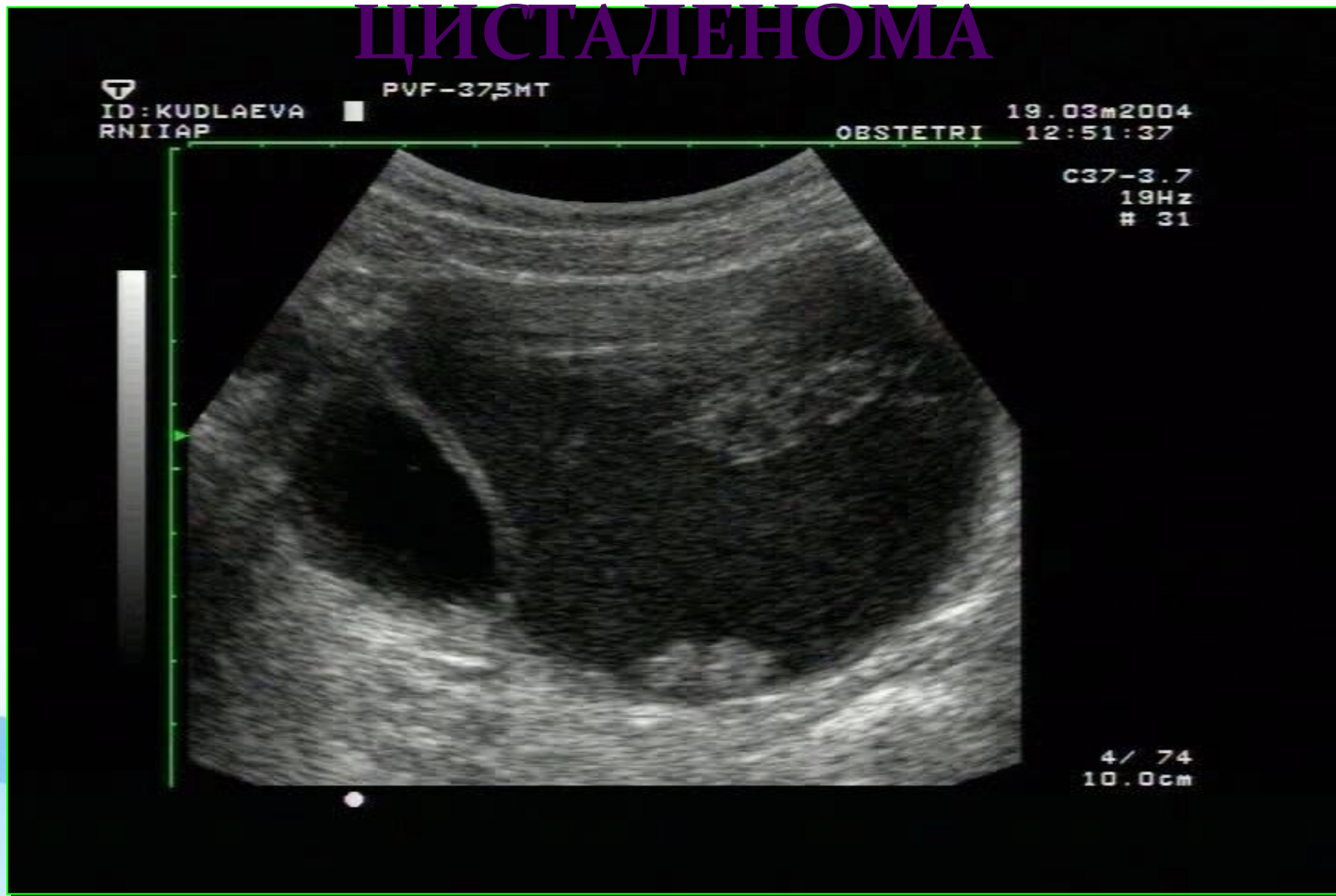
ПАПИЛЛЯРНАЯ СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА

Возникает в репродуктивном возрасте
(30-50 лет)

- Размер - 1 - 12 см
- Стенка - пристеночные разрастания
- Капсула - толстая
- Содержимое - мелкодисперсная взвесь
- Динамика - увеличение размеров
- Клиника - боли,
увеличение живота,
асцит
- Тактика - хирургическое удаление



ПАПИЛЛЯРНАЯ СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА



Клиническая картина
эпителиальных опухолей
яичников

не имеет

патогномоничных
симптомов

Клиническая картина эпителиальных опухолей

- Бессимптомное течение или
- Симптоматическое
- ✓ Боли в гипогастрии и пояснице ноющего характера, не связанные с менструальным циклом
- ✓ Дизурия
- ✓ Отсутствие нарушений менструального цикла

Муцинозные цистоаденомы яичников

- Чаще многокамерные кистозные полости, с густым слизеобразным содержимым
- Составляют 8-10 % эпителиальных опухолей яичников
- В 8-10 % случаев – двустороннее поражение яичников
- В 5-10 % случаев происходит малигнизация
- Могут достигать больших размеров
- Может наблюдаться триада Мейгса (анемия, гипопропротеинемия, асцит/гидроторакс)

Муцинозные опухоли также имеют эпителиальное (мезотелиальное) клеточное происхождение. Муцинозная цистаденома — вторая по частоте эпителиальноклеточная опухоль яичников. Частота злокачественности (5%) меньше, чем у серозных опухолей; двусторонняя локализация отмечается в 5% случаев. Эти кистозные опухоли могут быть очень большими, иногда заполняющими всю полость таза и даже распространяющимися в брюшную полость. Фактически, при обнаружении огромных кистозных опухолей придатков следует прежде всего предполагать наличие муцинозной цистаденомы. При ультразвуковом исследовании обнаруживается многокамерная опухоль. Хирургическое удаление опухоли является методом выбора.

Источник: <http://meduniver.com/Medical/Akusherstvo/519.html> MedUniver

Пограничные муцинозные опухоли (син. атипически пролиферирующие муцинозные опухоли) встречаются с примерной частотой 10 % от всех муцинозных опухолей. Возраст больных диагностического значения не имеет. Пограничные муцинозные опухоли обычно односторонние. Макроскопически они представляют собой кистозные поражения с гладкой наружной поверхностью, имеющие на разрезе многокамерные кисты, заполненные тягучей жидкостью. Между кистами определяются широкие перегородки, а их внутренняя поверхность покрыта короткими сосочками.

Источник: <http://medicalplanet.su/oncology/228.html> MedicalPlanet

Под микроскопом в таких опухолях всегда обнаруживаются довольно большие участки с признаками доброкачественного процесса. Граница между структурами разной степени зрелости в разных типах муцинозных опухолей крайне нечеткая, очаги доброкачественного или пограничного типа могут соседствовать в одном поле зрения с зоной инвазивного рака. В железах пограничной муцинозной опухоли, по сравнению с ее доброкачественным «аналогом», количество слоев эпителиоцитов увеличено, эпителий обретает веерообразный вид, возникают внутрикистозные сосочки, сливающиеся между собой и формирующие сложные и ветвящиеся структуры. Встречается также много железисто-трубчатых и криброзных комплексов. Часть опухолевых клеток растет снаружи от кистозной полости, вдаваясь в строму и образуя аденоматозные структуры со слабо выраженной выработкой слизи. Встречаются участки с развитой дисплазией эпителия, приближающиеся к карциноме *in situ*.

Источник: <http://medicalplanet.su/oncology/228.html> MedicalPlanet

Муцинозный рак встречается редко, его находки составляют не более 10 % от всех случаев рака яичника. Возраст больных диагностического значения не имеет. Как правило, муцинозный рак поражает один яичник и может достигать крупных размеров. Макроскопически опухолевый узел содержит многокамерные кисты с перегородками между ними, достигающими толщины 4—5 см. Внутри кист определяется много сосочков и бляшек. Имеются очаги некроза, кровоизлияний. Муцинозный рак метастазирует преимущественно им плантационным путем с формированием крупных узлов в сальнике. Нередко метастазы поражают печень. При этом может развиваться асцит, характеризующийся наличием слизи в асцитической жидкости.

Источник: <http://medicalplanet.su/oncology/228.html> MedicalPlanet



Псевдомиксома брюшины

Источник:

<http://medicalplanet.ru/oncology/228.html>

MedicalPlanet

Под микроскопом видны многочисленные кистозные полости, в просвете которых определяется множество солидных и криброзных структур. Сильно ветвящиеся сосочки обладают тонким стромальным стержнем. На поперечных срезах они имеют вид гроздьев, плавающих в просвете кист. Эпителиальная часть эти «гроздьев» представлена узкими высокими клетками с палочковидными продолговатыми ядрами, занимающими всю цитоплазму. Эти клетки дают положительную реакцию на цитокератины 7 и 20. Кроме того, встречаются структуры коллоидного рака. Строма муцинозных раков по строению варьирует. В сосочках она рыхлая, ангиоматозная, вокруг кист и крупных желез, напротив, имеет признаки склероза. В ней могут быть признаки лютеинизации. Иногда муцинозный рак бывает преимущественно представлен структурами злокачественной аденофибромы, когда среди обширных участков стромы выявляются железы, выстланные полиморфным эпителием, а слизь сохраняется лишь в отдельных эпителиоцитах.

Источник: <http://medicalplanet.su/oncology/228.html> MedicalPlanet

Из группы муцинозных опухолей наиболее часто встречается простая муцинозная киста, которая обычно поражает оба яичника. На эхограмме видны жидкостные (эхонегативные) образования овальной или удлинённой формы, размеры которых могут варьировать от 3 до 30 см, а в редких случаях достигать гигантских.

Источник:

<http://health-medicine.info/seroznye-i-mucinoznye-opuxoli-yaichnika-uzi/>

В подавляющем большинстве случаев опухоль многокамерная и имеет ячеистое строение. Внутренние стенки гладкие, перегородки могут быть тонкие и толстые, высокоэхогенные. Характерный признак муцинозных кистом – наличие мелкодисперсной взвеси (мелкоточечные светящиеся сигналы), которую создает муцин. Обычно светящуюся мелкодисперсную массу удается лоцировать только у кистом более 6-7 см. В этих случаях отличить серозную кистому от муцинозной невозможно (Демидов В., Зыкин Б.). Нами у худых женщин при использовании зонда в 5 МГц и усилении работы прибора удавалось лоцировать мелкодисперсную массу и в небольших, до 5 см, кистамах.

Источник:

<http://health-medicine.info/seroznye-i-mucinoznye-opuxoli-yaichnika-uzi/>

Очень редко на стенках муцинозных кистом возможна локация небольших участков уплотнения (повышенной эхогенности), несколько выступающих в полость, — папиллярные разрастания. Также редко встречается смешанная киста, когда в одной многокамерной опухоли содержатся камеры чисто эхонегативные, без содержания муцина в виде мелкодисперсной взвеси. Эходиагностика многокамерных муцинозных кистом приближается к 100%. Трудно или почти невозможно дифференцировать однокамерную муцинозную кистому от простой кисты яичника, однако есть некоторые отличия.

Источник:

<http://health-medicine.info/seroznye-i-mucinoznye-opuxoli-yaichnika-uzi/>

При динамическом наблюдении киста яичника обычно увеличивается в размере во время менструации и уменьшается или исчезает после нее. Однокамерная муцинозная киста чаще обнаруживается в период менопаузы и в динамике дает быстрый рост, самостоятельно не исчезает.

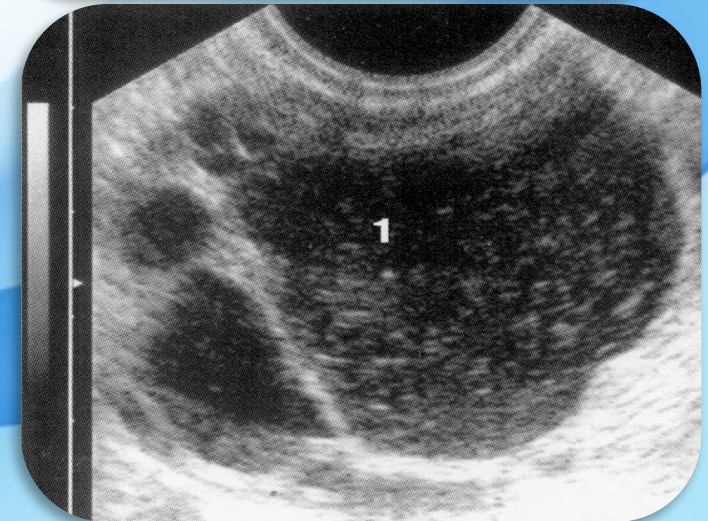
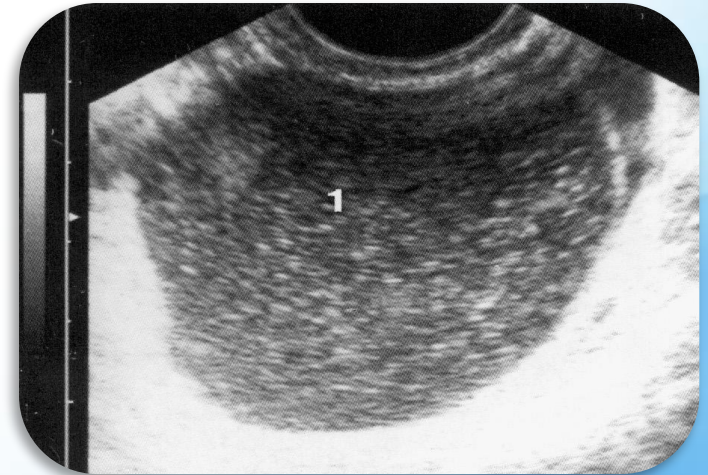
Источник:

<http://health-medicine.info/seroznye-i-mucinoznye-opuxoli-yaichnika-uzi/>

МУЦИНОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА

Возникает в репродуктивном возрасте
(30-50 лет)

- Размер - 15 - 30 см
- Стенка - гладкая
- Капсула - тонкая, перегородки
- Содержимое - мелкодисперсная взвесь
- Динамика - увеличение размеров
- Клиника - боли,
увеличение живота,
асцит
- Тактика - хирургическое удаление



Клиническая картина эпителиальных опухолей

- Бессимптомное течение или
- Симптоматическое
- ✓ Боли в гипогастрии и пояснице ноющего характера, не связанные с менструальным циклом
- ✓ Дизурия
- ✓ Отсутствие нарушений менструального цикла

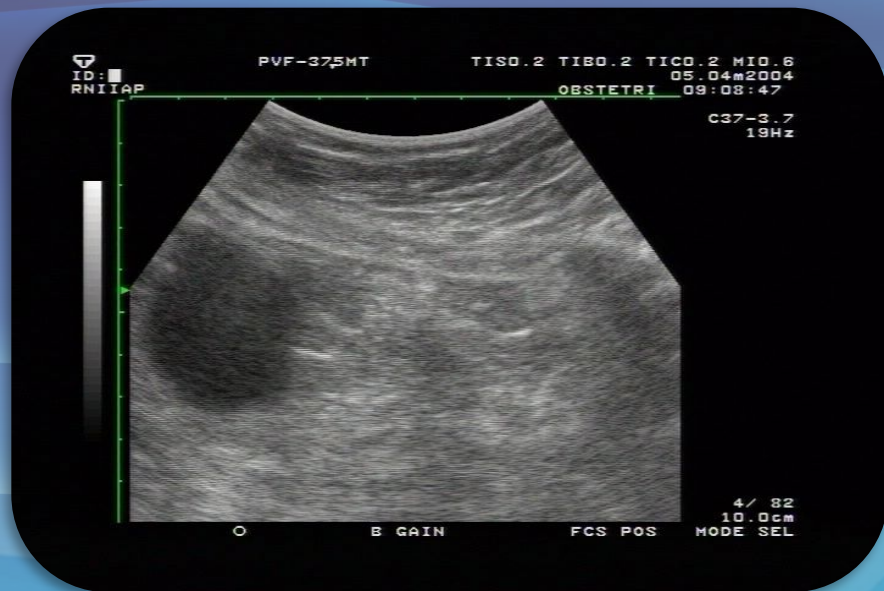
Клиническая картина
эпителиальных опухолей
яичников

не имеет

патогномоничных
симптомов

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Фолликулярная киста



Серозная цистаденома

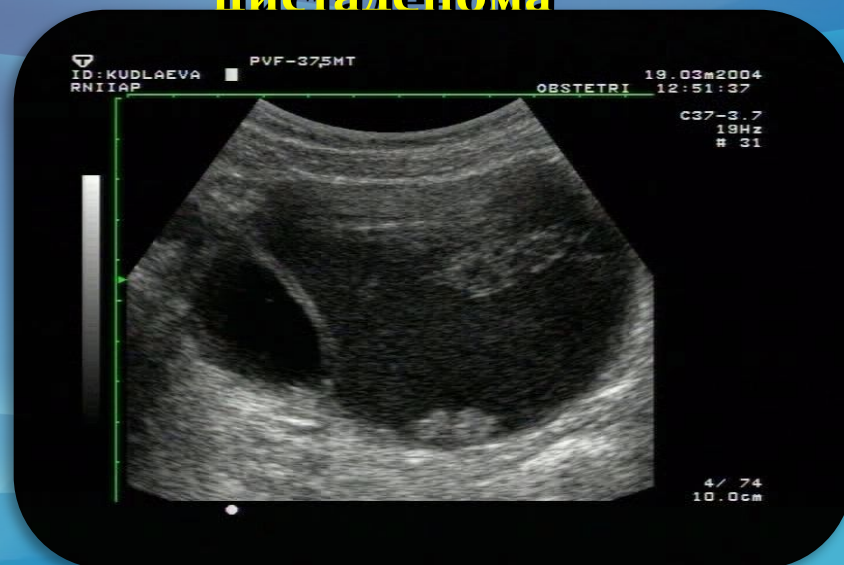


ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Киста желтого тела

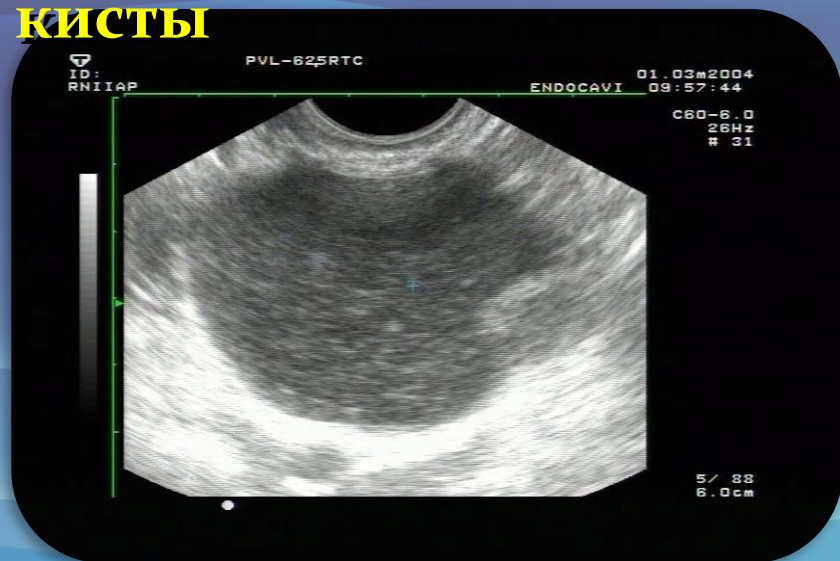


Папиллярная цисталенома

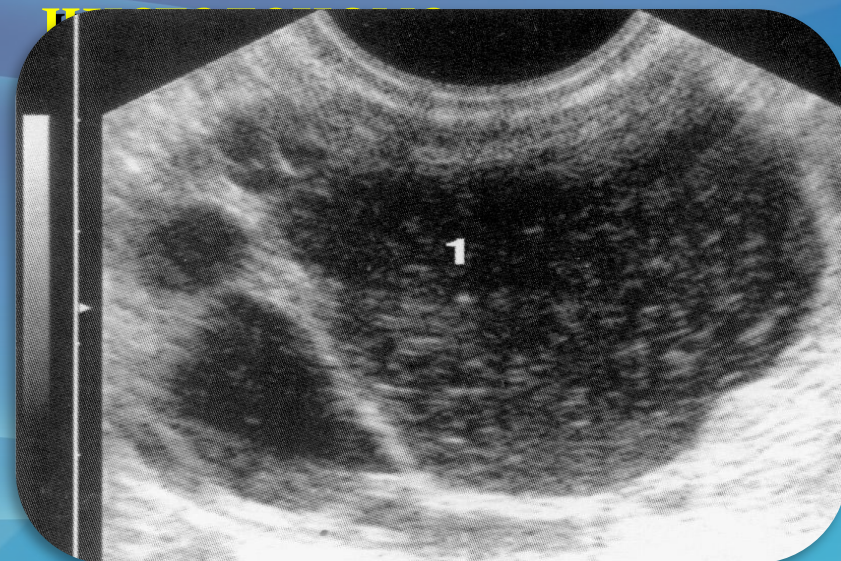


ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Эндометриодные КИСТЫ



Муцинозная киста



2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

Диагностические критерии:

Жалобы	Боли внизу живота, увеличение живота в размерах, снижение или отсутствие аппетита, общая слабость, одышка.
Физикальные исследования	<ul style="list-style-type: none">• осмотр на зеркалах• ректовагинальный осмотр.
Лабораторные исследования	<ul style="list-style-type: none">• кровь на гепатиты В и С – при положительных результатах, есть возможность наличия первичного рака печени.• СА 125 – повышение уровня при опухолевых процессах, либо при рецидивах• НЕ-4 – повышение уровня при опухолевых процессах, либо при рецидивах• СА 19.9 – повышение уровня, есть возможность наличия первичного рака органов ЖКТ
Инструментальные исследования	<ul style="list-style-type: none">• рентгенография органов грудной клетки – возможность определения метастазов в легких• фиброэзофагогастроскопия – возможность

Таблица 1. Индекс риска малигнизации для объемных образований в малом тазу.

Признак		Бальная система
Менопауза	Пременопауза	1
	Постменопауза	3
Эхографические признаки	Многокамерное	Нет ни одного признака = 0; Один признак = 1 балл; Сочетание более 1 признака = 3 балла.
	Солидный компонент	
	Двухсторонние	
	Асцит	
	Метастазы	
СА125	Абсолютное значение	
ИРМ	Значение	

2.1 Диагностический алгоритм: (схема)



Доброкачественные опухоли яичников	Объемные образования яичников.	СА 125, HE-4, магнитно-резонансная томография органов малого таза.	Высокие показатели уровней СА 125, HE-4, МРТ-данные злокачественного процесса яичников
Внематочная беременность	Объемные образования придатков.	СА 125, HE-4, магнитно-резонансная томография органов малого таза, уровень ХГЧ.	Высокие показатели уровней СА 125, HE-4, МРТ-данные злокачественного процесса яичников, нормальные показатели уровня ХГЧ.
Тубоовариальные	Объемные образования	СА 125, HE-4, магнитно-	Высокие показатели уровней

образования придатков	придатков.	резонансная томография органов малого таза.	СА 125, HE-4, МРТ-данные злокачественного процесса яичников, неэффективность противовоспалительного лечения
Туберкулез придатков, туберкулез брюшной полости.	Объемные образования придатков. Наличие асцита	СА 125, HE-4, магнитно-резонансная томография органов малого таза. Диагностическая гистероскопия.	Высокие показатели уровней СА 125, HE-4, МРТ-данные злокачественного процесса яичников.
Миома матки	Объемные образования в области придатков.	СА 125, HE-4, магнитно-резонансная томография органов малого таза.	Высокие показатели уровней СА 125, HE-4, МРТ-данные злокачественного процесса яичников.

Цели лечения: удаление доброкачественного новообразования яичника.

Тактика лечения

Немедикаментозное лечение: нет

Медикаментозное лечение: нет

Другие виды лечения: нет

Оперативное лечение

Цель хирургического лечения зависят от возраста, репродуктивного статуса и гистотипа опухоли.

- В репродуктивном возрасте во время операции необходимо стремиться к сохранению ткани яичника и профилактики трубно-перитонеального бесплодия;
- В перименопаузе основная задача – радикальное лечение, позволяющее избежать рецидива и сохранить качество жизни.

Виды хирургического лечения

В репродуктивном возрасте - аднексэктомия; в перименопаузе гистерэктомия с придатками, предпочтительно лапароскопическим доступом.

При доброкачественном новообразовании яичника резекция яичника допустима, однако необходима ревизия контрлатерального яичника и экстренная гистологическая диагностика.

Профилактические мероприятия

Доказана профилактическая роль длительного непрерывного применения КОК монофазного действия [8,9].

Дальнейшее ведение: диспансерное наблюдение врача акушера-гинеколога согласно приказа МЗ РК № 885 от 26 декабря 2012 г. «Ведение больных с хроническими формами заболевания».

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

- частота случаев рака яичника в группе пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников;
- частота осложнений после оперативного лечения.

оспитализация

Показания для госпитализации

Плановая: доброкачественные опухоли яичников и кисты яичников, сохраняющиеся в течение 4-6 месяцев, или размером более 6 см в диаметре.

Экстренная: боли внизу живота при наличии доброкачественных опухолей яичников и кист яичников [3].

Минимальный перечень обследования для плановой госпитализации: согласно инструкции по обследованию больных на плановое хирургическое лечение.

Источники и литература

- 1) Стрижаков А.Н. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. М.:«Медицина», 2004. – С. 436
- 2) WHO classification of tumors. – Lyon: Iarcpress, 2003.
- 3) Howkins&Bourne;. «Shaw's Textbook of Gynaecology».VG Padubidri and Shirish N Daftary, Elsevier, Fourteenth Edition, 2008.
- 4) Grimes DA, Jones LB, Lopez LM, et al; Oral contraceptives for functional ovarian cysts // Cochrane Database Syst Rev. 2011 Sep 7; 9: CD006134.
- 5) Levine D, Brown DL, Andreotti RF, et al; Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US: Society Radiology. 2010 Sep; 256(3):943 – 54. Epub. 2010. May 26.
- 6) Management of Suspected Ovarian Masses in Premenopausal Women, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (December 2011)

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

Список разработчиков протокола:

Омарова Г.К. – д.м.н., заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова (КазНМУ).

Бегниязова Ж.С. – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 КазНМУ.

Жатканбаева Г.Ж. – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 КазНМУ.

Кудаманова А.Б. – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 КазНМУ.