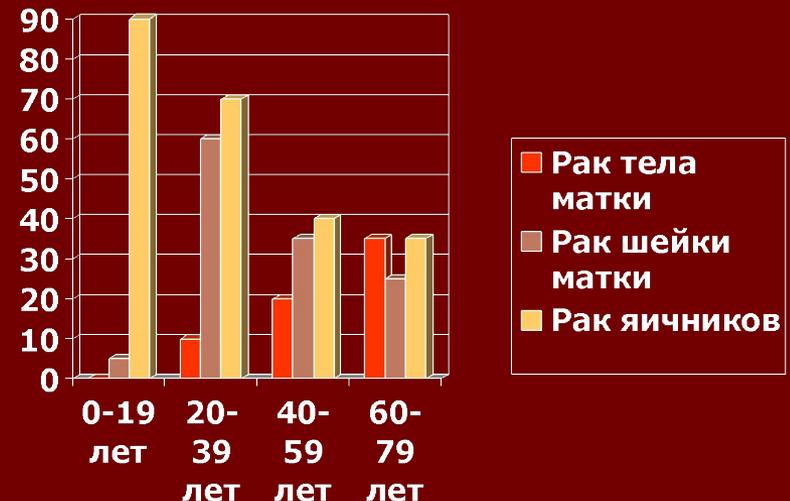


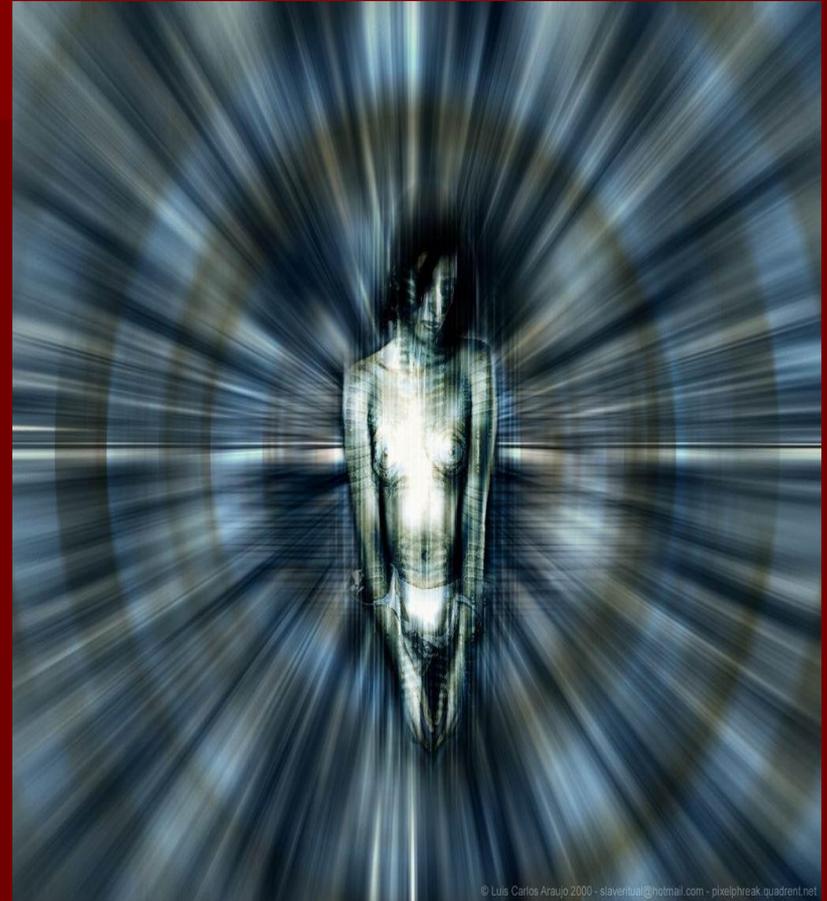
ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

- Проблема опухолей яичников является одной из самых изучаемых и сложных в гинекологии и онкологии. В настоящее время накоплен большой научный и клинический материал по данному вопросу, однако частота новообразований яичников неуклонно возрастает с каждым годом.

- Злокачественные новообразования яичников стойко занимают одно из ведущих мест среди причин смертности женщин от онкологической патологии



- Злокачественные новообразования до настоящего времени продолжают представлять собой серьёзную проблему человечества, так как в ней сконцентрировались медицинские, социальные, биологические, демографические, технические и другие вопросы, прямо или косвенно связанные с ростом показателей заболеваемости.
- В тех случаях, когда злокачественная опухоль обнаружена поздно (на органы репрод. системы 70% таких случаев), возникают большие трудности. Даже если удастся продлить пациентке жизнь, не всегда сохраняются её качественные параметры, когда женщина могла бы полноценно работать и чувствовать себя социально активной и привлекательной.
- Рак в стране значительно помолодел: 30% пациентов с раком яичников поступили за последний год в возрасте моложе 25 лет.



- Значительная сложность проблем гистологии и гистогенеза опухолей яичников является причиной того, что на сегодняшний день в этой области имеется больше гипотез, чем твёрдо установленных положений.



Эпидемиология

Эпидемиологические исследования показывают, что за последнее десятилетие в России, как и во всем мире, отмечается отчетливая тенденция роста заболеваемости опухолями яичников. Основными причинами этого 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



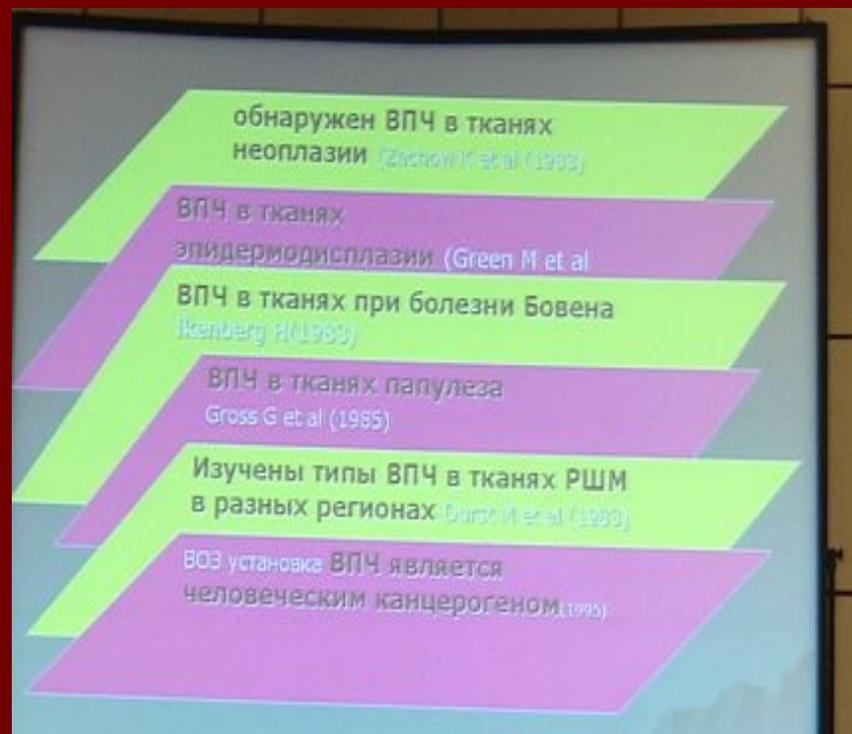
- Опухоли яичников встречаются в любом возрасте, но преимущественно после 40 лет.
- Превалируют доброкачественные формы – 75-80%.
- Злокачественные опухоли встречаются в 20-25% случаев, а в климактерическом периоде эти цифры возрастают до 50%.
- Злокачественные опухоли яичников составляют 20% всех злокачественных опухолей женских половых органов.

Факторы риска

Факторы риска можно представить следующим образом: 1) сокращение в цивилизованных странах числа беременностей и родов, приводящее к «**непрекращающейся овуляции**», возможно, способствует повышению риска развития неоплазии в яичнике, как и 2) применение **препаратов, стимулирующих овуляцию** при лечении бесплодия, и 3) **эстрогенов** в терапии климактерических расстройств; 4) **наследственный фактор** является одним из важных факторов риска в развитии рака яичников, хотя большинство карцином яичника (95%) являются спорадическими и их риск развития в популяции не превышает 1,5%, т. е. заболевает 1 из 100 женщин; 5) **профессиональные факторы** представляют наибольшие трудности в изучении в силу их большого разнообразия, а также различной индивидуальной реакции организма на неблагоприятные воздействия. Эпидемиологические исследования в различных отраслях промышленности, клинические и экспериментальные наблюдения позволили установить, что химические вещества, шум, вибрация, высокие или низкие температуры воздуха, электромагнитные волны, нервно-эмоциональные нагрузки и другие воздействия могут оказать неблагоприятное влияние на специфические функции женского организма. Контакт с различными неблагоприятными профессиональными воздействиями повышает риск заболевания опухолями яичников в 2,2 раза; 6) Нельзя не учитывать и **фактор питания**. Повышенное потребление животных белков в рационе не исключает увеличения риска заболевания раком яичников

Роль вирусного фактора при гинекологическом раке

- Широко обсуждается роль вирусной инфекции при гинекологическом раке. Получены доказательные подтверждения участия вируса папилломы человека в канцерогенезе рака шейки матки, вульвы, яичников. Значимость ВПЧ при раке эндометрия остаётся дискуссионной.



Современные представления о начальных этапах канцерогенеза, обусловленного ВПЧ.

- Сам факт присутствия вируса ещё не означает, что в дальнейшем произойдёт злокачественная трансформация ткани.
- Интеграция в геном базального эпителия.
- Экспрессия генов E6 и E7.
- Наличие белка E7 в цервикальных пробах является свидетельством процесса малигнизации эпителиальных клеток (в норме этот белок в тканях не синтезируется).
- Всё это определяет его практическую ценность в качестве перспективного диагностического маркёра неопластических процессов.



Функции онкобелка E7

1. Определяет процессы малигнизации инфицированных эпителиальных клеток
2. Индуцирует системную иммуносупрессию
3. Ингибирует антипролиферативную и противовирусную активности интерферонов

Все объёмные
образования яичников
можно подразделить на :

- **Истинные опухоли** (кистомы или доброкачественные, пограничные или злокачественные опухоли яичников)

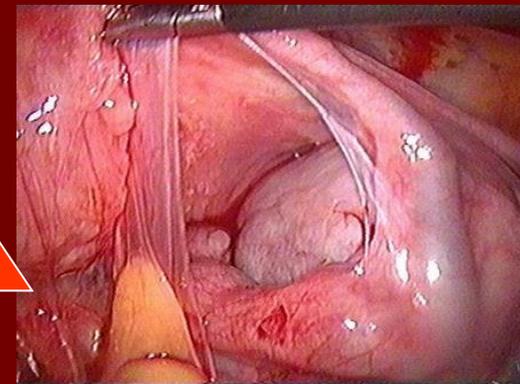
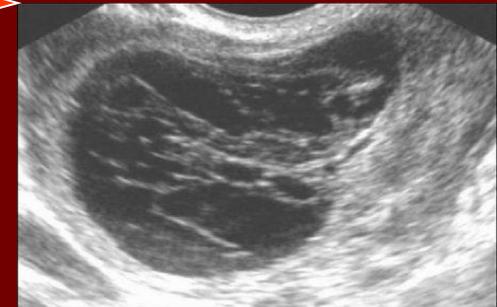
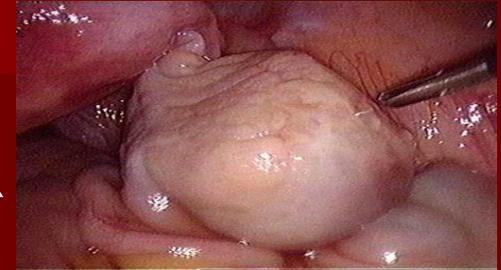
и

- **Ложные опухоли** (кисты или опухолевидные образования яичников)



Ложные опухоли

- 1. фолликулярные кисты
- 2. кисты жёлтого тела
- 3. параовариальные кисты
- 4. тека-лютеиновые кисты
- 5. перитонеальные кисты.

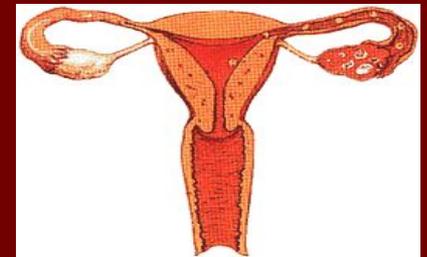


Ложные опухоли

- **Характер жалоб и симптомов:**
 - Тянущие боли в нижней части живота
 - Нарушение менструального цикла
 - Нарушение функции соседних органов
 - Бесплодие
 - Патологические кровянистые выделения
 - Бессимптомное течение

Истинные опухоли

- Характер жалоб и симптомов:
 - Тянущие боли в нижней части живота
 - Нарушение менструального цикла
 - Нарушение функции соседних органов
 - Увеличение размеров, асимметрия живота
 - Бесплодие
 - Патологические кровянистые выделения
 - Резкое снижение массы тела
 - Бессимптомное течение



Диагностика

При обращении пациентки врач решает основные задачи диагностики:

- определить, какой орган поражён;
- оценить характер поражения (злокачественный или доброкачественный процесс);
- выявить степень распространенности процесса;
- оценить состояние всего организма с целью определения возможности применения того или иного вида лечения.

Диагностика основывается на данных:

- брюшностеночно-влагалищного исследования;
- ректо-вагинального исследования;
- УЗИ малого таза;
- УЗИ брюшной полости;
- определения опухолевых маркеров;
- КТ;
- МРТ;
- лапароскопии.



Диагностика

Визуализирующие методы диагностики подразделяются на **лучевые и эндоскопические**.

Одним из самых распространенных в настоящее время методов лучевой диагностики является **УЗИ**.

Ультразвуковые признаки опухолевидных процессов и доброкачественных опухолей:

- округлая или овальная форма;
- тонкие стенки;
- однородная гипоэхогенная внутренняя структура с высоким уровнем звукопроводимости;

Эхографические признаки злокачественного роста в яичниках:

- папиллярные разрастания по внутренней капсуле;
- 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.

Диагностика

Достоинства метода УЗИ:

- простота,
- объективность,
- быстрота исследования,
- безвредность для пациентки и врача,
- безболезненность,
- возможность многократного динамического наблюдения,
- возможность документирования исследования.

Достоверность исследования соответствует 70-93%. Всё это реально позволяет использовать УЗИ в качестве **скрининг-теста**.

Диагностика

Другим лучевым методом диагностики, позволяющим установить топик и стадию распространенности процесса, является **компьютерная томография КТ**.

В основе метода лежит математическая обработка данных о поглощающей способности тканей при прохождении через них пучка рентгеновских лучей. Серийное исследование патологического очага в различных плоскостях даёт возможность выявить распространение опухоли за пределы капсулы, что в сочетании с такими признаками как неоднородная плотность, гипervasкуляризация, увеличение л/у и асцит, служит важным критерием злокачественности процесса и позволяет определить с большой вероятностью его стадию.

Отрицательные стороны метода:

-большая лучевая нагрузка на пациента;

*-дороговизна метода. ⇔ КТ
может применяться на втором этапе
обследования.*

Диагностика

- **Магнитно-резонансная томография (МРТ)** ещё более усовершенствованный метод лучевой диагностики. В его 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**.

Ложные опухоли

■ Лечение  консервативное:

- 1) противовоспалительное;
- 2) гормонотерапия;
- 3) рассасывающее;
- 4) наблюдение.

При отсутствии положительной динамики в течении 3-х мес – решение вопроса об **оперативном лечении.**

■ Возможные осложнения, требующие оперативного вмешательства:

- Перекрут ножки опухоли (полный или частичный):

Анатомическая ножка опухоли представлена: растянутая воронко-тазовая и собственная связка яичника, часть заднего листка широкой связки (в ножке проходят сосуды: яичниковая артерия, анастомоз её с маточной артерией, вены, лимфатические сосуды и нервы).

Хирургическая ножка: образование, которое приходится пересекать во время операции при удалении опухоли. Чаще всего сюда входит помимо анатомической ножки и растянутая в длину маточная труба.

- Разрыв капсулы опухолевидного процесса.
- Нагноение опухолевидного процесса.

Истинные опухоли

- Из всего многообразия ОЯ встречающихся у взрослых женщин особое клиническое значение имеют **эпителиальные новообразования**.
- По классификации ВОЗ (1997) среди эпителиальных опухолей яичников выделяются следующие варианты:
 - серозный
 - муцинозный
 - эндометриоидный
 - опухоль Бреннера
 - светлоклеточный

- Процесс становления, дифференцировки и малигнизации протекает в виде трех степеней зрелости опухолей – доброкачественной, пограничной и злокачественной.

- Наиболее частой патологией среди злокачественных опухолей является **серозный рак**, макроскопические особенности роста и клиническое поведение которого и являются для широкой врачебной аудитории своего рода прообразом рака яичника.

- **Канцерогенез** – многоступенчатый процесс накопления мутаций и других генетических изменений, приводящих к нарушениям ключевых клеточных функций, таких как **регуляция пролиферации и дифференцировки, естественной гибели клеток (апоптоз – опадание листьев (в перев. с греч.))**.



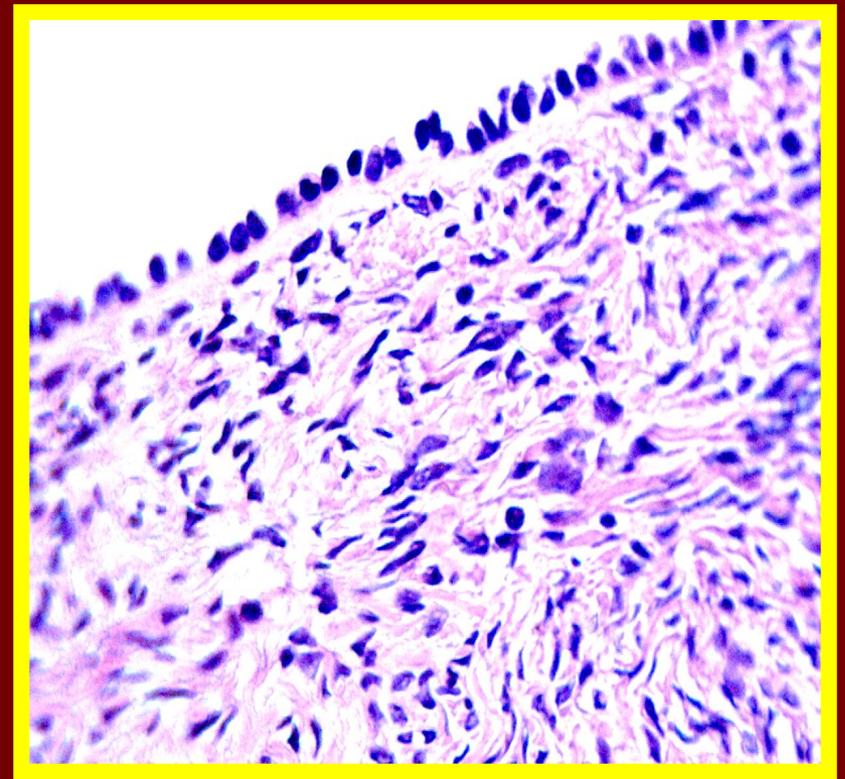
Гистологическое исследование

- Серозные опухоли – это опухоли, состоящие из эпителия, напоминающего эпителий фаллопиевой трубы или поверхностный эпителий яичника.



Гистологическое исследование. *Строение неизмененного яичника.*

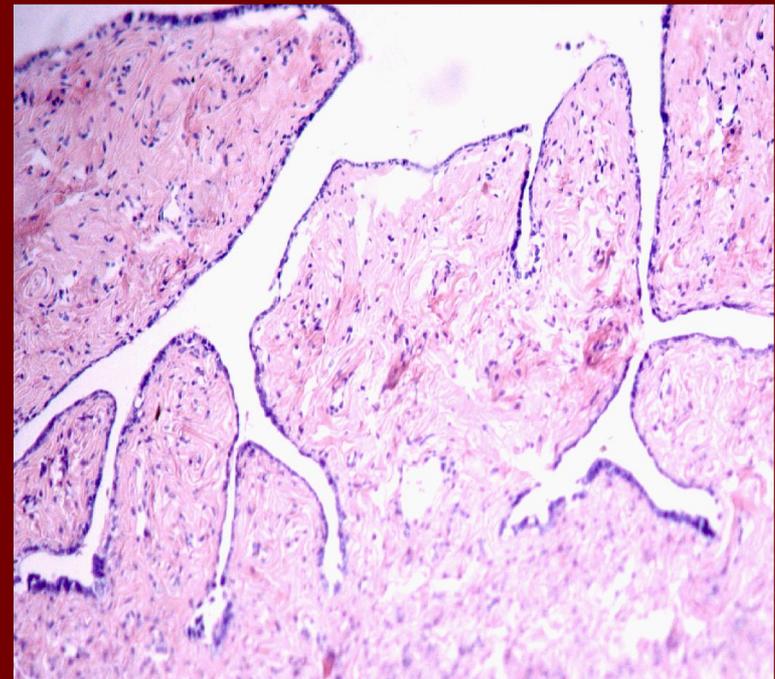
- **Покров яичника** – это модифицированный мезотелий, сохранивший черты выстилки целома, но способный развиваться в сторону эпителиальных структур. Покров яичника рассматривается как источник образования эпителиальных опухолей этого органа.



Нормальный яичник

Серозные доброкачественные опухоли яичника.

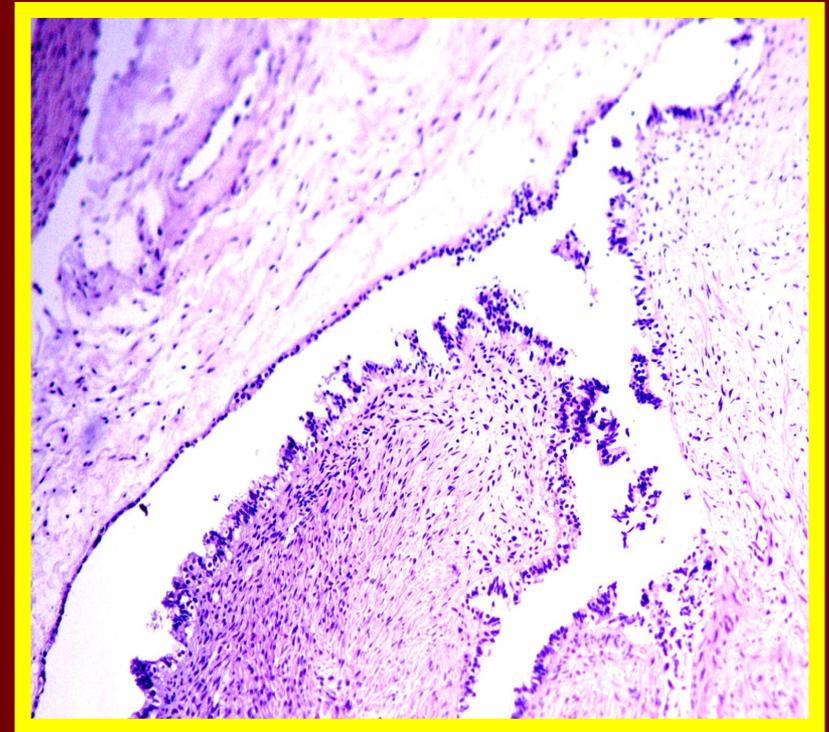
■ Серозные доброкачественные опухоли (при которых происходит разрастание эпителия без признаков атипии и разрушения базальной мембраны) разнообразны по внешней форме и по содержанию. В нашем исследовании в серозных цистаденомах **встречались** следующие структуры: **гладкостенные опухоли** различных размеров, покрытые однослойным эпителием и цистаденомы, в которых на отдельных участках **формировались** сосочки, **папилломатозные структуры**, **аденофиброматозные очаги**



Серозная цистаденома яичника.
Кистозные полости выстланы
однослойным эпителием.

Серозные пограничные опухоли яичника

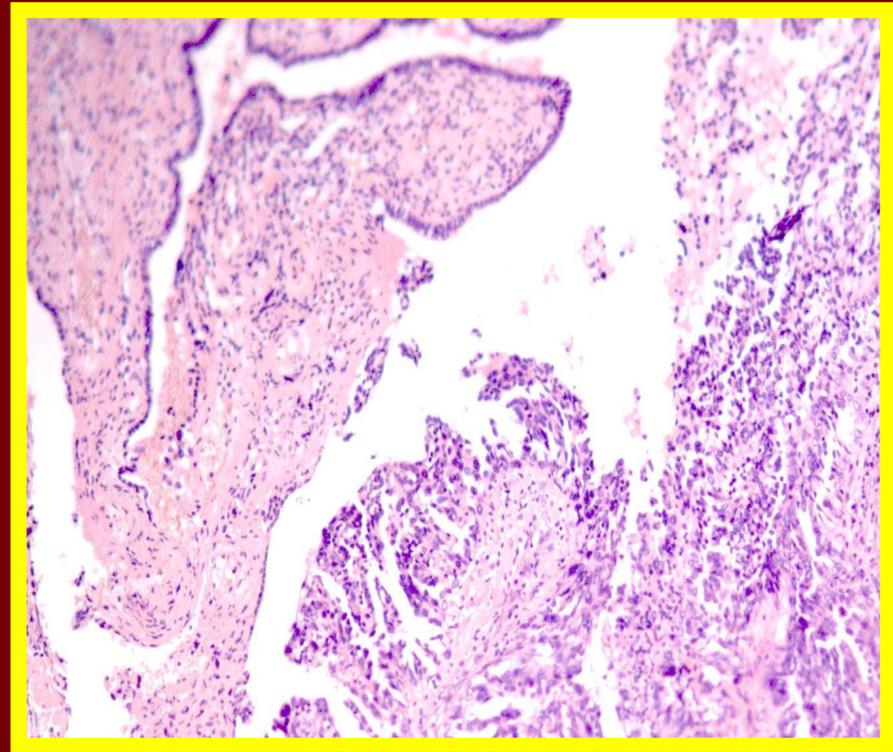
- Особое место среди новообразований яичников занимают пограничные опухоли. Пограничные опухоли протекают относительно благоприятно, ограничиваясь поражением только яичника. Однако, необходимо помнить, что в 10% возможны находки перитонеальных имплантантов.



Однослойный эпителий (слева), выстилающий кистозные полости, местами формирует псевдососочки (справа).

Серозные пограничные опухоли яичника.

- Их диагностика остается прерогативой патогистологического метода исследования. Эта группа опухолей, объединенная в самостоятельную нозологическую единицу по своим морфологическим признакам, клинически она не однородна. Больные с различными морфологическими вариантами нуждаются в индивидуальном подходе.



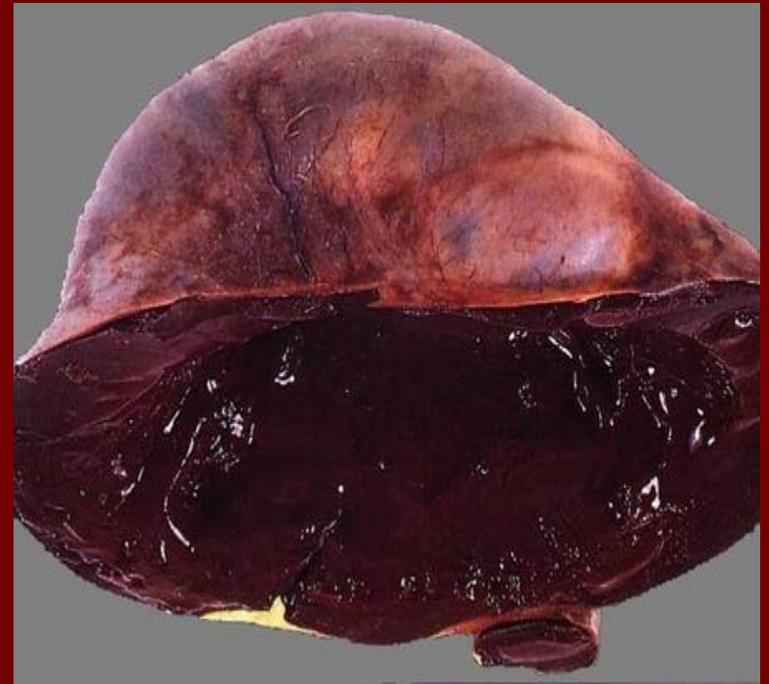
Участок пограничной опухоли из сосочковых и микропапиллярных структур.

Серозные злокачественные опухоли яичника.

- По определению ВОЗ, **серозным раком** называется **рак**, гистогенетически связанный с покровом яичника и отражающий дифференцировку опухолевых клеток в сторону выстилки маточной трубы. Ни одна опухоль женских гениталий не сопровождается **таким обширным метастазированием** как злокачественные опухоли яичников и особенно **серозные цистаденокарциномы**.

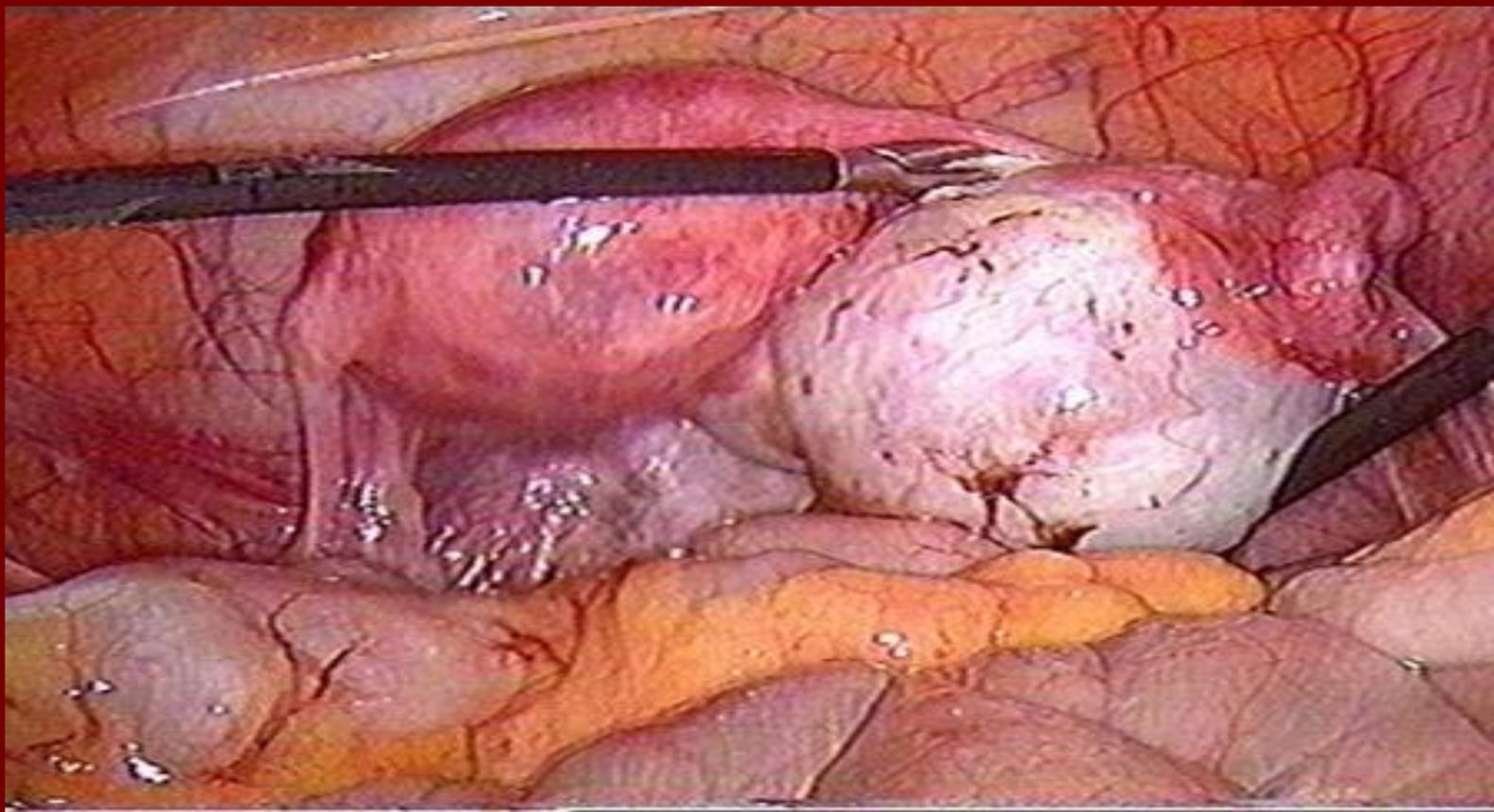
Эндометриоидные опухоли.

- Это опухоли, имеющие микроскопические черты одной и/или более типичных форм эндометриальных опухолей.
- Пальпаторные признаки этих опухолей нехарактерны, поскольку имеют место спаечный процесс и изменения размеров в зависимости от фазы цикла.
- Лечение эндометриоидных цистаденом – оперативное, так как необходимо помнить о наличии в них и железистого, и стромального компонентов, из которых могут развиваться аденокарцинома и саркома.
- Эндометриоидный рак яичника сочетается с карциномой эндометрия в 4% случаев.



└ Большая эндометриоидная шоколадная киста яичника; макропрепарат

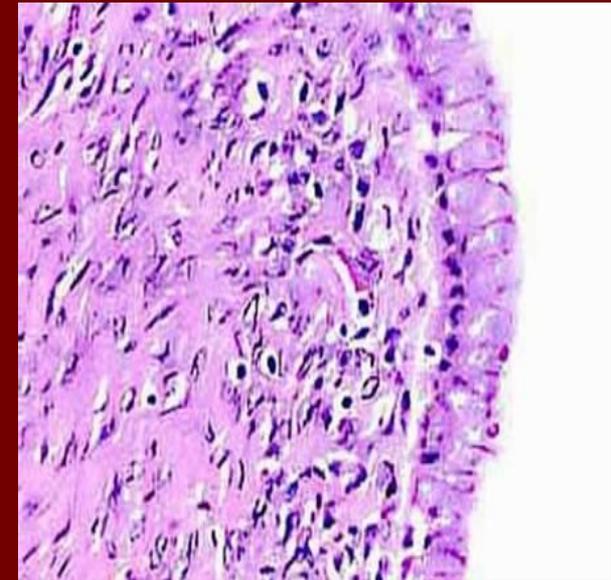
Эндометриоидная цистаденома яичников



**эндометриоидные гетеротопии на
поверхности эндометриоидной
кисты яичника**

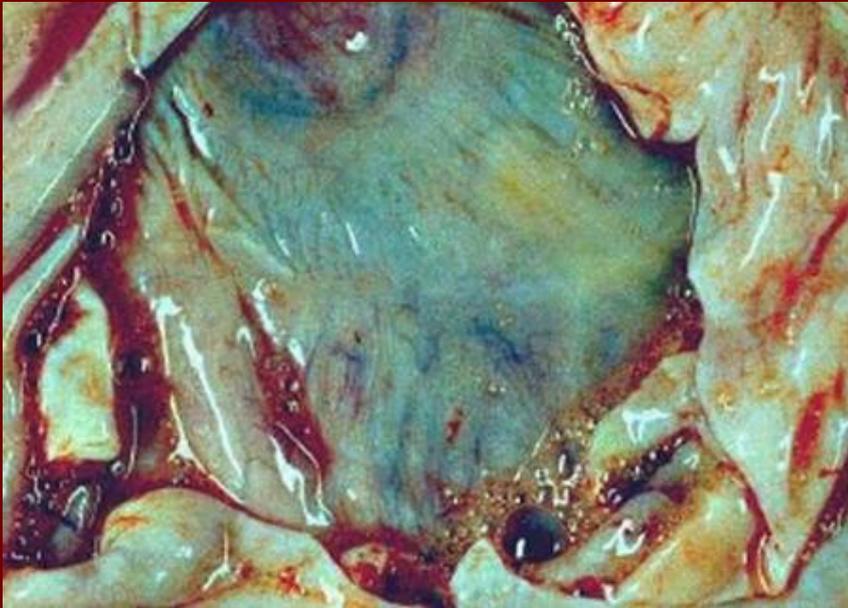
Муцинозные опухоли.

- Муцинозные кистомы (наименование по классификации ВОЗ) встречаются у 14,7% больных с опухолями яичников.
- Средний возраст больных муцинозной кистой составляет 42 года.
- Клинические проявления (жалобы, характер менструальной и генеративной функций, преморбидный фон и т. д.) при муцинозных кистах те же, что при всех доброкачественных опухолях яичников. При влагалищном исследовании определяется опухоль овоидной или шаровидной формы сбоку или позади от матки. Поверхность опухоли неровная за счет ее многокамерности.
- В большинстве случаев операции производятся уже при значительных размерах опухоли, что свидетельствует о быстром росте этих новообразований. Опухолевые клетки продуцируют слизь гетерогенного состава.
- Клиническое течение более благоприятное, чем при серозных аналогах.



Муцинозная цистаденома яичника: высокий призматический эпителий выстилки кистозной полости напоминает кишечный; микропрепарат

Муцинозная цистаденома яичников



Муцинозная цистаденома яичника: внешний вид внутренней поверхности; макропрепарат



Муцинозная цистаденома яичника: высокий призматический эпителий выстилки кистозной полости; микропрепарат



- Одним из основных вопросов в любом разделе клинической медицины является вопрос индивидуального прогноза, возможность предопределить особенности течения болезни у каждой конкретной больной. По мнению российского ученого А. Е. Черезова (1997) «... **любая доброкачественная опухоль является промежуточной стабильной формой состояния опухолевой прогрессии, даже несмотря на редкость перехода к злокачественному состоянию**».
- Прогностическая оценка определяет целесообразность тех или иных лечебных воздействий, а адекватность последних в свою очередь также является прогностическим фактором, обуславливающим необходимость дальнейшего лечения



Клинико-морфологические классические прогностические факторы

К клинико-морфологическим **классическим** прогностическим факторам могут быть отнесены:

- стадия заболевания
- гистологический тип и дифференцировка опухоли
- её рецепторный статус
- состояние капсулы опухоли
- объём неудаленных опухолевых масс при циторедуктивных операциях

- Одним из современных путей прогнозирования течения опухолей яичников и выработки лечебной тактики является изучение молекулярно-биологических маркеров в ткани опухоли.
- По этой причине в последние годы **ИГХ метод**, который позволяет использовать спектр специфических молекулярно-клеточных маркеров - моноклональных антител, все более широко стал применяться и для целей дифференциальной диагностики и для определения прогноза различных типов опухолей яичников.

Опухоли стромы полового тяжа

- В эту группу опухолей, называемых также опухолями мезенхимы полового тяжа, включены все опухоли, состоящие из клеток, которые возникли из полового тяжа или мезенхимы эмбриональных гонад.
- В соответствии с определением ВОЗ [1973, 1977], опухоли стромы полового тяжа содержат гранулезные клетки, тека-клетки, коллагенпродуцирующие клетки, клетки Сертоли и Лейдига и клетки, напоминающие их эмбриональных предшественников, отдельно или в разных комбинациях.
- Согласно Международной классификации ВОЗ [1973], среди опухолей стромы полового тяжа выделяют **гранулезостромально-клеточные опухоли, андробластомы, гинандробластому и неклассифицируемые опухоли**. Рассматриваемая группа новообразований в основном относится к **гормональноактивным**. Исключение в этом отношении составляет фиброма.

Феминизирующие опухоли ЯИЧНИКОВ

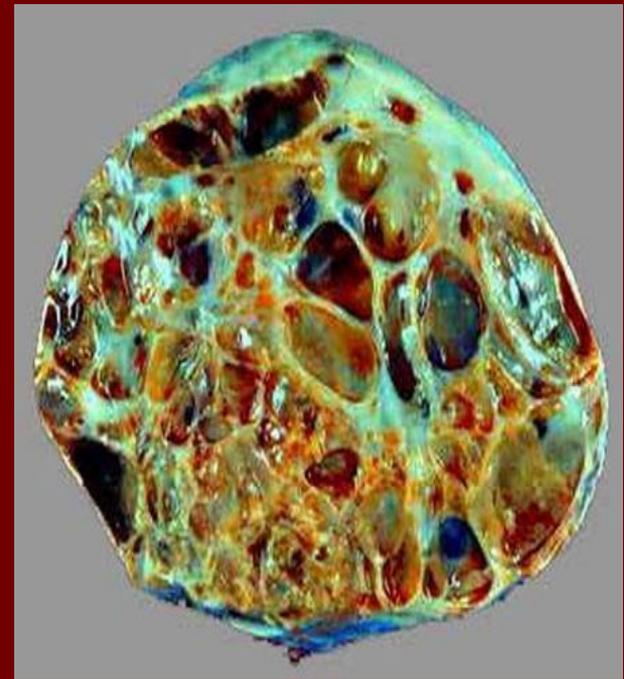
- В соответствии с классификацией ВОЗ, к феминизирующим опухолям относятся **гранулезоклеточные опухоли, текаклеточные опухоли и гранулезотекаклеточные опухоли.**
- Опыт показывает, что диагноз феминизирующая опухоль почти никогда не ставится сразу. У ряда больных диагноз устанавливается только после гистологического исследования удаленного препарата.
- Установление диагноза затрудняется тем, что в очень большом проценте случаев феминизирующие опухоли обнаруживаются в сочетании с другими гинекологическими заболеваниями.

Гранулезостромальноклеточные опухоли

- Прежде всего, следует отметить, что гранулезо- и текаклеточные опухоли принадлежат к феминизирующим эстрогенпродуцирующим опухолям яичников. Следствием гормональной активности этих опухолей являются **высокий уровень эстрогенов** в крови, моче, и в самих опухолях, нарушения менструального цикла, маточные кровотечения у женщин в периоде постменопаузы и у детей.
- **Высокий уровень эстрогенов** в организме приводит к патологическому «омоложению» в периоде постменопаузы, преждевременному половому созреванию детей и задержке овуляции у молодых женщин, результатом чего является бесплодие. В **эндометрии** нередко наблюдаются **гиперпластические процессы** в виде железистой, железисто-кистозной и атипической гиперплазии, полипов и очагового аденоматоза; иногда отмечается выраженная гипертрофия мышечной ткани матки.

Гранулезоклеточная опухоль

- Частота гранулезоклеточных опухолей, по данным разных авторов, составляет от 0,6 до 3% по отношению ко всем новообразованиям яичника и 5-10% по отношению к злокачественным опухолям яичников.
- Величина новообразований варьирует от 3 -4 мм до величины головы взрослого человека, в среднем составляя около 1 см в диаметре. Форма опухоли округлая, овоидная, почковидная. Капсула в большинстве наблюдений достаточно четко выражена; поверхность гладкая или неровная.



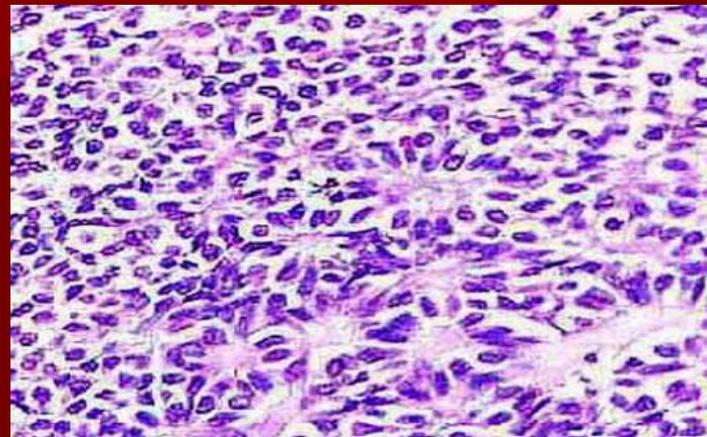
Гранулезоклеточная опухоль

В гранулезоклеточных опухолях эстрогенные гормоны продуцируются тека-клетками, а не гранулезой. Возможно, именно этим объясняется отсутствие эстрогенной активности в рецидивирующей гранулезоклеточной опухоли (за пределами яичников), так как в подобных случаях тека-клетки в рецидивах опухоли обычно отсутствуют.

Благодаря наиболее частому выявлению заболевания на ранних стадиях **первым этапом лечения** является **операция**, объём которой у женщин репродуктивного возраста – **удаление придатков** матки на стороне поражения (т.к. степень злокачественности низкая и сроки рецидивов поздние, и позволяет сохранить фертильность).

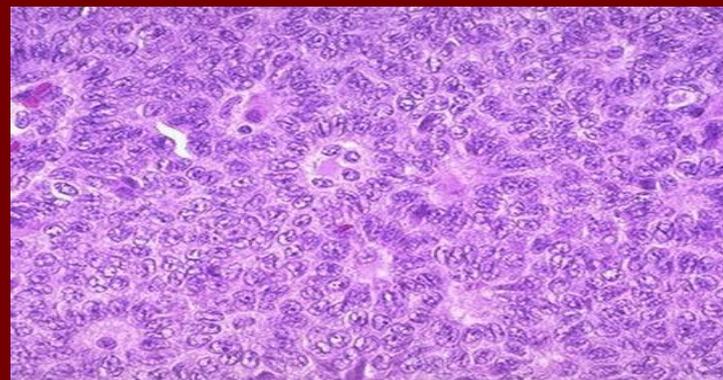
В пре- и постменопаузе, и при наличии признаков злокачественности – **экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника**.

Возможно проведение адъювантной химиотерапии.



мелкие округлые клетки,
образующие гнездные
структуры;

микпрепарат



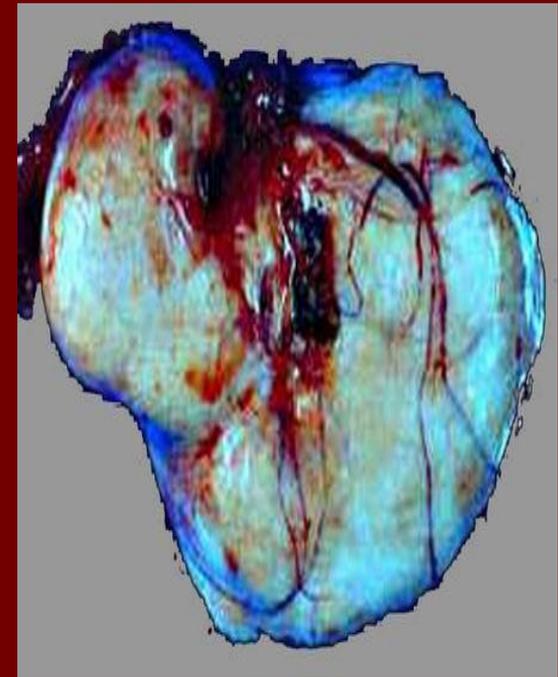
клетки, образующие примитивные
аденоматозные структуры;

микпрепарат

Текаклеточная опухоль

- Текомы обычно бывают односторонние, и исключительно редко - двусторонние. Размеры их колеблются от миниатюрных (2x5 мм) до величины головы взрослого человека, в среднем составляя около 8 см в диаметре. Форма опухоли округлая или овоидная, поверхность гладкая, реже неровная (при дольчатом строении). По внешнему виду и плотности текому можно принять за фиброму. Капсула у текомы обычно отсутствует, хотя некоторые опухоли имеют псевдокапсулу, представляющую собой овариальную ткань, подвергнувшуюся компрессии.

- На разрезе текомы - желтоватого цвета с волокнистыми прослойками серо-белого цвета, занимающими меньшую или большую часть опухоли. Некоторые из них, особенно небольшие, характеризуются желтой диффузной и яркой оранжево-желтой окраской. Иногда встречаются очаговые кровоизлияния.



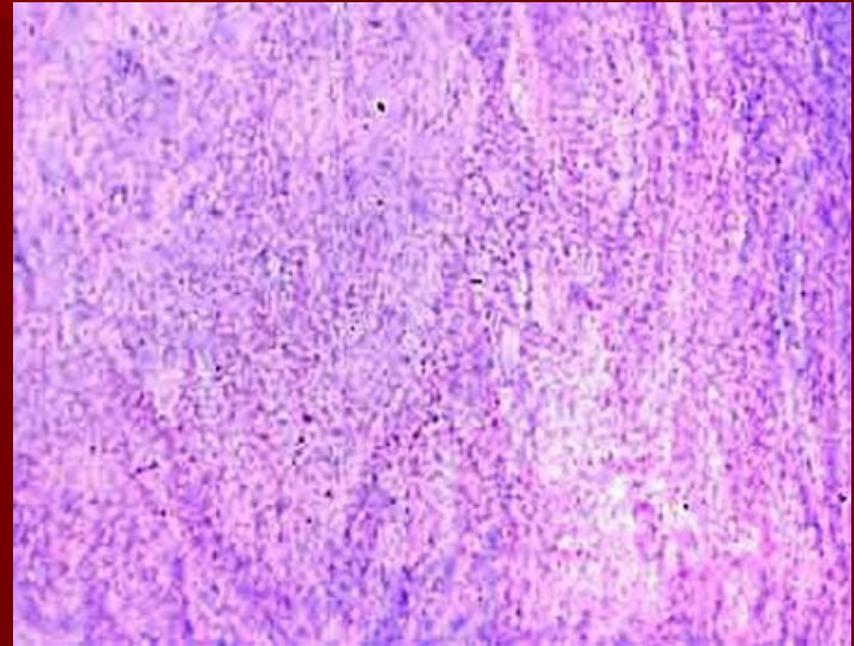
Текаклеточная опухоль

- Стромальная опухоль, многие клетки которой содержат большое количество богатой липидами цитоплазмы (схожие с клетками theca interna). Содержит 10% гранулёзных клеток. Количество фиброзного компонента варьирует.
- Текомы встречаются в любом возрасте, но наиболее часто (у 65 % больных) в периоде постменопаузы.



Текаклеточная опухоль

- Методом лечения является операция, объём которой у женщин репродуктивного возраста – удаление придатков матки на стороне поражения.
- В пре- и постменопаузе, – экстирпация матки с придатками

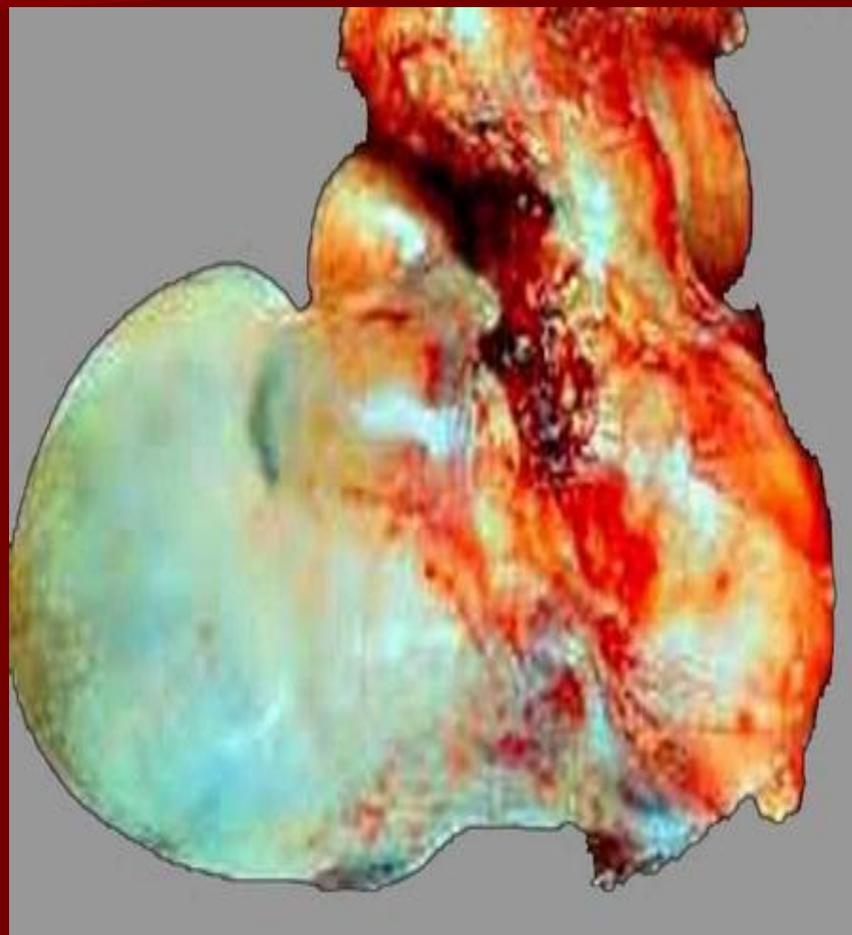


- Текома:
переплетающиеся
пучки клеток;
микропрепарат



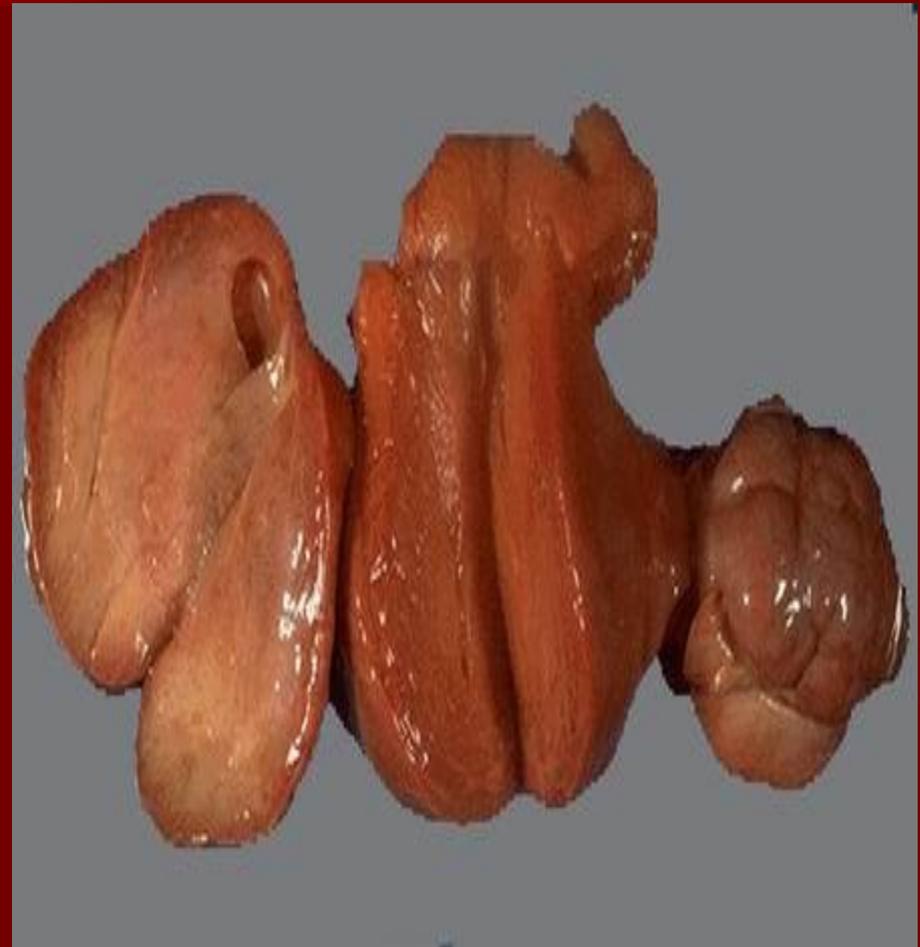
Фибромы яичников

- Фибромы яичника, по классификации ВОЗ, относятся к группе теком-фибром - «опухолей, образующих непрерывный ряд переходных форм от опухолей, полностью состоящих из клеток, напоминающих фибробласты и продуцирующих коллаген, до опухолей с преобладанием клеток, напоминающих богатые липидами тека-клетки».
- Фиброма яичника встречается нечасто (от 6,6% до 8,9%). Две трети больных фибромой яичника это женщины старше 40 лет.



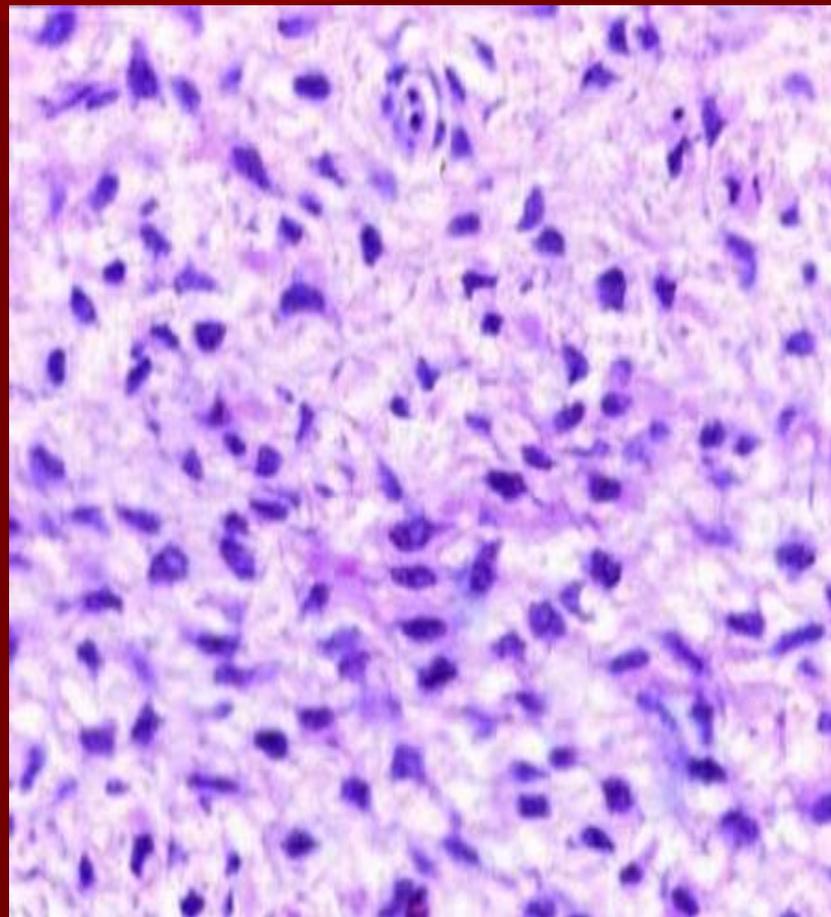
Фибромы яичников

- При влагалищном исследовании фибромы яичников определяются подвижные образования округлой или овальной формы, располагающиеся позади или сбоку от матки. Плотность образования приводит к тому, что опухоль нередко принимают за подбрюшинный миоматозный узел на ножке.
- Фиброма яичника часто сопровождается **синдромом Мейгса** (гидроторакс, анемия, асцит). Гидроторакс выявляется редко. Анемия объясняется сопутствующей миомой матки или внутренним эндометриозом. Асцит встречается у каждой пятой больной и в основном при опухолях значительного размера.



Фибромы яичников

- Фиброма яичника отличается медленным ростом, однако при дистрофических изменениях опухоль может быстро увеличиваться. Опухоли могут быть величиной от горошины до размеров головы взрослого человека. Двусторонние опухоли выявлены у 3% больных.
- Методом лечения является операция, объём которой у женщин репродуктивного возраста – удаление придатков матки на стороне поражения. В пре- и постменопаузе, – экстирпация матки с придатками



Фиброма
яичника;
микропрепарат

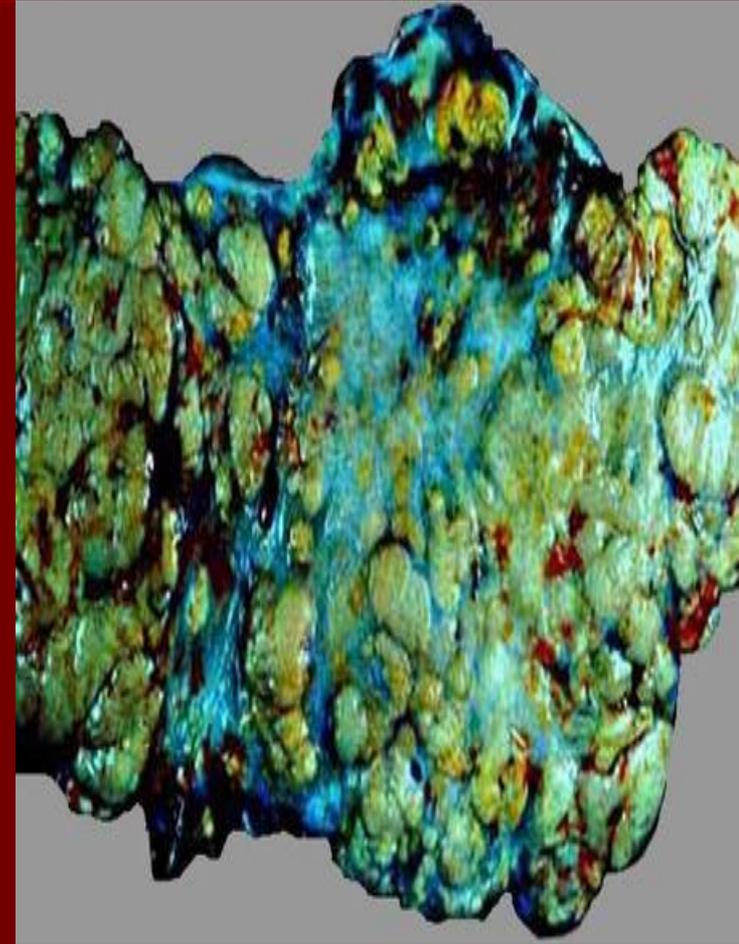


Маскулинизирующие опухоли яичников

- Существует несколько разновидностей маскулинизирующих опухолей. Общим для этих опухолей является то, что они способны вырабатывать в повышенном количестве один из наиболее активных андрогенов тестостерон, который обуславливает маскулинизирующий эффект.
- Клинические проявления маскулинизирующих опухолей характеризуются двумя периодами. Вначале развивается **дефеминизация** (прекращение менструации, бесплодие). В дальнейшем возникает **маскулинизация**: гипотрофия молочных желез, уменьшается подкожная жировая клетчатка, снижается либидо, затем грубеет голос, появляются гипертрофия клитора, рост волос по мужскому типу, начинают расти волосы на лице, а у пожилых женщин происходит облысение.
- Аменорея и гирсутизм являются наиболее частыми симптомами (70-79%). В 50% случаев возникают изменения тембра голоса и увеличивается клитор.
- При влагалищном исследовании пальпируется односторонняя подвижная опухоль, иногда повторяющая форму яичника плотной консистенции.
- В тех случаях, когда опухоли малы по размерам и не пальпируются при бимануальном исследовании, показано определение секреции или экскреции гормонов.

Андробластомы

- Андробластомы составляют 1,5-2% всех опухолей яичников. Андробластома встречается у женщин разного возраста, но чаще всего в возрасте от 20 до 35 лет.
- Все больные предъявляют **жалобы, типичные** для маскулинизирующих опухолей: **вторичная аменорея или редкие, скудные менструации, бесплодие, гирсутизм, увеличение клитора, небольшие боли в низу живота**. Некоторые женщины жалуются на быструю утомляемость и чрезмерную раздражительность.
- Хотя больные и отмечают классическую клиническую картину, большинство из них длительное время лечится по поводу нарушения гормональной функции яичников различными гормональными препаратами.
- При односторонней андробластоме наблюдается атрофия второго яичника и гипоплазия матки.
- Андробластома может сопровождаться гипертонией (у 47% женщин), нарушением углеводного обмена (у 40%), развитием ожирения (у 37%).



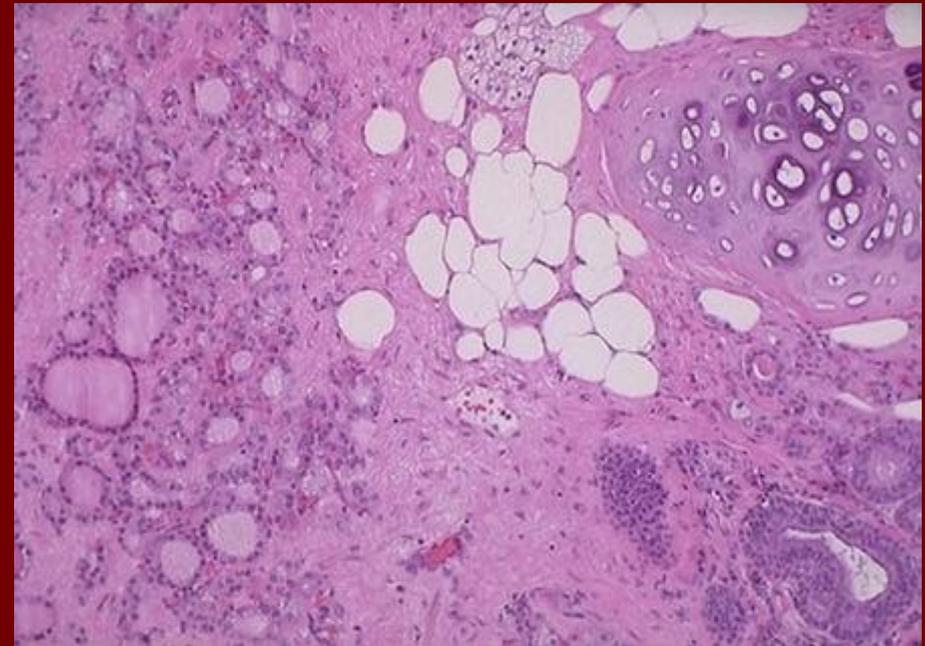
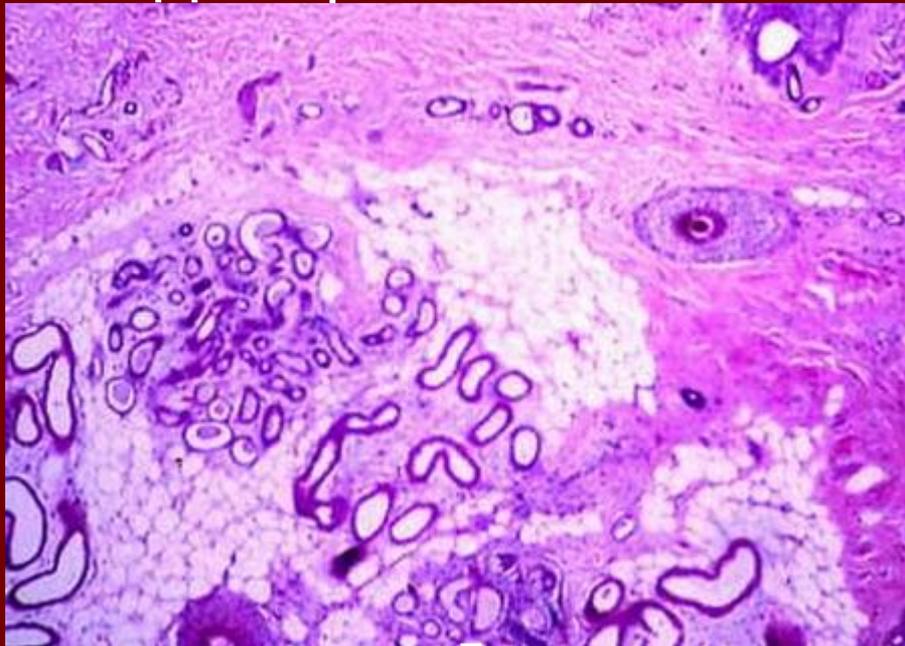
Андробластомы

- При установлении диагноза опухоли, исходящей из яичника, показано ее **оперативное удаление**. Так как больные с андробластомой - это в основном молодые женщины, то достаточно удалить опухоль и затем сформировать яичник из оставшейся здоровой ткани, тем более что опухоль обычно имеет небольшие размеры и хорошо выраженную капсулу.
- Как правило, удается легко провести **консервативную операцию**. У женщин в **климактерическом периоде** и в периоде менопаузы показано **удаление пораженного яичника**. При подозрении на **злокачественный процесс** необходимо проведение **пангистерэктомии с резекцией большого сальника**. Возможно проведение адъювантной химиотерапии
- После удаления опухоли функции организма женщины восстанавливаются в такой же последовательности, в какой развивались симптомы заболевания, хотя огрубение голоса, увеличение клитора и гирсутизм могут сохраниться на всю жизнь. Показатели тестостерона снижаются до нормы.
- Отдаленные результаты после удаления доброкачественных маскулинизирующих опухолей выявили, что менструальная и репродуктивная функции восстанавливаются, и даже возникают беременности, заканчивающиеся нормальными родами в срок.



Герминогенные опухоли яичников

- Тератома (зрелая тератома или дермоидная киста)
- Дисгерминома



Герминогенные опухоли,
микропрепараты

Дермоидные кисты

- Дермоидные кисты встречаются у 26,3% женщин с доброкачественными опухолями.
- Средний возраст больных - 31,6 года, значительно ниже, чем средний возраст больных с другими формами доброкачественных опухолей яичников.
- Среди больных с опухолями яичников, возникшими до появления первых менструаций, встречаются почти исключительно больные с дермоидными кистами яичников, что, вероятно, объясняется их герминогенным происхождением.



Дермоидные кисты

- Опухоль **не обладает гормональной активностью**. Дермоидная киста - наиболее благоприятно протекающая опухоль. При дермоидных кистах менее всего выражен болевой синдром, не бывает асцита, редко встречаются двусторонние опухоли, редко страдает общее состояние.
- Чрезвычайно **редко** в дермоидной кисте яичника возникает **злокачественный рост**.
- Клинические симптомы опухоли обусловлены ее размерами, наличием спаек в брюшной полости и сопутствующими заболеваниями половых органов. **Перекрут ножки опухоли, кровоизлияние в стенку опухоли** и нагноение ее содержимого вызывают симптомы острого живота и **необходимость срочного оперативного вмешательства**.



Дисгерминома

- Злокачественная опухоль, встречающаяся преимущественно в молодом возрасте.
- Часто обнаруживаются симптомы общего и генитального инфантилизма, дизгенезии гонад.
- Двустороннее расположение в 30%.
- Диагностический тест: определение ЛДГ, ХГ, АФП.
- Метастазирует лимфогенно.
- Оперативное лечение.
- Опухоль «рентгентающая».
- Химиотерапия.

- Преимущественно опухоли яичников - это доброкачественные опухоли. По данным разных авторов, они составляют 66,8-90,3% всех новообразований яичников. Поскольку значительная часть злокачественных опухолей этого органа возникает именно в доброкачественных новообразованиях, следует считать, что своевременное распознавание и удаление доброкачественных опухолей половой железы являются действенной профилактикой рака. Но, несмотря на это, во всем мире имеется тенденция к увеличению заболеваемости и смертности от рака яичников. Среди больных с впервые установленным диагнозом на долю III и IV стадии приходится 37,2% и 27%, соответственно.

Метастатические опухоли.

- Следует четко различать доброкачественные опухоли, которые могут малигнизироваться (такой рак называется **вторичным**) и **метастатические**, представляющие собой метастазы экстраовариальных опухолей (эндометрий, молочная железа, желудочно-кишечный тракт). **Первичным** раком называется рак, возникающий de novo.
- **Опухоль Крукенберга**: двусторонняя, чаще больших размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Часто наблюдается асцит. Сам Крукенберг плохо представлял природу опухоли, называя ее фибросаркомой. Современное понимание опухоли как метастаза рака желудка в яичники ведет отсчет от работы К.П.Улезко-Строгановой (1910).

Некоторые обобщения

- гигантские опухоли яичников чаще доброкачественные;
- типичная раковая кахексия нехарактерна;
- злокачественные ГКО опухоли чаще встречаются у молодых;
- синдром Мейгса может быть при фиброме и при текоме;
- опухоль Крукенберга всегда двусторонняя;
- метастазирование при пограничных опухолях имплантационное;
- метастазирование при злокачественных опухолях имплантационное и лимфогенное (23%);
- дисгерминомы и ГКО метастазируют преимущественно лимфогенно;
- эпителиальные ОЯ метастазируют имплантационно;
- СОЭ повышена у 88% больных РЯ.

Заключение

- Активно изучаются режимы современной цитостатической терапии, делаются попытки облучения брюшной полости по методике смешивающихся полос, решаются проблемы оперативного лечения с учетом внедрения современных эндохирургических методик. Затрачиваются огромные усилия и средства. Тем не менее 5-летняя выживаемость у больных РЯ наименьшая в группе раков с эндокринно-метаболическим патогенезом. Почему? Ответ, видимо, кроется опять-таки в клинико-морфологической классификации ОЯ. Одного взгляда на нее достаточно, чтобы поразиться многообразию гистотипов опухолей. Можно скорее говорить о многих опухолях в одном органе, чем о различных вариантах опухолей одного органа.
- Заканчивая краткую характеристику одной из самых трудно поддающихся лечению опухолей с эндокринно-метаболическим патогенезом, мы хотели бы подчеркнуть необходимость изучения ОЯ только совместно с гиперпластическими процессами и раком эндометрия.

Заключение

- Соотношение таких факторов как прогрессивное **увеличение количества населения в России старше 40 лет** и пик заболеваемости эпителиальными опухолями яичников, который приходится на 6-7-ю декаду жизни (при этом **средний возраст женщин, страдающих опухолями яичников, составляет 58 лет**), не вызывает сомнений в необходимости профилактических осмотров женщин в возрасте 50-70 лет.

Заключение

- К сожалению, социальные перемены последних 15 лет негативно отразились на интенсивности и качестве проведения профилактических мероприятий среди женщин всех возрастов и групп, а изменения финансово-правовых взаимоотношений населения с органами здравоохранения привели к общему снижению частоты посещений врача-гинеколога.