

## **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 гиперменструального синдрома или ациклического кровотечения. Частота бесплодия при данном заболевании составляет от 8 до 33%.

Доброкачественные 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, пузырном 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 хорионэпителиомы.

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

Во II группу опухолей яичников входят цилиоэпителиальные и псевдомуцинозные кистомы.

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

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

Выделяются 2 основные формы цилиоэпителиальных опухолей:

1. Гладкостенные кистомы.
2. Папиллярные кистомы.

Гладкостенные кистомы или простые по отношению ко всем цилиоэпителиальным образованиям встречается от 48% до 76%. Они составляют 11% опухолей яичников и 45% всех цилиоэпителиальных опухолей. Они имеют шаровидную и овоидную 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 кровоизлиянии содержимое может быть темного цвета. Внутренняя поверхность выстлана цилиндрическим эпителием и кубическим эпителием, который становится таким от давления содержимого, иногда эпителий атрофичен.

Клиника гладкостенной цилиоэпителиальной 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, гнойное 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 достигать 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 кистом. 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, тянущие, боли в пояснице, общая слабость, похудание, одышка, запоры, расстройства мочеиспускания. Как правило, псевдомуцинозные кистомы имеют ножку. Интралигаментарное 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, озлокачествление 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 киста чаще двухсторонняя, интралигаментарная, гладкая поверхность, тугоэластической консистенции, с ровной поверхностью.

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

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

Диагноз кисты 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. Озлокачествление 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 «омолаживанием 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 лютеинизации – 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 малигнизируются 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 аменорея, 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 скудные 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 кистой, располагаясь в виде отдельного плотного узла. Встречается в возрасте 40-50 лет, приводя иногда к нарушениям менструального цикла: аменорея, мено- и метроррагия. 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 кисты, 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 необходима 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 (вызова) будут заданы вопросы из ранее пройденного материала по опухолям яичников.

Примерная затрата времени на данную фазу составит 10 минут.

После проведения (вызова) 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.