

Опухоли яичников. Классификация, диагностика, современные подходы к терапии



ЯИЧНИКИ ПРОИЗВОДНЫЕ 4 ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ:

целомического эпителия

первичных половых клеток

**специализированной стромы половых
желез**

неспецифической мезенхимы

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

ЯИЧНИКОВ

Мезотелиальные опухоли (первично стромальные)

→ Мезотелиальные опухоли (первично эпителиальные)

→ Фиброаденомы

→ Цистаденофибромы

→ Опухоли Бреннера

→ Гранулезоклеточные опухоли

→ Опухоли клеток Сертоли-Лейдига

→ Гонадные стромальные опухоли

ЯИЧНИКОВ

Овариальная неоплазия (мезотелиальная)



Стромальные мезенхимальные опухоли



Фибромы



Фибромиома



Гонадная стромальная опухоль



Саркома

ЯИЧНИКОВ

Овариальная неоплазия (мезотелиальная)

→ *Герминогенные клеточные опухоли*

→ Дисгерминома

→ Тератома

→ Эмбриональные

Экстраэмбриональные

→ Опухоль эндодермального синуса

→ Полиэмбриома

→ Хориокарцинома

→ Гонадобластома

Метастатические опухоли и вторичные малигнизированные (метастатические) опухоли

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

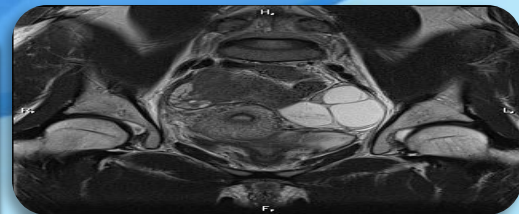
бимануальное исследование

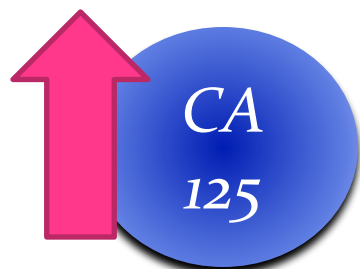


ультразвуковая диагностика



в редких случаях МРТ





опухоль
яичника



Эндометриоз

Воспалительные заболевания

Доброкачественные
заболевания яичников

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

КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ

кистозные образования яичников

Истинные
опухоли

Опухолевидные
образования

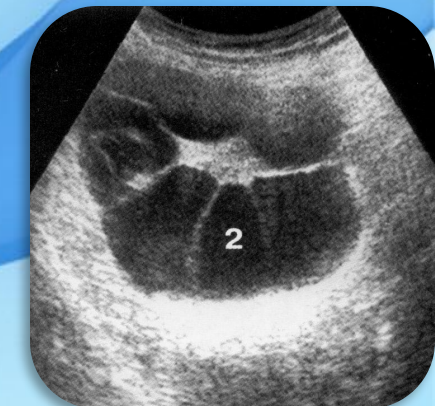
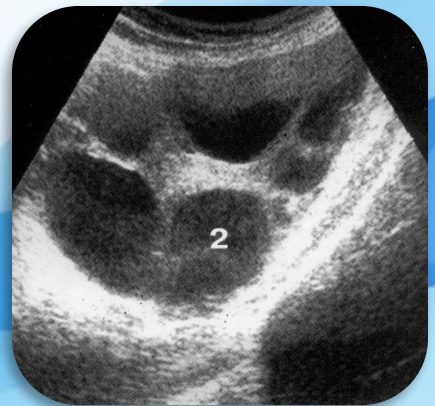
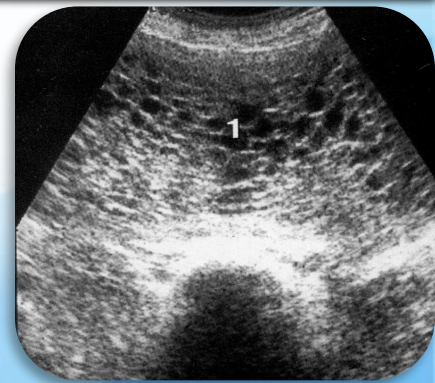
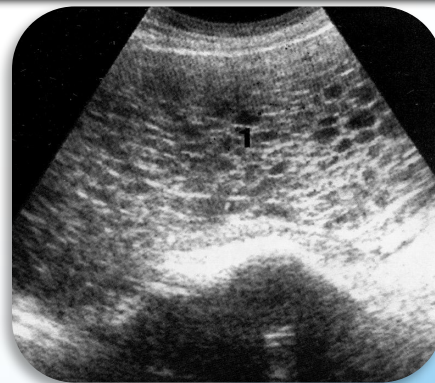
70,9%
Опухолевидных образований
яичников представляют
ретенционные кисты

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

ТЕКАЛЮТЕИНОВЫЕ КИСТЫ

Возникают в репродуктивном возрасте при пузырном заносе и хорион карциноме.

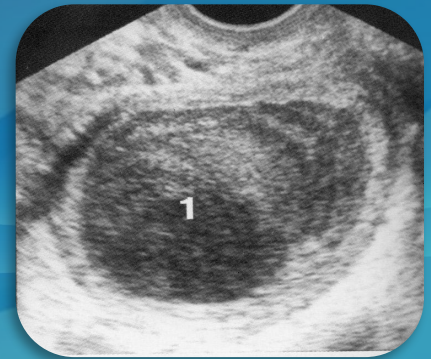
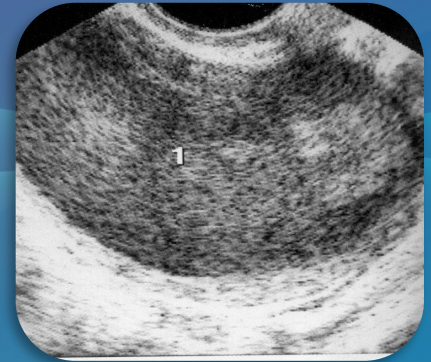
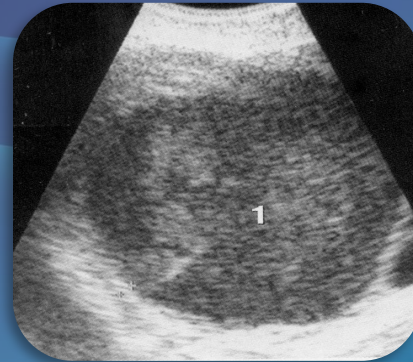
<u>Размер</u>	- 4 - 10 см
<u>Стенка</u>	- гладкая
<u>Капсула</u>	- тонкая
<u>Содержимое</u>	- прозрачное
<u>Динамика</u>	- регрессия после лечения основного заболевания
<u>Клиника</u>	- отсутствует
<u>Тактика</u>	- лечение основного заболевания



ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ

Возникают в репродуктивном возрасте

- Размер - 2,5 - 7 см
- Стенка - неравномерная
- Капсула - толстая
- Содержимое - мелкодисперсная
взвесь
- Динамика - отсутствует
- Клиника - боли, бесплодие
- Тактика - хирургическое
удаление



ТЕРАТОМЫ ЯИЧНИКОВ

Размер

- 2 - 12 см

Стенка

-неоднородная

Капсула

-тонкая

Содержимое

-полиморфное

Динамика

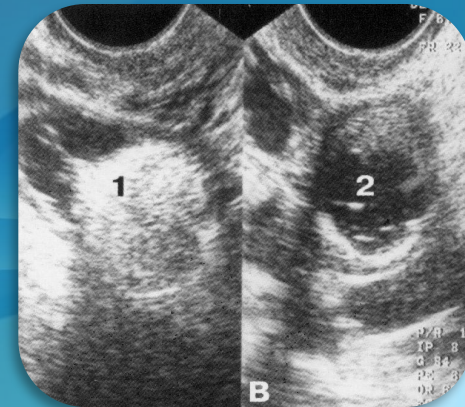
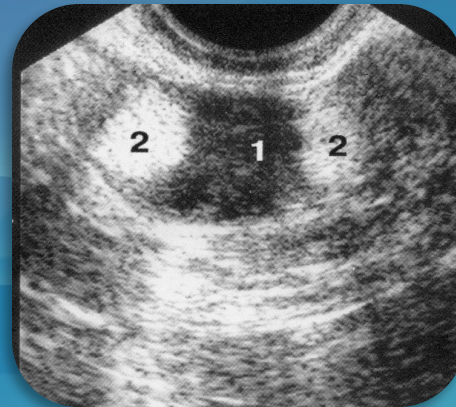
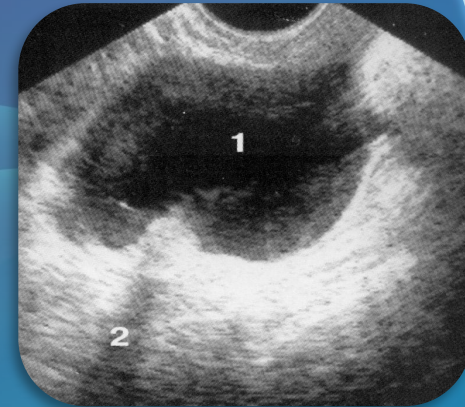
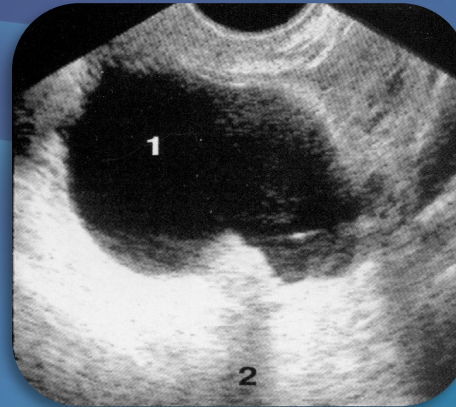
-отсутствует

Клиника

- отсутствует

Тактика

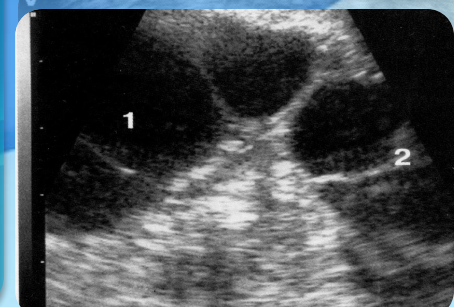
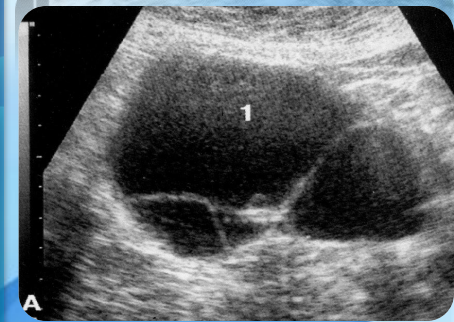
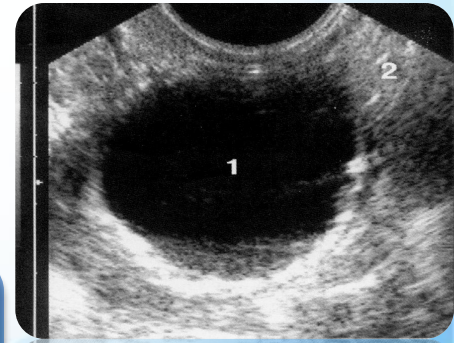
-хирургическое
лечение



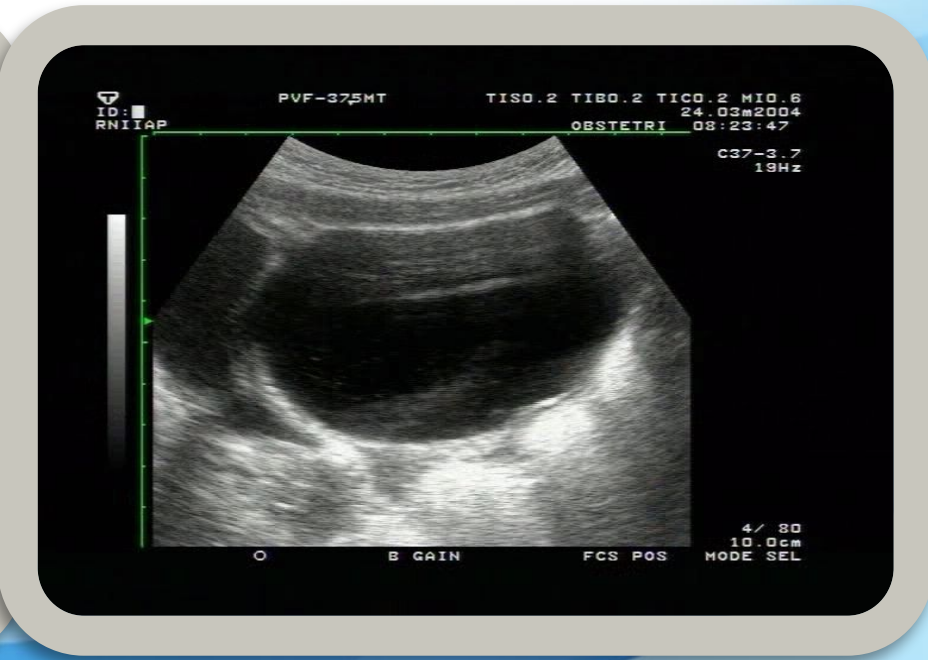
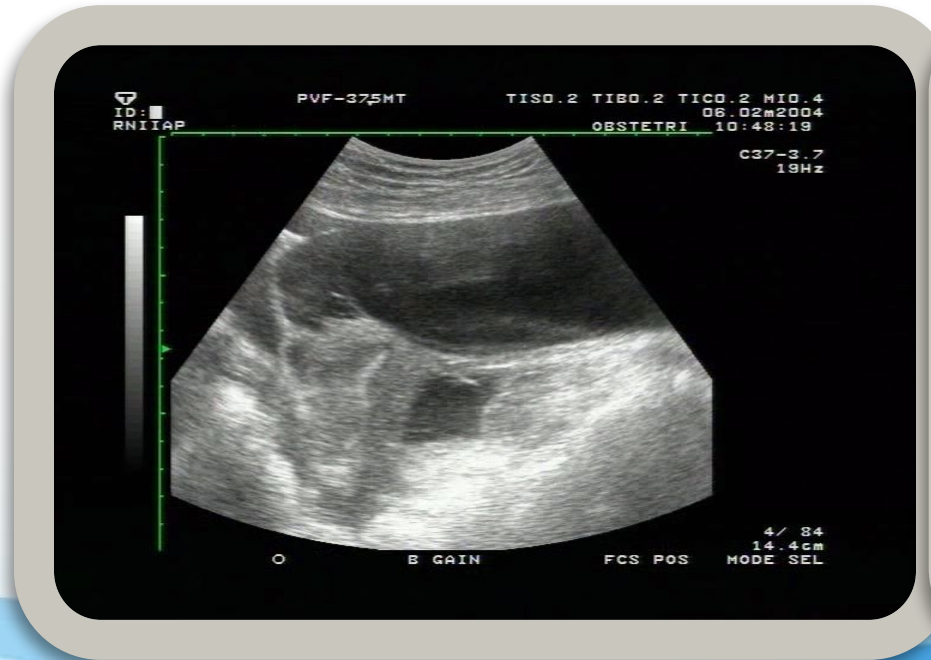
ГЛАДКОСТЕННАЯ СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА

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



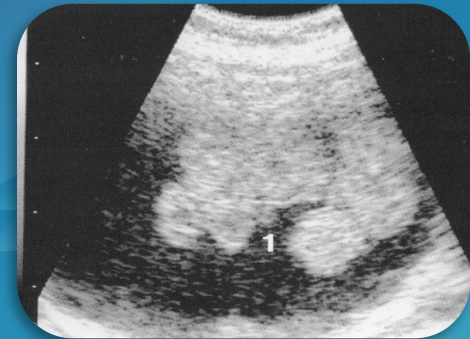
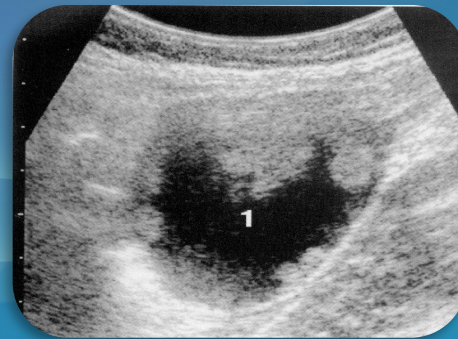
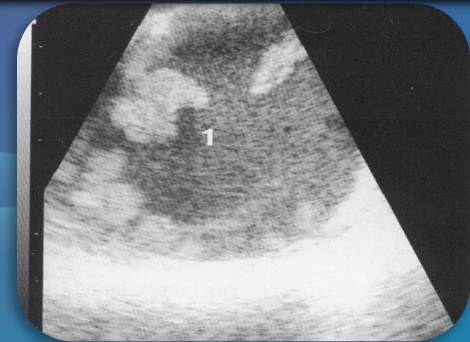
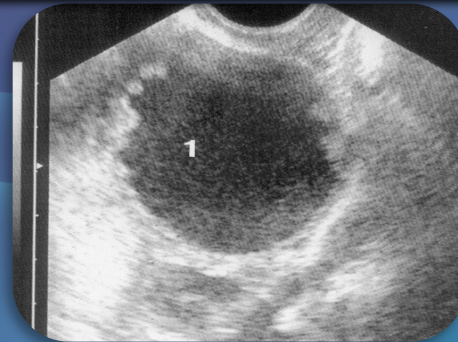
ГЛАДКОСТЕННАЯ СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА



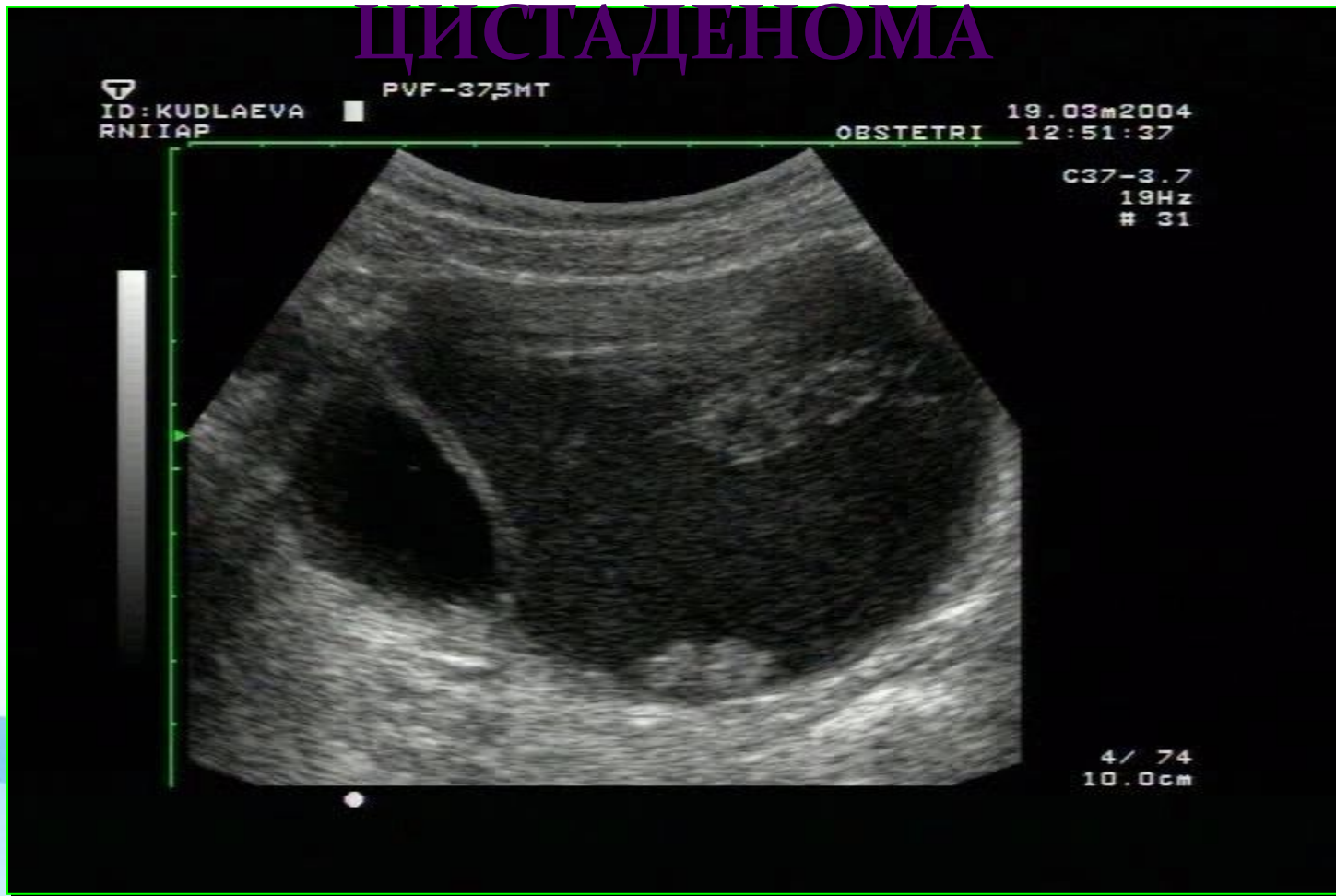
ПАПИЛЛЯРНАЯ СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА

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



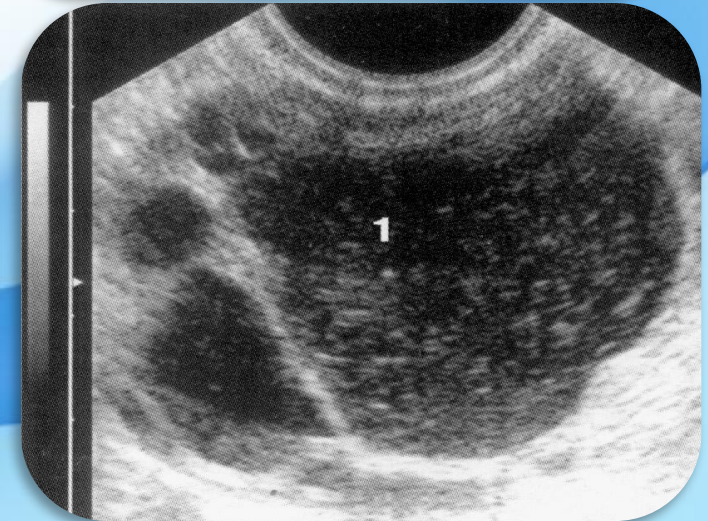
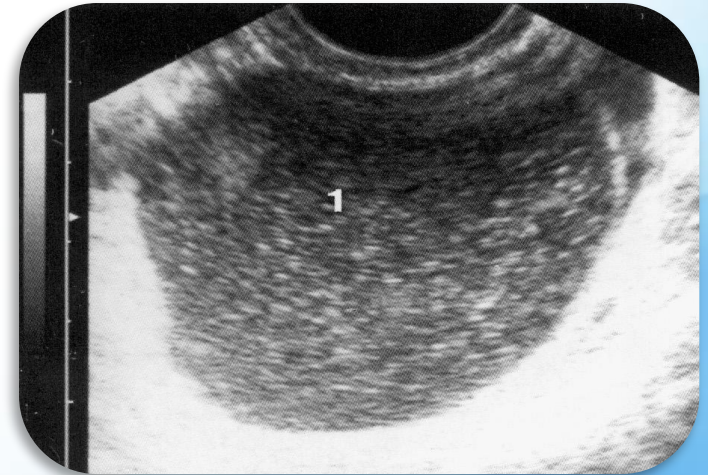
ПАПИЛЛЯРНАЯ СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА



МУЦИНОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА

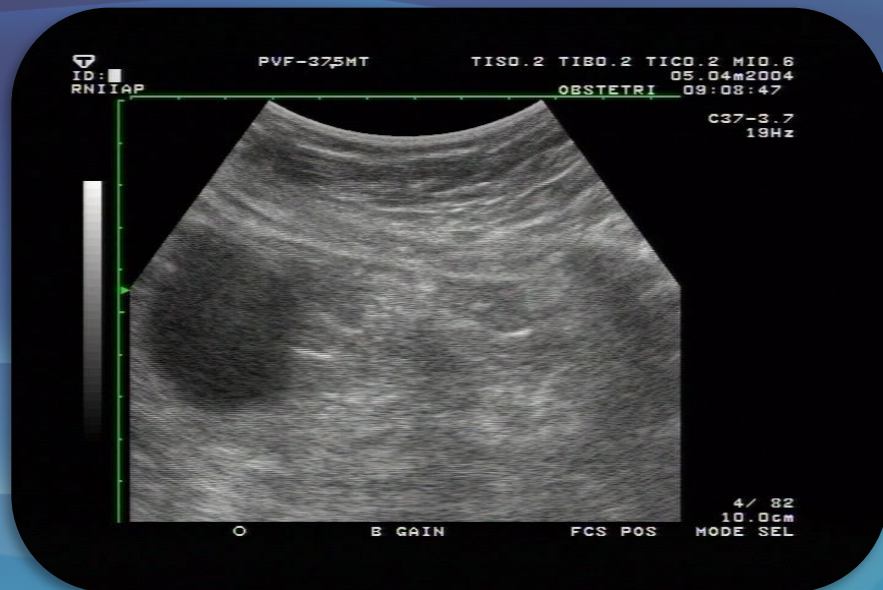
Возникает в репродуктивном возрасте
(30-50 лет)

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



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Фолликулярная киста



Серозная цистаденома

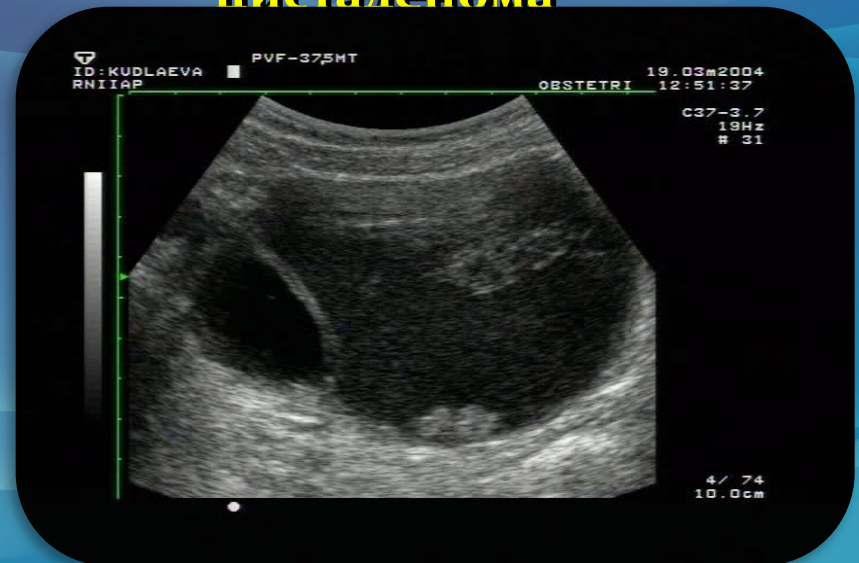


ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

**Киста желтого
тела**

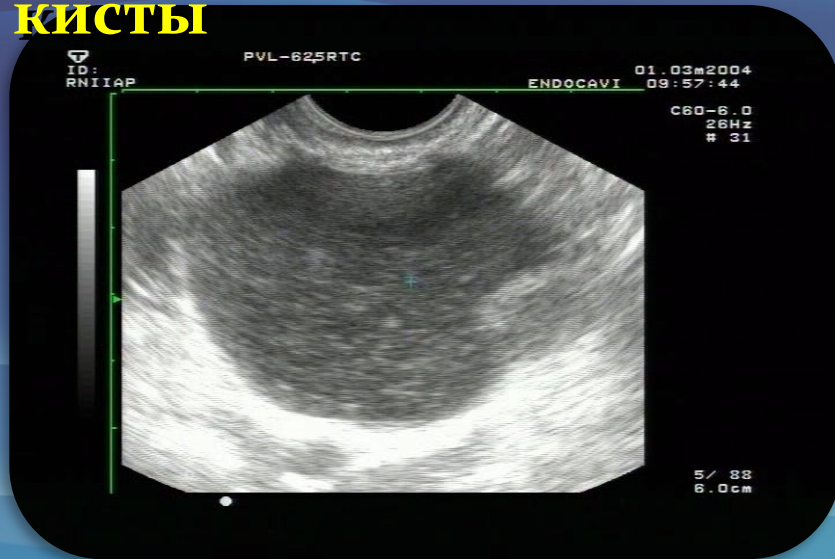


**Папиллярная
цистаденома**

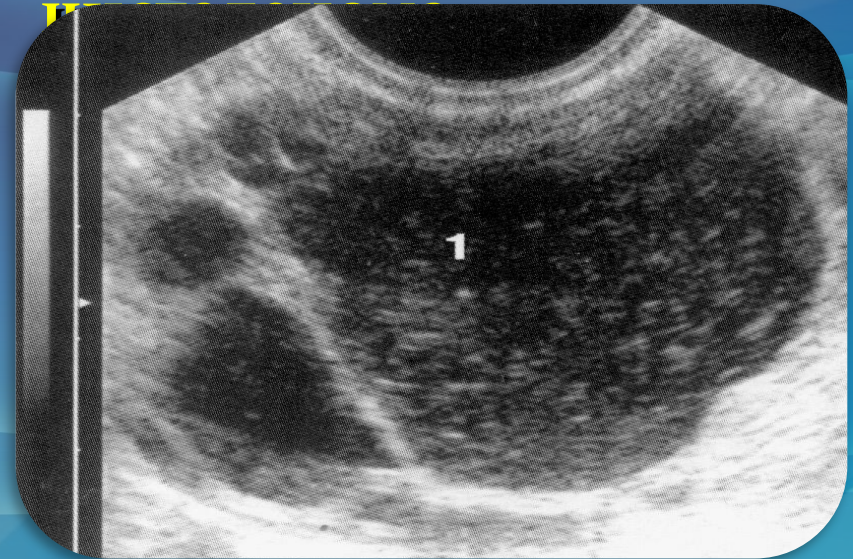


ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Эндометриодные кисты



Муцинозная

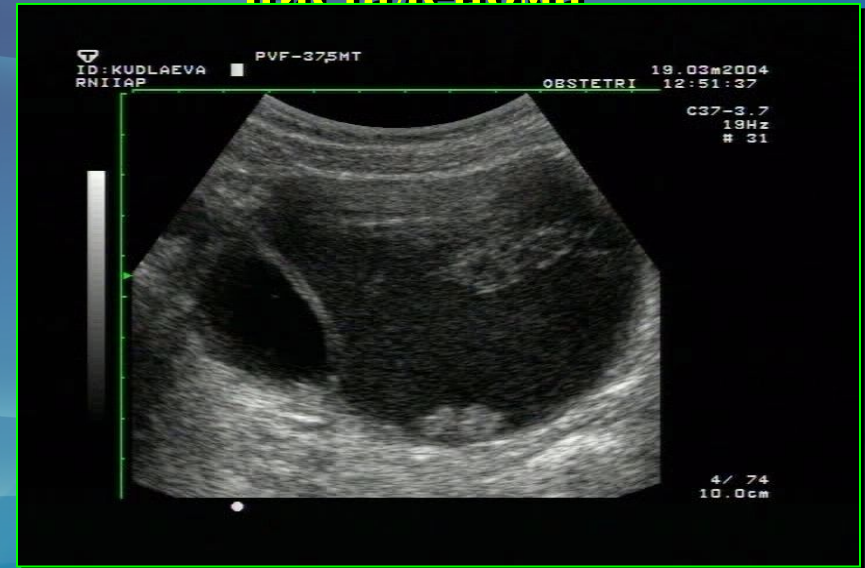


ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Тератомы яичников



Папиллярная цистаденома



ФОЛЛИКУЛЯРНЫЕ КИСТЫ

у молодых менструирующих женщин

Нормальные, преходящие физиологические структуры, возникающие в результате резорбции жидкости из-за нарушения развития фолликула.

Размер: до 8 см, имеют тонкую стенку, содержимое от прозрачного до светло-желтого.

Чаще всего бессимптомные, спонтанно регрессирующие в течение 60 дней.

Осложнения: ненормально длинный или короткий межменструальный интервал, внутрибрюшное кровотечение или подкрута.

КИСТЫ ЖЕЛТОГО ТЕЛА

После овуляции гранулезные клетки подвергаются лютеинизации с образованием желтого тела.

кровотечение в полость желтого тела → геморрагическое тело

Киста - образование более 3 см.

Размеры кисты до 10 см в диаметре(чаще 4 см).

Желтое тело с кровоизлиянием даёт локальную болезненность (особенно при бимануальном исследовании).

Если кровотечение в кисту слишком велико, капсула яичника разрывается с последующим интраперитонеальным

ТЕКАЛЮТЕИНОВЫЕ КИСТЫ

Двусторонние, небольшие и не так часто встречающиеся как кисты желтого тела или фолликулярные.

Ассоциированы:

трофобластической болезнью (пузырным заносом, хориокарциномой),
многоплодной беременностью или беременностью,
осложненной сахарным диабетом или Rh
сенсibilизацией,
поликистозными яичниками или стимуляцией овуляции.

Симптомы :тяжесть внизу живота (даже при 10-20 см).

Осложнения : разрыв с интраперитонеальным
кровотечением и подкрут.

Кисты спонтанно регрессируют без терапии.

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

В 70% случаев доброкачественные, не продуцируют гормоны.

Возникают в возрасте 40 лет.

Предупреждение развития опухолей :

- беременность,
- кормление грудью
- использование оральных контрацептивов

Типы эпителиальных опухолей яичников:

- серозные,
- муцинозные,
- эндометриодные опухоли,
- мезонефромы
- опухоли Бреннера.

СЕРОЗНЫЕ ОПУХОЛИ

Типы серозных опухолей:

- серозные цистаденома,
- цистаденофиброма,
- фиброцистаденома.

Серозные опухоли составляют от 20 до 50% всех
овариальных неоплазм,

Доброкачественные - около 70%

СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА

Часто встречающаяся серозная опухоль, возникает у женщин 30-50 лет.

Вес: 4,5-9 кг.

Диагностика: рутинное исследование, не продуцирует гормоны.

Однокамерные, с желтоватым содержимым, имеют однородную фиброзную капсулу.

Позже - многокамерные с папиллярными разрастаниями на обеих поверхностях наружной и внутренней.

Малигнизация не может быть установлена визуальным осмотром.

Лечение как доброкачественных, так и злокачественных опухолей хирургическое согласно данным осмотра во время операции.

ФИБРОЦИСТАДЕНОМА

Доброкачественные опухоли, определяемые в 40-60 лет.

Субдоминантно представлены стромальным компонентом с различными эпителиальными компонентами в кисте.

Фиброцистаденома односторонняя (только в 20-25% двусторонняя), до 30 см в диаметре, бессимптомная.

В редких случаях гормонопродуцирующие опухоли вызывают феминизацию.

Лечение оперативное.

У пременопаузальных женщин удаления одностороннее придатков и инспекции контрлатерального яичника достаточно.

В постменопаузе выполняется гистерэктомия с двусторонней сальпингоовариоэктомией.

МУЦИНОЗНЫЕ КИСТЫ

15-25% всех овариальных неоплазм и около 6-10% овариального рака.
В 8-10% двусторонние.

Огромные (до 70 кг),
в среднем (16-17 см в диаметре).

Встречаются в— 10-30 и 40 лет.

Бессимптомные, многокамерные, с низкой вероятностью
малигнизации.

Имплантация по брюшине муцинозных клеток после прорастания
или разрыва опухоли способствует аккумуляции муцина,
известной как перитонеальная псевдомиксома (муцинозный
перитонит).

Осложнения: множественная обструкция кишечника.

Летальность - 50%.

Лечение - удаление придатков с одной стороны (опухоль не
двусторонняя и отсутствуют признаки малигнизации)

ОПУХОЛИ

Доброкачественные эндометриодные неоплазмы имеют чрезвычайное сходство с эндометриозом.

Эндометриальные неоплазмы из клеток, сходных с клетками эндометрия, но не имеют эндометриальной стромы и не проявляют инвазивных характеристик диссеминированного эндометриоза.

Составляют 5%

Способность к озлокачествлению (20% всех карцином).

ОПУХОЛЬ БРЕННЕРА

2-3% всех опухолей яичника,

в 1-2% озлокачивается,

в 2% в сочетании с муцинозной цистаденомой или доброкачественной тератомой в том же яичнике или контрлатеральном.

У женщин 40-80 лет (в среднем 60 лет).

Размер- 20 см в диаметре,

Односторонние (5-15% двусторонние).

10-15% ассоциированы с эндометриальными гиперплазиями.
(однородные, серо-белого цвета, солидные опухоли)

Состав —

- ткани типа фибромы яичников
- тяжей, островков и кист эпителиального характера

МЕЗОНЕФРОМЫ

Состоят из разрозненных богатых гликогеном псевдогломерулярных клеток, сгруппированных как клубочек.

Мультифокальные

85% у 40-летних женщин.

Около 30% опухолей малигнизированы.

Односторонние, инкапсулированные, серовато-коричневые, с гладкой поверхностью, имеющие солидное или кистозное строение.

Иногда вся опухоль имеет строение толстостенной однокамерной кисты с узлами солидного строения, выступающими в полость кисты.

Часто крошащаяся ткань и водянистая серозная жидкость заполняют камеры и тканевое пространство опухоли.

Возможны участки дегенерации кисты и даже геморрагической транссудации.

Большинство опухолей 10-20 см в диаметре. Распространение вне яичника случается позднее, причем в двух третьих случаев сохраняет односторонний характер. Известны два основных гистологических типа опухоли: полусолидное светло-клеточное строение либо аденопапиллярный тип с группами выступающих, торчащих по типу «обойного гвоздя» эпителиальных клеток, заполняющих концевые пространства. Клетки опухоли могут быть мезотелиальными, секреторными, реснитчатыми или смешанными без митотической активности. Лечение заключается в тотальной абдоминальной гистерэктомии, билатеральной сальпигоофорэктомии.

ОПУХОЛИ

Развиваются из овариальных половых клеток и составляют 20-25% всех опухолей яичника.

У молодых женщин.

Почти 60% овариальных неоплазм у подростков и детей.

Почти все опухоли в этой категории - это доброкачественные тератомы.

ТЕРАТОМЫ

Опухоли, представленные продуктами дифференцировки одного или более и даже всех трех эмбриональных листков: эктодермы, мезодермы или эндодермы.

Доброкачественные или злокачественные.

Тератомы делятся согласно преобладающему тканевому типу и конфигурации (солидная или кистозная). Зубы, волосы, кожа, мышцы, кости, хрящи легко распознаются при осмотре содержимого опухоли.

Бессимптомные до развития осложнений, как то разрыв, подкрут, перитонит.

- Правый яичник поражается чаще, чем левый.
- Расположение в 85% одностороннее, в 15% двустороннее.
- Опухоль одиночная, но описано до 11 тератом в одном яичнике.
- Доброкачественные тератомы до 500 грамм и более.
- Отличительной особенностью положение кпереди и выше от матки (симптом Кустнера)
- Чаще опухоли бессимптомные, боль вызывает подкрут кисты.
- Разрыв капсулы - перитонит.
- Удаление содержимого опухоли с осторожностью (во избежание попадания содержимого опухоли в брюшную полость), обязательно - ревизия второго яичника.
- 1% всех опухолей яичника составляет малигнизированная тератома,
- Но по частоте встречаемости злокачественных герминогенных опухолей занимает второе место после дисгерминомы.

ТЯЖА

6% всех неоплазм яичника

Степенью гормональной активности — от низкой (у фиброаденом и цистаденофибром) до высокой (гранулезоклеточные опухоли, опухоли из клеток Сертоли-Лейдига, гонадные стромальные опухоли).

Могут иметь мужскую или женскую дифференцировку

- с избытком эстрогенов гранулезоклеточные,
- текаклеточные,
- с фибробластными стромальными элементами,
- с избытком андрогенов — из клеток Сертоли-Лейдига

ОПУХОЛЬ

В любой возрастной группе.

У 5% пациентов может быть до менархе (чаще в возрасте 9 лет).

У менструирующих женщин на фоне нарушения менструального цикла (развитие аменореи и симптомов избытка эстрогенов)

Тоническое повышение уровня эстрогенов –
подавляется овуляция,
развивается гиперплазия эндометрия (до карциномы
эндометрия)

Желто-оранжевые до 15 см в диаметре. Некоторые могут
быть микроскопическими.

ЛЕЙДИГА

Из мезодермальной «мезенхимы» закладки гонад.

Располагаются в области ворот яичников.

Редко встречаются, преимущественно в репродуктивном возрасте.

Вызывают гирсутизм и маскулинизацию у каждой третьей пациентки.

Крайне редко они продуцируют эстрогены.

Односторонние, маленькие солидные опухоли с гладкой капсулой. Цвет варьируется, но в большинстве случаев желтовато-коричневый.

Необходимо исследование кариотипа для исключения наличия Y хромосомы.

ФИБРОМЫ И ТЕКОМЫ

В 4% опухолей яичников и включают в себя

- фибромы,
- фибротекомы
- текомы.

Фиброма — наиболее часто встречаемая опухоль, имеет тенденцию к преобразованию в текому.

Гормонально неактивные.

В возрасте 40-60 лет.

Часть опухоли представлена функциональным компонентом (клетки теки) - появление признаков эстрогенной стимуляции.

Односторонние, серовато-белые, неинкапсулированные, круглые.

В постменопаузальном периоде рекомендуется расширить объем оперативного вмешательства до гистерэктомии и билатеральной аднексэктомии.

ГОНАД

хорошо дифференцированные (опухоли Пика),
средней дифференцировки
саркоматоидные стромальные опухоли.

Феминизирующие, односторонние (двусторонние в 5%),
редко прогрессирующие в малигнизированные (10%).

Пациенты молодого возраста (опухоли зарегистрированы
у пациентов всех возрастов)

Объем оперативного лечения - сохранение матки и
второго яичника, если только не выявлены Y хромосома
в кариотипе.

ОПУХОЛИ ХИЛЮСНЫХ КЛЕТОК

Вирилизующие опухоли яичников, приводящие к

- гирсутизму,
- алопеции,
- увеличению клитора
- к снижению тембра голоса у женщин

в перименопаузальном периоде и ранней менопаузе.

Может развиваться гиперплазия эндометрия.

Коричневая или желтоватая, односторонняя, 4-5 см в диаметре.

Оперативное лечение - удаление опухоли.

Прогноз благоприятный

ГОНАДОБЛАСТОМА

редко встречающаяся опухоль с элементами половых клеток (подобная дисгерминоме) и стромальных клеток яичников (незрелыми гранулезными клетками и клетками Сертоли).

Чаще развивается при женском фенотипе и наличии Y хромосомы.

Необходимо удаление яичников.

Большинство пациентов имеют женские фенотип и генотип, однако необходимо кариотипирование для исключения наличия Y хромосомы.

РЕЗЕКЦИИ ЯИЧНИКОВ

1. Вызывает нарушение регионарного кровообращения, снижение кровотока, ведущее к изменению метаболизма на локальном уровне (Р. Janson, J. Janson, 1977).

2. Является прогностически неблагоприятным фактором при лечении больных бесплодием

3. Снижает фолликулогенез (Корсак В.С., Парусов В.Н., Кирсанов А.А., Исакова Э.В., 1996).

По данным Doret M., Raudrant D. (2001)
из всех операций по поводу образований в яичниках
11,45 %
~~выполнено по поводу функциональных кист.~~

При этом в **72,2 %** оперативного вмешательства можно
было избежать. По мнению авторов, невозможно
свести
к **0** операции по поводу функциональных кист, однако
этот
процент не должен превышать **30 %**.

ТРЕХЭТАПНОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОПЯ

В.Н. Серов и Л.И. Кудрявцева (1999)

- **динамическое наблюдение**
- **применение гормональных препаратов и противовоспалительная терапия**
- **пункция образований**

Неэффективность гормональной и противовоспалительной терапии - 82,2%

Показания к аспирационному дренированию кист яичников

М.В.Медведев и Н.А.Алтынник (2000)

- диаметр образования 3 см и более;
- наличие болей в низу живота;
- нарушение менструальной функции;
- персистенция кисты более 2 месяцев;
- повторные лапаротомии по поводу кист яичников в анамнезе;
- возраст пациентки до 40 лет.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЕ АГЕНТЫ

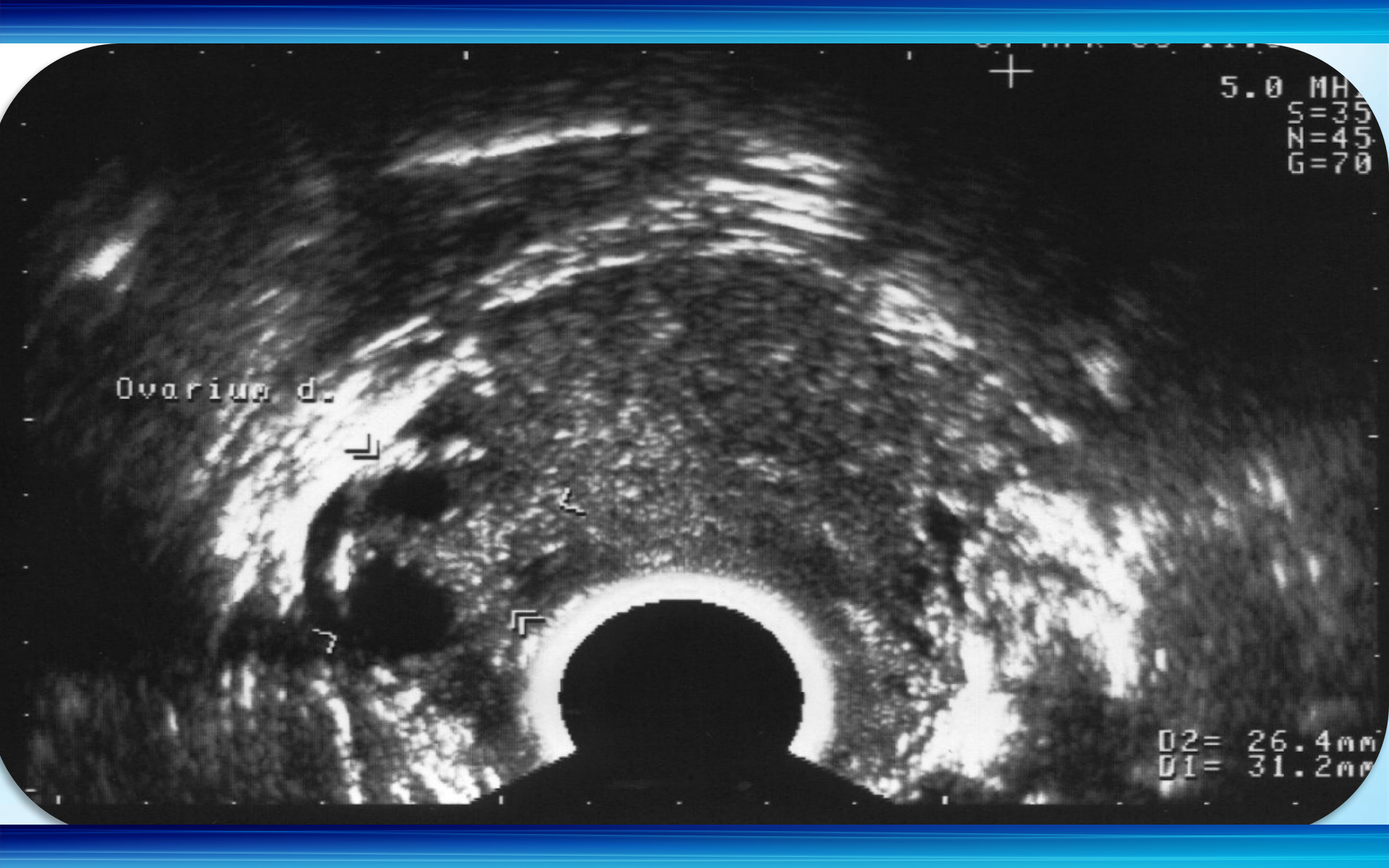
- фенол,
- тетрациклин,
- ethanolamine oleate,
- polidacanol

5.0 MHz
S=3
N=45
G=70

Cyst Ovarian d.

UTERUS





Ovarian d.

5.0 MHz
S=35
N=45
G=70

D2= 26.4mm
D1= 31.2mm



ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОВАРИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Размер кисты более 5 см, персистирующей после 8 недель наблюдения и/или лечения контрацептивами

Любые опухоли до менархе

Любые опухоли в менопаузе

Солидные опухоли в любом возрасте

Размер кисты более 8 см в диаметре

При развитии болевого синдрома всегда показано оперативное лечение



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**