

Кафедра акушерства и  
гинекологии №1  
лечебного факультета

# Опухоли и опухолеподобные образования яичников

Лектор: доцент, д.м.н.  
Кудрина Елена Александровна

# Доброкачественные опухоли яичников

- это эпителиальные и  
неэпителиальные опухоли  
яичников без признаков  
злокачественного роста

# Эпидемиология доброкачественных опухолей яичников

- 2-ое место среди новообразований женских гениталий
- 80% случаев доброкачественные опухоли яичников имеют эпителиальное происхождение
- Встречаются в различные возрастные периоды (чаще после 40 лет)

# 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

# Классификация опухолей яичников (морфологическая, в сокращении) ВОЗ, 2002г.

1. Эпителиальные
2. Герминогенные (эмбриональные)
3. Опухоли стромы и полового тяжа
4. Недифференцированные и неклассифицированные опухоли
5. Опухольеподобные заболевания

# Классификация

1. Доброкачественные
2. Пограничные
3. Злокачественные

# Эпителиальные опухоли (80% всех опухолей) яичников

1. Серозные
2. Папиллярные
3. Муцинозные
4. Эндометриодные
5. Светлоклеточные
6. Переходноклеточные, в т.ч. опухоль Бреннера
7. Плоскоклеточные
8. Недифференцированные и неклассифицируемые



# Характерные признаки цистоаденомы

- Имеет вид кистозного образования при УЗИ (при наличии папиллярных разрастаний – с пристеночным компонентом)
- Имеет плотную капсулу
- Увеличивается в размерах за счет пролиферации клеток эпителия
- Может малигнизироваться

# 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

# Папиллярные цистоаденомы яичников

- В 50% случаев – пограничные опухоли (низкой степени злокачественности)

# Пограничные папиллярные цистоаденомы

- Пролиферация эпителия с образованием сосочков и многорядности
- Ядерная атипия и митозы
- Отсутствие инвазии в окружающие ткани
- В 40% случаев – двустороннее поражение яичников (син- или метакхронное)
- В 20-25% случаев пограничные опухоли распространяются за пределы яичников

# Пограничные папиллярные цистоаденомы

- Метастазируют имплантационно по брюшине, реже – лимфогенно
- Гистологическая картина метастазов пограничных опухолей яичников ближе к таковой метастазов высокодифференцированного рака яичников
- Большинство больных 38-40 лет

# 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, гипопротеинемия, асцит/гидроторакс)



# Макропрепарат удаленной муцинозной цистоаденомы



# Опухоли Бреннера

- Состоят из фибробластов и кист эпителиального происхождения
- Встречаются редко
- Могут быть доброкачественными, пограничными и злокачественными



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

# Неэпителиальные опухоли яичников

1. Герминогенные (эмбриональные)
2. Опухоли стромы и полового тяжа
3. Редкие

# Герминогенные опухоли яичников

- Развиваются из первичных зародышевых клеток, которые мигрируют в гонадный бугорок к 6 неделе эмбриогенеза
- Составляют 20-30% опухолей яичников
- 95% - доброкачественные, преимущественно — зрелые тератомы
- Злокачественные герминогенные опухоли (хорионкарцинома, дисгерминома, эмбриональный рак, опухоль желточного мешка) встречаются у молодых женщин
- В возрасте до 20 лет герминогенные опухоли составляют 70% всех опухолей яичников, 30% из них — злокачественные
- Повышается уровень  $\alpha$ -фетопротеина, ЛДГ,  $\beta$ -ХГ, РЭА

# Тератома (зрелая) яичников

- 20-30% всех опухолей яичников
- Содержит производные зародышевых листков (эктодермы – кожа, волосы, мезодермы – жировая ткань, энтодермы – ткань щитовидной железы и др.)
- В опухоли – зрелые структуры тканей и органов
- В 1 % случаев происходит малигнизация
- Частое осложнение тератомы – перекрут придатков матки

# Опухоли стромы и полового тяжа

- Представлены примитивными половыми клетками и мезенхимой
- Выделяют овариальный тип (гранулезостромальноклеточные – 99%) и тестикулярный (опухоли из клеток Сертоли-Лейдига)
- Составляют 2-5% всех опухолей яичников
- Могут быть доброкачественными и злокачественными – 8% злокачественных опухолей яичников
- Пик заболеваемости приходится на 50 лет
- Клиническая картина обусловлена гормональной активностью опухоли (гиперэстрогенией или гиперандрогенией)
- К опухолям стромы относят фибромы – 4% опухолей яичников

# Гранулезоклеточная опухоль

- Возникает из гранулярных клеток примордиальных фолликулов
- Составляет 70 % опухолей стромы и полового тяжа и 3-5 % злокачественных опухолей
- Чаще – у женщин 40-60 лет
- Односторонняя
- Продуцирует эстрогены

# Текома яичников

- Развивается из тека-клеток оболочки фолликула
- Редко встречается
- Пик заболеваемости 50-60 лет
- Чаще односторонняя
- Продуцирует эстрогены



# При эстроген-продуцирующих опухолях яичника

- У детей наблюдается преждевременное половое развитие
- В репродуктивном возрасте и пременопаузе наблюдаются нарушения менструального цикла по типу менометроррагии
- В постменопаузе - метроррагия
- Происходит прогрессирование гормон-зависимой патологии (рост миомы матки, эндометриоза, в 55% - возникает гиперплазия эндометрия, мастопатии)
- В 25-40% случаев выявляется высокодифференцированный рак эндометрия, реже – рак молочной железы

# Андроген-продуцирующие опухоли яичников

- Из клеток Сертоли-Лейдига
- Редкие – 1 % опухолей стромы и полового тяжа
- Чаще в возрасте 20-30 лет
- Односторонние
- В 20 % случаев отмечается злокачественный рост
- Клиническая картина обусловлена гиперандрогенией (аменоррея, гирсутизм, гипоплазия молочных желез, огрубение голоса, аллопеция)

# Фиброма яичников

- 4% опухолей яичников
- Доброкачественные, состоят из фибробластов
- Односторонние
- Чаще встречаются в возрасте 50 лет

# Осложнения доброкачественных опухолей яичников

- Малигнизация
- Кровоизлияние в опухоль – разрыв капсулы (апоплексия)
- Нагноение
- Перекрут придатков матки

# Классификация опухолевидных образований яичников – ВОЗ, 1977г.

- Функциональные кисты (фолликулярные, лютеиновые)
- Параовариальные
- Эндометриоз яичников
- Гиперплазия стромы яичников и гипертекоз
- Тека-лютеиновые кисты

# Характерные признаки функциональных КИСТ ЯИЧНИКОВ

- Циклическая функция яичников  
(встречаются с менархе до менопаузы)
- В развитии играют роль гормональные нарушения (дисовуляция) и воспаление
- Тонкостенное однокамерное образование небольших размеров
- При значительных размерах – боли в гипогастрии, дизурия
- Односторонние
- Спонтанно исчезают в течение 2-3 месяцев

NB!

Если киста яичников не  
исчезает

*в течение 3 месяцев*

необходимо исключить

*опухоль.*

NB!

Функциональных кист

яичника

*не бывает*

до менархе и

в постменопаузе!



# Параовариальная киста

- Развивается из околотяжечкового зачатка
- Характеризуется бессимптомным течением
- При значительных размерах – боли в гипогастрии, дизурия
- Спонтанно не исчезает

# Осложнения кист яичников и параовариальных кист

- Кровоизлияние в полость функциональной кисты – разрыв капсулы (апоплексия яичников)
- Перекрут придатков матки

# Текалютеиновые кисты яичников

- В 15 % при трофобластической болезни или герминогенных опухолях, продуцирующих  $\beta$ -ХГ
- Обусловлены повышенным уровнем  $\beta$ -ХГ
- Спонтанно исчезают после лечения основного заболевания

Гиперплазия стромы яичников и  
гипертекоз —  
*гиперпластические процессы*  
*яичников*

# Клинические проявления гиперпластических процессов яичников

- Хроническая ановуляция
- Бесплодие
- Фенотипические признаки андрогенизации
- При ожирении – гиперэстрогения с соответствующей патологией органов-мишеней

# Диагностика доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников

- Анамнез
- Клиническая картина
- Влагалищное и ректальное исследование
- Трансвагинальное УЗИ органов малого таза
- СА-125
- Рентгено-контрастное или эндоскопическое исследование органов ЖКТ
- Обследование молочных желез
- Дополнительно – МРТ, КТ
- Морфологическая верификация диагноза

# Данные анамнеза, характерные для больных с опухолью яичников

- Высокий инфекционный индекс, высокая частота сопутствующих экстрагенитальных заболеваний
- Ранее менархе, поздняя менопауза
- Бесплодие
- Проведение циклов стимуляции овуляции
- Доброкачественные заболевания половых органов (миома матки, эндометриоз, гиперплазия эндометрия)
- Злокачественные новообразования различной локализации у родственников

# Жалобы

- Либо отсутствуют
- Либо неспецифичны (боли в гипогастрии, дизурия)



# Влагалищное и ректальное исследование

- В области придатков матки – объемное образование различных размеров, безболезненное, неспаянное в окружающими тканями
- Определяют дальнейшие этапы обследования
- Ампула прямой кишки свободно растяжима

# Трансвагинальная эхография

- Выявляет наличие кистозного ли солидного образования в проекции яичника/ов
- Информативность 80-90%
- Наличие свободной жидкости в брюшной полости(асцита)
- Умеренная васкуляризация капсулы, вероятные включения, перегородки, вероятный характер содержимого

# Онкомаркеры в диагностике опухолей яичников

- Определение Ca-125 строго обязательно при наличии объемного образования в проекции придатков матки
- Ca-125 специфичен для рака яичников (повышается у 82 % больных раком яичника)
- Повышение  $\alpha$ -фетопротейна,  $\beta$ -ХГ, РЭА, ЛДГ свидетельствуют о наличии редкой герминогенной опухоли яичников (эмбриональный рак, хорионкарцинома, опухоль желточного мешка)

# Обследование желудочно-кишечного тракта и молочных желез

*цель:*

*исключить*

*метастатический рак*

*яичников*

# КТ и МРТ

*Используют*

- При необходимости дифференциальной диагностики доброкачественного и злокачественного процесса, распространенности опухоли, вовлеченности лимфоузлов
- При неясном расположении опухоли
- Уточнения состояния смежных органов

# Морфологическое исследование

- Обязательное
- Только оно позволяет установить окончательный диагноз и оценить доброкачественность/  
злокачественность опухоли

# Принципы лечения доброкачественных опухолей яичников

**Все опухоли яичников подлежат  
оперативному лечению!!!**

*ПОЧЕМУ?*

Без операции и морфологического  
исследования невозможно решить  
вопрос о злокачественности процесса

# Объем оперативного вмешательства определяется

- Возрастом пациентки
- Результатами обследования
- Наличия сопутствующих заболеваний гениталий
- Наличия сопутствующих экстрагенитальных заболеваний



# Хирургические доступы

- Лапароскопия
- Лапаротомия

В репродуктивном возрасте

Резекция яичника  
(энуклеация опухоли)

# При подозрении на злокачественный процесс обязательным является

- Срочное гистологическое исследование всех подозрительных участков
- Цитологическое исследование перитонеальной жидкости
- Биопсия брюшины малого таза, латеральных карманов, диафрагмы
- Резекция контрлатерального яичника
- Удаление большого сальника (до большой кривизны желудка)
- Дальнейшее выполнение адекватного объема операции – в условиях специализированного стационара!!!

В пери- и постменопаузе адекватным  
объемом при доброкачественной  
опухоли яичников является  
**нижнесрединная лапаротомия,  
пангистерэктомия, резекция  
большого сальника.**

Выполнение аднексэктомии является  
врачебной ошибкой и  
**НЕДОПУСТИМО!!!**

# Злокачественные опухоли яичников

- Эпителиальные  
(рак яичников) 85-90%
- Неэпителиальные 10-15 %

# Эпидемиология рака яичников

- 4-6 % злокачественных опухолей у женщин
- 4-е место после рака молочной железы, шейки матки и эндометрия
- Ежегодно регистрируется более 165000 новых случаев и более 100000 человек умирает от рака яичника
- За последние 10 лет прирост заболеваемости в России 8,5 %

# Эпидемиология рака яичников

- На долю I-II стадий приходится только 32-36 % вновь выявленных случаев, большую часть составляют распространенные формы
- Высокий уровень заболеваемости в экономически развитых странах
- Возраст – фактор риска, максимальная заболеваемость в 65-75 лет
- Пятилетняя выживаемость 35 %

# Низкая выживаемость объясняется

- Поздняя диагностика в виду бессимптомного течения
- Отсутствие достоверных методов обследования на ранних стадиях
- Быстрое распространения опухоли имплантационным, лимфогенным, гематогенным путем
- Клиническая манифестация при наличии асцита, поражения соседних органов, отдаленных метастазах



Рак яичников —  
*«молчаливый убийца»*

в 90-95 % случаев возникает у  
женщин с неотягощенным  
семейным онкологическим  
анамнезом

# Факторы риска рака яичников

- Возраст (постменопауза)
- Наследственность (10 % больных имеют отягощенный семейный анамнез по злокачественным опухолям различной локализации)
- Носительство мутаций BRCA1 и BRCA2 – риска рака яичников 60 %
- Раннее менархе, поздняя менопауза

# Факторы риска рака яичников

- Возрастные изменения в гипоталамо-гипофизарной системе – значительное повышение ФСГ и ЛГ
- Бесплодие, стимуляция овуляции аГнРГ
- Низкий паритет
- Метаболический синдром
- Питание (ежедневное потребление 10 и более г насыщенных жиров увеличивает риск рака яичников на 20%, овощная диета снижает риск на 37%)
- Низкая физическая активность
- ЗГТ в постменопаузе увеличивает риск до 1,4

# Антифакторы риска рака яичников

- Высокий паритет (3 и более родов с полноценной лактацией снижают риск на 30-60 % по сравнению с нерожавшими)
- Прием оральных контрацептивов 5 и более лет – снижает риск на 40 %

## ПОЧЕМУ?

Во время беременности, приеме ОК снижается выработка ФСГ и ЛГ – ановуляция – защита клеток эпителиального покрова яичника

- «Восточная» диета, адекватная физическая активность

# Рак яичников

1. Первичный (80 %)
2. Метастатический (20 %)

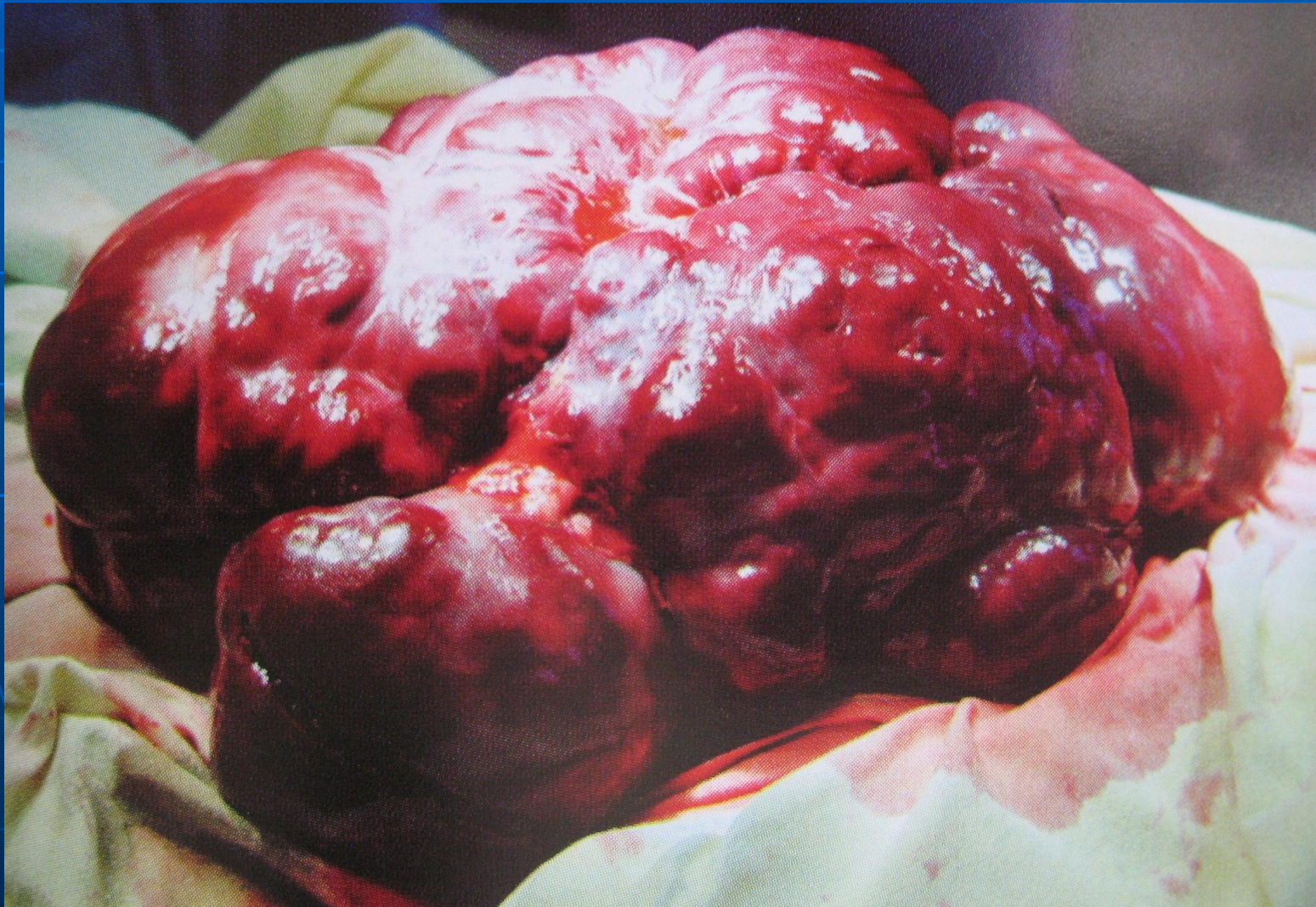
# Метастатический рак яичников

- Рак желудка 30-40 %, толстой кишки, 30-40 % молочной железы в 25 %, желчных протоков, щитовидной железы и др.
- Двустороннее поражение
- Быстрый рост

Метастазы Крукенберга –  
метастазы рака желудка или  
толстой кишки в яичники.



# Метастаз рака желудка в яичник





# Клиническая картина рака яичников

- Бессимптомное течение на ранних стадиях!
- Жалобы общего («терапевтического») характера, с которыми пациентка чаще всего обращается к терапевту: слабость, одышка, извращение аппетита, нарушение сна, лихорадка и др.
- Увеличение объема живота (при асците)
- Запоры, дизурия
- Боли в животе

# Вид больной раком яичников, асцитом до и после операции



# Клиническая картина рака яичника

- Ускорение СОЭ
- Анемия
- Гипопротеинемия
- Асцит
- Гидроторакс
- Увеличение над- и подключичных лимфоузлов

# Диагностика рака яичников

- Оценка жалоб, анамнеза, общесоматического статуса
- Влагалищное и ректальное исследование
- УЗИ гениталий и органов брюшной полости
- Определение Ca-125, Ca-15-3, Ca-19-9

# Лечение рака яичников

## ***Комбинированное***

- Хирургическое вмешательство  
(на всех стадиях)
- Химиотерапия
- Иногда – лучевая терапия

# Хирургическое лечение

- Радикальное
- Циторедуктивное  
(при распространённых  
опухолях)

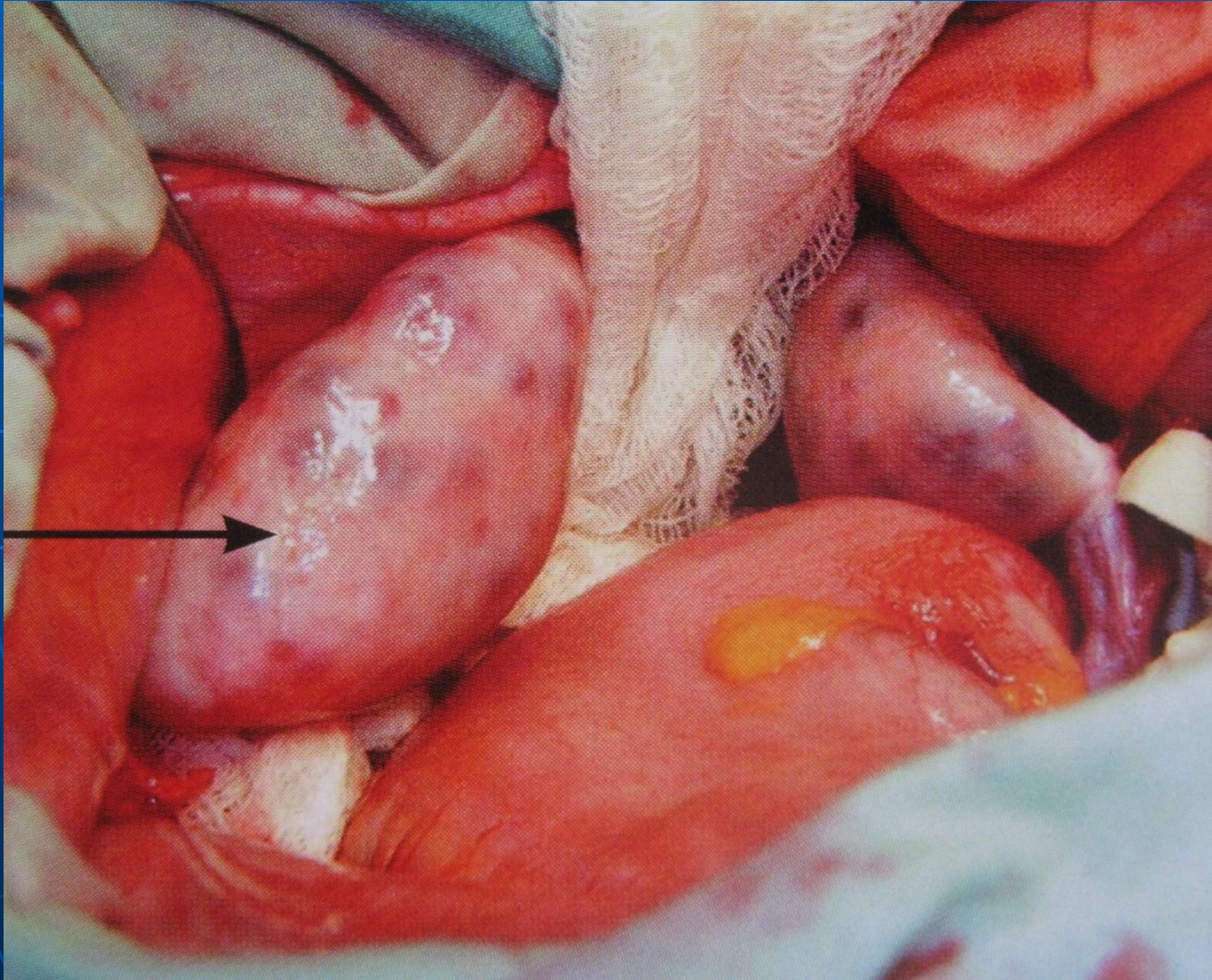
+ уточнение стадии

# Стандартный объем хирургического лечения рака яичника

Срединная лапаротомия,  
пангистерэктомия,  
резекция большого сальника



# Солидный рак яичников





NB!

Эндоскопический доступ  
при раке яичников  
*неоправдан*

# Возможно ли выполнение органосохраняющего объема?

- У женщин репродуктивного возраста, желающих сохранить репродуктивную функцию при:  
Высокодифференцированном раке яичников IA стадии (опухоль ограничена одним яичником, нет инфильтрации окружающих тканей)

# Органосохраняющий объем

- Односторонняя аднексэктомия
- Резекция контрлатерального яичника
- Цитологическое исследование смывов из каждой области живота
- Множественная биопсия брюшины
- Удаление большого сальника

*Цель: подтверждение стадии*

Эффективность химиотерапии зависит от размеров остаточной опухоли.

- Менее 2 см – 5 летняя выживаемость 35 %
- Более 2 см – 5 летняя выживаемость 10 %

# Химиотерапия

- Наиболее эффективными современными цитостатиками являются производные платины (цисплатин, карбоплатин) и таксаны (паклитаксел)

# Наблюдение после комбинированного лечения

- Первый год – каждые 2 месяца
- Второй год – каждые 3 месяца

## Обследование включает

- Физикальное и гинекологическое исследование
- Взятие мазков из культы влагалища для цитологического исследования
- Определение Ca-125
- УЗИ органов брюшной полости, забрюшинных лимфоузлов
- Рентгенография органов грудной клетки

# Прогноз определяется

- Стадией заболевания
- Морфологической формой рака
- Адекватностью проведенного лечения



# Профилактика рака яичников

- Своевременная диагностика и хирургическое лечение доброкачественных опухолей яичников
- Здоровый образ жизни (питание, физическая активность)
- Повышение социального статуса Женщины-Матери
- Своевременная и полная реализация репродуктивной функции

Спасибо за внимание!