

Лекция 5

Тема: Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.

Цель лекции: ознакомить студентов с наиболее часто встречающимися опухолями яичников, ее разновидностями и тактикой ведения.

Задачи:

- Указать на основные этиологические моменты развития опухолей яичников
- Ознакомить студентов с различными видами опухолей яичников
- Определить основные диагностические и тактические принципы ведения больных с опухолями яичников
- Уделить внимание на осложнениях опухолей яичников
- Указать принципы профилактики и реабилитации больных с опухолями яичников

План лекции

1. Основные причины развития опухолей яичников, профилактика заболевания.
2. Классификация опухолей яичников и ее клинические симптомы
3. Диагностика и лечение

Содержание лекции

Опухоли яичников занимают одно из первых мест среди новообразований женских половых органов.

Доброкачественные опухоли яичников встречаются в любом возрасте женщины, но с увеличением возраста меняется отношение частоты выявления доброкачественных и злокачественных опухолей.

Следует отметить, что преморбидным фоном для развития опухолей яичников является высокий инфекционный индекс перенесенных в детстве заболеваний, воспалительных заболеваний придатков матки, экстрагенитальных заболеваний, нарушения функции ГГЯС, проявляющиеся нарушением менструальной функции, высоким процентом бесплодия, поздним наступлением менархе или менопаузой. В анамнезе больных с опухолями яичников –гиперпластические процессы эндометрия, миомы матки, дисгормональные заболевания молочных желез. В последние годы появляются данные об участии иммунной системы в развитии опухолей яичников.

Опухоли яичников весьма разнообразны, так как, они развиваются из всех элементов яичников: эпителиальной, соединительно-тканые, гормонально-активные и элементов яйцеклетки и др.

Клинические проявления опухолей яичников весьма разнообразны, но самым доминирующим является болевой симптом который отмечается у 70% больных. Боли внизу живота с иррадиацией в поясничную область, прямую кишку. Второй симптом это нарушение менструального цикла типа гипermenструального синдрома или ациклического кровотечения. Частота бесплодия при данном заболевании составляет от 8 до 33%.

Добропачественные опухоли яичников наблюдаются в различные возрастные периоды жизни женщины и составляют 6-8% всех гинекологических заболеваний.

Этиология и патогенез опухолей яичников изучен недостаточно, несмотря на значительное количество литературных сведений. Согласно современным представлениям, в патогенезе и этиологии опухолей яичников большое значение имеют нарушения гипоталамо-гипофизарно-яичниковой регуляции, а также угнетение и подавление клеточного иммунитета.

Жалобы у женщины с опухолями яичников чаще всего на бесплодие, гормональные нарушения, хронические воспалительные процессы придатков матки.

Существует более 15 различных классификаций опухолей яичников. Наиболее приемлемая из них – Международная классификация опухолей яичников. Она основана на гистологическом строении опухоли. Однако эта классификация является громоздкой и в нее включены воспалительные опухоли, кисты и эндометриозы.

Для определения стадии распространения опухолевого процесса применяется классификация противоракового конгресса Международной федерации акушеров и гинекологов (1964). Однако для практического пользования удобной является классификация по Фигурному К.М. и Макарову Р.Р. (1969). По этой классификации все опухоли и опухолевидные образования делятся на 4 группы: 1) небластоматозные или ретенционные кисты, 2) бластоматозные пролиферирующие или истинные опухоли яичников (кистомы), 3) гормонопродуцирующие опухоли, 4) отдельные виды опухолей яичников и опухолевидные образования.

К I группе – небластоматозных образований или ретенционных кист яичников относятся: фолликулярные кисты, кисты желтого тела, тека-лютеиновые кисты, эндометриоидные кисты. В дальнейшем дается краткая характеристика каждого из этих образований.

Кисты фолликулярные небольшого размера от 1,5-2 см до 10 см в диаметре, гладкостенные и тонкостенные образования, однокамерные. Этиология этих кист – гормональные нарушения или воспалительные процессы придатков. Фолликулярные кисты чаще встречаются в молодом возрасте – от 20 до 40 лет, они бывают при миомах матки, воспалениях придатков матки, внутреннем эндометриозе, полипах слизистой оболочки тела и шейки матки. В 8% случаях отмечается нарушение менструальной функции, связанное с фолликулярными кистами, в 54% отмечаются боли.

Кисты желтого тела составляют 2,72% по отношению к кистозным опухолям и образованиям яичника. Этиология их такая же, как и у фолликулярных кист – воспалительная и гормональная. Стенка кисты желтого тела более толстая, чем фолликулярной кисты, размером от 2 до 10-18 см. В каждой кисте желтого тела имеются 2 типа клеток: лютеиновые и тека-лютеиновые.

Для кист желтого тела характерно: аменорея от 3 нед. до 3 мес., затем кровотечение. Могут быть признаки беременности: тошнота, нагрубание

молочных желез, молозиво. Кисты желтого тела сопровождаются болями внизу живота. Осложнением может быть кровоизлияние в кисту, что может повлечь за собой разрыв кисты.

Тека-лютеиновые кисты. Этиология их гормонально-избыточная продукция гонадотропных гормонов гипофиза или чрезмерное образование хориального гонадотропина. Они часто бывают при беременности, пузирном заносе, хорионэпителиоме. Они могут быть от 8 до 30 см в размере, подвергаются обратному развитию, не требуют оперативного вмешательства.

Тека – лютеиновые кисты – всегда двусторонние образования. Реакция Ашгейм-Цондека всегда положительная. После ликвидации нормальной или патологической беременности они подвергаются обратному развитию в течение 1-2 мес. Если титр реакции Ашгейм-Цондека не снижается, а кисты не рассасываются следует думать о перерождении и возникновении метастазирования хорионэпителомы.

Осложнением может быть кровоизлияние в кисту с разрывом капсулы или нагноением.

Во II группу опухолей яичников входят цилиарные и псевдомуцинозные кистомы.

Цилиарные кистомы. Они характеризуются тем, что имеют эпителий, сходный с эпителием маточных труб. Цилиарные образования составляют от 15 до 59% истинных опухолей яичников, в среднем они составляют 26,3% от опухолей яичников.

Основная теория происхождения цилиарных кистом по Глазунову М.Ф. (1962), высказанная в монографии – возможность их происхождения из покровного эпителия яичников,rudиментов, окружающих яичник и их сместившихся участков трубного и маточного эпителия.

Выделяются 2 основные формы цилиарных опухолей:

1. Гладкостенные кистомы.
2. Папиллярные кистомы.

Гладкостенные кистомы или простые по отношению ко всем цилиарным образованиям встречаются от 48% до 76%. Они составляют 11% опухолей яичников и 45% всех цилиарных опухолей. Они имеют шаровидную и овощную форму и гладкую блестящую поверхность. В 31% случаев обнаруживается воспалительный процесс и спайки. Размеры их бывают от 2 до 30 см, чаще они однокамерные, реже многокамерные. Содержимое – прозрачная светлая жидкость. При перекруте ножки кистомы и кровоизлияния содержимое может быть темного цвета. Внутренняя поверхность выстлана цилиндрическим эпителием и кубическим эпителием, который становится таким от давления содержимого, иногда эпителий атрофичен.

Клиника гладкостенной цилиарной кистомы. Интралигаментарное расположение наблюдается от 9 до 21%. В 24,1% наблюдается миома матки. Средний возраст женщин – 43,1 год. Жалобы на боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, редко асцит. Озлокачествление наблюдается от 9,4 до 18,7%.

Папиллярные кистомы могут быть грубососочковыми и мягкососочковыми.

Грубососочковые кистомы отмечаются в 13,8% случаев цилиоэпителиальных новообразований яичников. На внутренней поверхности этих кистом имеются плотные неветвистые опухоли. Сосочковые выросты имеют вид мелких зерен или бляшек. Микроскопически сосочковые выросты состоят из соединительной ткани и покрыты эпителием трубно-маточного типа. Чаще эти кистомы однокамерные, реже многокамерные.

Грубососочковые кистомы. Средний возраст 45,7 лет. Часто двусторонние. Сопутствует миома матки в 17%. Жалобы те же, в основном зависят от сопутствующих заболеваний. Операция – овариоэктомия или резекция яичника. Опухоль доброкачественная. Папиллярные кистомы. Средний возраст – 35-50 лет. Нередко сопровождается бесплодием.

Наиболее типичным признаком является: двустороннее поражение яичников, интралигаментарное расположение опухоли в 17,5%, наличие асцита и папиллярных разрастаний в брюшной полости. В результате интралигаментарного расположения опухоли чаще наблюдаются боли, чем при псевдомуцинозных кистомах. На ранних стадиях они протекают бессимптомно. Асцит при папиллярных кистомах отмечается в 13%. Миома матки при папиллярной кистоме отмечалась в 22,1%. Осложнения – перекрут ножки, разрыв кистомы, перитонит, озлокачествление.

Папиллярные кистомы мягкососочковые. Они составляют 34,2% цилиоэпителиальных образований и 7,5% всех опухолей яичника. Папиллярные мягкососочковые кистомы в отличие от грубососочковых характеризуются ветвистыми сосочковыми разрастаниями, которые могут располагаться изолированными образованиями, иногда распространяясь на большую поверхность. В 25,4% папиллярные разрастания наблюдались на наружной поверхности кистом. Размеры их бывают от 1,5 до 20 см. Чаще они однокамерные (61,1%), реже двухкамерные (9%) и многокамерные (29,9%). Содержимое может быть мутное, гноевидное из-за дистрофических процессов распада, геморрагическое – из-за нарушения кровоснабжения. Часто именно эти кистомы имеют злокачественное перерождение.

Псевдомуцинозные кистомы. Разделение кистом на псевдомуцинозные и цилиоэпителиальные по их содержимому предложено Пфаненштилем.

Псевдомуцинозные кистомы встречаются в 18,1%, цилиоэпителиальные – в 36%. Псевдомуцинозные кистомы выстланы высокоцилиндрическим эпителием, который выделяет псевдомуцин. Чаще эти кистомы встречаются в 36-60 лет. Величина псевдомуцинозных кистом может доходить до гигантских размеров. Чаще (91,1%) они многокамерные. Бывают весом до 15-30 – 58 кг, описан случай кистомы в 129,6 кг. Псевдомуцин – гликопротеид. Частота развития рака в псевдомуцинозных кистомах наблюдается от 5,6 до 17,2%.

Папиллярные псевдомуцинозные кистомы бывают многокамерные. На внутренней поверхности имеются разрастания.

Псевдомиксома яичника и брюшины. Псевдомиксома – образование округлой и овальной формы дольчатой поверхности, достигают очень больших размеров, многокамерная. Капсула очень тонкая, прозрачная, хрупкая. Содержимое – густая студневидная масса типа коллоида, которая пропитывает стенку и разрушает ее целостность. Тонкостенность, склонность к разрыву и густое содержимое отличают псевдомиксому яичника от обычных псевдомуцинозных кист. Попадание в брюшную полость студенистых масс приводит к развитию псевдомиксомы брюшины. В таких случаях при операции брюшная полость вся заполнена желеобразными массами в виде отдельных кист, плотно прикрепленных к париетальному и висцеральному листкам брюшины. Коллоидные массы могут находиться не только свободно в брюшной полости, но и пропитывать другие органы, например, сальник. Эпителий псевдомиксом разнообразен: от кубического до цилиндрического и бакаловидного.

Клиника псевдомуцинозных кистом. Гладкостенные псевдомуцинозные кистомы составляют 82% от всех псевдомуцинозных кистом. Чаще встречаются после 40 лет, в возрасте 45-55 лет, т.е. в период угасания функции яичников.

Бесплодие отмечается у 11,9%, сопутствующий хронический сальпингит встречается в 6,7%. Редко они бывают двусторонними – 4,3%, чаще поражают один из яичников. Вначале псевдомуцинозные кистомы протекают без жалоб. Среди жалоб чаще отмечаются боли внизу живота: тупые, ноющие, тянувшие, боли в пояснице, общая слабость, похудание, одышка, запоры, расстройства мочеиспускания. Как правило, псевдомуцинозные кистомы имеют ножку. Интрапигментарное расположение отмечено редко в 5,1%. В 24,4% образуются сращения кистом с соседними органами.

В 20% обнаруживается перекрут ножки кистомы.

Папиллярные псевдомуцинозные кистомы встречаются у женщин пожилого возраста, часто после наступления менопаузы.

Симптомы такие же как и у гладкостенных псевдомуцинозных кистом. Прогноз благоприятный, злокачествление очень редко.

Псевдомиксома. Встречается редко (0,8%), в сравнительно пожилом возрасте. Псевдомиксома поражает оба яичника, очень часто спаивается с окружающими органами и сопровождается возникновением асцита. Псевдомиксома отличается повышенной склонностью к разрыву. Диагностика псевдомиксомы очень затруднена. Еще труднее диагностировать псевдомиксому брюшины. При этом могут быть явления разлитого перитонита. Прогноз псевдомиксомы неблагоприятный. Эта опухоль на грани между доброкачественной и злокачественной. При излитии псевдомиксомы в брюшную полость следует удалять оба яичника, т.к. опухоль через 1-5 лет рецидивирует. Кроме оперативного лечения применяется рентгенотерапия, нередко больные погибают от истощения при неоднократных оперативных вмешательствах.

ДИАГНОСТИКА КИСТ И КИСТОМ ЯИЧНИКОВ.

Цилиоэпителиальная кистома чаще двухсторонняя, интралигаментарная, гладкая поверхность, тугоэластической консистенции, с ровной поверхностью.

Псевдомуциозная – с плотной капсулой, неровная, бугстая за счет многокамерности.

Дифференциальный диагноз проводится с воспалением придатков матки, туберкулезом придатков, миомой матки, раком яичников.

Диагноз кистомы ставится на основании:

1. Бимануального исследования.
2. Рентгенографии органов малого таза (обзорная и в условиях пневмоперитонеума).
3. Эндоскопических методов исследования – лапароскопия или кульдоскопия.
4. Ультразвукового исследования.

ЛЕЧЕНИЯ КИСТ И КИСТОМ ЯИЧНИКОВ.

Если кистозное образование через 2-3 мес. не рассасывается после противовоспалительной терапии, то следует оперировать. При кисте яичника производится консервативная операция. При опухолях яичников – радикальная: удаление яичника или придатков.

Единственно правильной тактикой при образовании в области придатков следует считать оперативное лечение, которое предупреждает озлакачествление кистом и удаление злокачественных новообразований в раннем периоде населения. Объем операции следует решать индивидуально, в зависимости от возраста больной и характера опухоли. При беременности следует удалить опухоль в любом сроке беременности. Если во время операции возникает сомнение в доброкачественности и нет возможности для цито-диагностики, то следует делать радикальную операцию независимо от возраста.

Папиллярную кистому следует рассматривать как предрак, т.к. никогда нельзя исключить перехода ее в рак, поэтому своевременное оперативное лечение дает благоприятные результаты.

ДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ

(зрелые тератомы)

Встречаются в 10% всех опухолей яичников. Такая опухоль имеет шаровидную или овоидную форму. Чаще встречается в возрасте от 20 до 40 лет.

Дермоидная киста яичника – одностороннее, реже двустороннее серовато-белого цвета образование с гладкой поверхностью, обладает большой подвижностью за счет длинной ножки, и поэтому легко перекручивается.

При бимануальном исследовании дермоидная киста бывает неравномерной консистенции. Определяются участки эластической консистенции, которые чередуются с более плотными. Располагаются дермоидные кисты впереди от матки, растут медленно. Содержимое чаще: волосы, жир, зубы, хрящи, зачатки глаз и др. ткани 3-х зародышевых листков.

Иногда дермоидная киста сочетается с псевдомуцинозной. Злокачествление дермоидных кист наблюдается редко – 0,4-1,7%.

ТЕРАТОБЛАСТОМА наиболее злокачественная опухоль, т.к. она состоит из незрелых низкодифференцированных элементов. Они встречаются в 0,5%, чаще в молодом возрасте от 13 до 30 лет и составляют 2-2,5% всех злокачественных опухолей. Опухоль круглая, больших размеров, на разрезе – волокнистое строение. Часто двусторонняя. В процессе роста может быть метастазирование по лимфатическим путям. Опухоль растет быстро. Больные жалоб особых не предъявляют. Основным симптомом является обнаружение большого образования в малом тазу, подвижного, безболезненного. Нередко наблюдается перекрут ножки и разрыв капсулы. Тератобластомы имеют плотную неравномерную консистенцию, в запущенных случаях появляется асцит.

Прогноз – неблагоприятный. Лечение – надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника.

К III группе опухолей яичников относятся гормонопродуцирующие опухоли. Они бывают 2-х типов.

I тип включает гранулезоклеточные опухоли и текомы, которые продуцируют эстрогены, обуславливающие эстрогены, обуславливающие дефеминизацию организма.

Ко II типу относятся арренобластомы, обладающие маскулинизирующим действием, выделяющие андрогены.

Гранулезоклеточные опухоли образуются из гранулезных клеток фолликула. Они встречаются в любом возрасте, чаще от 50 до 60 лет. В большинстве случаев это заболевание имеет односторонний характер, однако в 7% встречаются и двусторонние опухоли. По отношению ко всем опухолям яичников они варьируют от 2 до 21% (Фигурнов 1969). Величина опухоли может быть незначительной до больших размеров. Консистенция опухоли плотная. Эта опухоль обладает свойством – выделять эстрогены. В зависимости от возраста, насыщения организма эстрогенами приводит к различным симптомам. Так, у девочек это приводит к изменению внешнего облика, а нередко – и психики. У таких детей появляются волосы на лобке и в подмышечной впадине, формируются молочные железы, увеличивается отложение подкожной жировой клетчатки, увеличивается матка, появляются маточные кровотечения, напоминающие менструацию. Таким образом, девочка формируется в маленькую женщину. С удалением опухоли все вторичные половые признаки исчезают.

Если опухоль возникает у женщины фертильного возраста, то нарушается менструальная функция. Чаще всего возникают маточные

кровотечения, обусловленные гиперплазией эндометрия. Удаление опухоли приводит к выздоровлению.

При возникновении опухоли у женщин в менопаузе клиническая картина характеризуется «комолаживанием организма»: ткани приобретают тонус, появляются явления обратного развития половых органов, исчезают и вновь появляются маточные кровотечения, напоминающие менструацию после определенного периода менопаузы.

Гранулезоклеточные опухоли, хотя и носят характер доброкачественной опухоли, тем не менее в 28% они склонны к малигнизации.

ТЕКОМА или текаклеточная опухоль развивается из элементов фолликула, выделяет в основном эстрогены, при лютенизации – прогестерон, может выделять и андрогены.

Возникает эта опухоль в любом возрасте, но чаще у женщин после 50 лет. Обычно она двусторонняя, может достигать больших размеров, выполняя всю полость малого таза, плотная с гладкой поверхностью.

Способность продуцировать вещества, обладающие различным гормональным влиянием, обуславливает многообразие клинической картины. Так, у девочек появляются симптомы преждевременного полового созревания, у женщин детородного возраста – нарушения менструальной функции по типу мено- или метроррагии. В некоторых случаях возможны признаки вирилизации. По клиническому течению текомы в большинстве случаев являются опухолями доброкачественными и малигнируются редко. Лечение – хирургическое, удаление опухоли вместе с маткой и вторым яичником.

Маскулинизирующие опухоли. К ним относятся арренобластома, которая способна вырабатывать андрогены. Опухоль изменяет внешний облик женщины, которая постепенно приобретает мужские черты. У женщин вначале появляется amenорея, уплощение молочных желез, бесплодие, затем появляется снижение тембра голоса, появляются усы, борода, волосистость на теле (гирсутизм) и гипертрофия клитора. С удалением опухоли все изменения, вызванные ею, исчезают. Лечение больных состоит в хирургическом удалении опухоли.

К IV группе опухолей относятся отдельные виды. В эту группу отнесены опухоли, которые встречаются сравнительно редко. Дисгерминома яичника (семинома) – злокачественная опухоль, которая развивается из недифференцированных клеток гонад. Эта опухоль может развиваться как в женском, так и в мужском организме. Она развивается у молодых женщин, страдающих инфантилизмом и другими пороками развития половых органов. Опухоль растет быстро, прорастая в соседние органы и ткани. Иногда дисгерминома является составной частью незрелой тератомы и составляет около 1% всех опухолей яичников. У большинства больных встречаются редкие скучные менструации. Дисгерминома – это односторонняя, плотная, подвижная опухоль, которая быстро дает метастазы по лимфатическим путям

в органы грудной полости, средостения. Лечение – удаление матки с обеими придатками с последующим облучением. Прогноз – неблагоприятный.

Опухоль Бреннера встречается редко, в 0,6% среди прочих опухолей яичников, односторонняя, имеет ножку, напоминает фиброму яичника. Иногда опухоль Бреннера сочетается с псевдомуцинозной кистомой, располагаясь в виде отдельного плотного узла. Встречается в возрасте 40-50 лет, приводя иногда к нарушениям менструального цикла: аменорея, мено- и метrorрагия. Опухоль Бреннера носит доброкачественный характер и подлежит оперативному лечению

В постановке диагноза помогают анамнестические, клинические данные и ультразвуковые, лапароскопические методы исследования.

Независимо от разновидности истинные опухоли яичников подлежат оперативному лечению. Следует особо отметить, что опухоли яичников при несвоевременной диагностике могут дать одно из грозных осложнений – малигнизацию, либо клинику острого живота, в связи с перекрутом ножки кистомы, нагноением, прорывом в брюшную полость, а также в сращение с соседними органами.

Больные перенесшие операцию по поводу доброкачественных опухолей яичников должны находиться под наблюдением врача в течении всей жизни. Для профилактики рецидива опухоли на здоровом яичнике необходимо гормональная коррекция: норколут по 5 мг 1 раз в день с 16го по 25 день менструального цикла, или монофазные синтетические прогестины с 5го по 25 день менструального цикла, обязательна УЗД, обследование молочных желез. Женщина после оперативного вмешательства должна проходить мед.осмотр каждые 6 месяцев. Профилактика опухоли яичников должна начинаться в детском возрасте путем оздоровления девушек, в период зрелости своевременная диагностика и лечение нарушения менструального цикла.

Преподавательские заметки

При чтении лекции необходимо акцентировать внимание на основных клинических симптомах опухолей яичников и методах диагностики. Лекция рассчитана на студентов имеющих определенный кругозор по анатомии и физиологии женских половых органов.

В начале лекции необходимо провести активизацию полученных ранее знаний (вызов) который будет осуществляться путем диалога со студентами об анатомических и физиологических изменениях в организме женщины. В ходе (вызыва) будут заданы вопросы из ранее пройденного материала по опухолям яичников.

Примерная затрата времени на данную фазу составит 10 минут.

После проведения (вызыва) переходим ко второй фазе – (осмысление). В данной стадии чтения лекции необходимо четко и рационально изложить основные моменты лекции. Примерная затрата времени составит до 60 минут.

В третьей стадии чтения лекции проводится (размышление). В данной стадии со студентами проводится повторный опрос знаний по теме лекции и задаются контрольные вопросы и совместно со студентами проводится ответ.

Примерная затрата времени 15 минут.

Раздаточный материал

По теме лекции на каждую группу студентов будет распечатано приложение (основные слайды лекции). Помимо этого при желании студента он может ознакомиться с текстом лекции в электронном варианте или в распечатанном виде.