Текст лекции по теме занятия №26: Опухоли и опухолевидные заболевания яичников. Принципы диагностики и лечения.

Изучаемые вопросы:

1. Классификация опухолей женских половых органов

2. Причины, клиника ретенционных кист

3. Методы диагностики и принципы лечения ретенционных кист

4. Тактика ведения пациенток с ретенционными кистами

5. Причина, клиника кистом яичника

6. Методы диагностики и принципы лечения кистом яичника

7. Тактика ведения пациенток с кистомами яичника

8. Причина, клиника первичного, вторичного, метастатического рака яичника

9. Методы диагностики и принципы лечения первичного, вторичного, метастатического рака яичника

10. Тактика ведения пациенток с первичным, вторичным, метастатическим раком яичника

1. Классификация опухолей женских половых органов

Классификация рака женских половых органов

С целью определения распространенности рака женских половых органов используют:

• клиническую классификацию рака по TNM (tumor, nodules, metastasis), согласно которой выделяют 4 стадии рака.

Применяют также гистологическую классификацию опухолей, согласно которой различают:

• эпителиальные опухоли (аденокарцинома, плоскоклеточный рак);

• соединительнотканные (саркома);

• герминогенные (хориокарцинома, незрелая тератома);

• недифференцированные опухоли.

По степени дифференцировки выделяют: высоко-, умеренно- и низкодифференцированный рак.

Различают также:

• первичный рак (возникший первично);

• вторичный (возникший на фоне цистаденомы);

• метастатический (при этом первичная опухоль локализуется, например, в молочной железе, желудке).

• Женщины с предраковыми состояниями:

- наружных половых органов (лейкоплакия, крауроз, папилломы);

- влагалища (лейкоплакия, эритроплакия, папилломы);

- шейки матки (лейкоплакия, полипы и папилломы, доброкачественные кисты и эрозии);

- тела матки (железистая гиперплазия, аденоматоз или полипоз слизистой оболочки в климактерическом периоде).

Классификация заболеваний шейки матки

I. Фоновые процессы.

II. Предраковые состояния:

III. Рак шейки матки:

Злокачественные опухоли женских половых органов

Рак тела матки

Рак шейки матки

Злокачественные опухоли яичников

Трофобластические опухоли

Рак вульвы

Рак влагалища

Рак маточной трубы

Международная гистологическая классификация воз (1977) доброкачественных и опухолевых образований яичника.

I. Эпителиальные опухоли:

а) Серозные (цистаденома и папиллярная цистаденома, поверхностная папиллома, аденофиброма и цистаденофиброма);

б) Муцинозные (цистаденома, аденофиброма и цистаденофиброма);

в) Эндометриоидные (аденофиброма и цистаденофиброма, аденома и цистаденома);

г) Светлоклеточные и мезонефроидные (аденофиброма);

д) Опухоли Бреннера (доброкачественные);

е) Смешанные эпителиальные опухоли (доброкачественные);

II. Опухоли стромы полового тяжа (текома, фиброма);

III. Герминогенные опухоли: дермоидные кисты, струма яичника.

IY. Опухолевидные процессы:

а) фолликулярные кисты;

б) кисты желтого тела;

в) эндометроидные кисты;

 г) простые кисты;

д) воспалительные процессы;

е) паровариальные кисты.

2. Причины, клиника ретенционных кист

3. Методы диагностики и принципы лечения ретенционных кист

4. Тактика ведения пациенток с ретенционными кистами

Многообразие опухолей яичников объясняется тем, что их развитие происходит из всех трех зародышевых листков (экто-, мезо- и эндодермы).

Опухоли и опухолевидные образования имеют анатомическую ножку, состоящую из брыжейки яичника, собственной связки и подвешивающей (воронко-тазовой) связки яичника, нервов, кровеносных и лимфатических сосудов.

Кроме того, различают хирургическую ножку, которая, помимо структур анатомической ножки, содержит маточную трубу. Она называется хирургической, так как ее рассекают во время удаления опухоли.

*Опухолевидные процессы яичников (кисты)*

Функциональные кисты яичников, такие как фолликулярные и кисты желтого тела, образуются в яичниках в процессе нормального менструального цикла. В большинстве случаев клинические симптомы отсутствуют и кисты обнаруживают случайно при гинекологическом исследовании или УЗИ. Физиологические кисты, обычно множественные, могут развиваться как осложнение стимуляции овуляции.

*Фолликулярная киста*

Ретенционное образование, формирующееся вследствие скопления фолликулярной жидкости в фолликуле. Фолликулярная киста может сохраняться на протяжении нескольких менструальных циклов и достигать 10 см в диаметре, однако чаще не превышает 3-4 см. Киста представлена округлым, однокамерным, тонкостенным кистозным образованием с прозрачным содержимым, лимонно-желтого цвета.

 Клинически фолликулярные кисты бессимптомны. Но иногда больные могут жаловаться на нарушения менструального цикла, боли внизу живота вследствие спаечного процесса или пере-крута ножки кисты. При бимануальном исследовании киста определяется как одностороннее, подвижное, безболезненное тугоэластическое образование, лежащее в переднем или боковом сводах влагалища. Иногда при влагалищном или ректоабдоминальном исследовании капсула кисты может разорваться.

*Киста желтого тела*

Образуется на месте прогрессировавшего желтого тела, в центре которого в результате нарушения кровообращения накапливается жидкое содержимое.

Кисты односторонние, диаметром от 2 до 8 см, с толстой стенкой, тугоэластической консистенции, безболезненные, содержит прозрачную или геморрагического характера жидкость.

В отличие от фолликулярных кист, кисты желтого тела в подавляющем числе наблюдений регрессируют в течение 1-2 менструальных циклов.

Клинически отмечаются симптомы ранних сроков беременности - задержка менструации, нагрубание молочных желез, при влагалищном исследовании отмечается увеличение размеров матки, появление кровяных выделений из половых путей. Разрыв кисты чаще всего происходит на 20-26-й день менструального цикла, сопровождается внутрибрюшным кровотечением

*Параовариальная киста*

Ретенционное образование, развивается из канальцев придатка яичника и располагается между листками широкой связки матки. Сам яичник остается неизмененным.

Размеры от 3 до 15 см, чаще односторонние, гладкостенные, округлой формы, однокамерные с серозным содержимым. В отличие от фолликулярных кист и кист желтого тела, параовариальные кисты не регрессируют.

Клинически долго себя не проявляет из-за медленного роста. При увеличении до значительных размеров появляется болевой синдром с явлениями компрессии - боль внизу живота и поясницы (на стороне кисты) распирающего характера.

5. Причина, клиника кистом яичника

6. Методы диагностики и принципы лечения кистом яичника

7. Тактика ведения пациенток с кистомами яичника

*Доброкачественные эпителиальные опухоли (цистаденомы)*

Это истинные опухоли яичника, представляющие объемное образование с выраженной капсулой, эпителиальной выстилкой, способное к пролиферации и озлокачествлению.

Серозная цистаденома - односторонняя, однокамерная, гладкостенная с жидким серозным содержимым. Внутренняя их поверхность ровная, гладкая.

Папиллярная цистаденома - образование круглой формы, размерами до 12 см в диаметре. однокамерная с наличием мелкодисперсной взвеси, наличие на внутренней поверхности плотных пристеночных разрастаний

Феминизирующие опухоли встречаются в любом возрасте: гранулезоклеточная - чаще у детей и в молодом возрасте, текома - в пре или постменопаузе.

Клинические проявления связаны с гормональной активностью этих опухолей. У девочек наблюдается клиническая картина ложного преждевременного полового развития (ППР), появляются нерегулярные кровянистые выделения из половых путей при незначительном развитии вторичных половых признаков. В репродуктивном периоде наблюдается нарушение менструальной функции по типу АМК. Возникновение феминизирующих опухолей в пожилом возрасте приводит к «омоложению» больной, появлению кровяных выделений из половых путей и признаков эстрогенного влияния.

Андробластома - маскулинизирующая гормонопродуцирующая опухоль, содержащая клетки Сертоли-Лейдига. Образующиеся при этом в избытке андрогены угнетают функцию гипофиза, и по принципу «обратной связи» в организме снижается выработка эстрогенов. Основной клинический признак - на фоне общего здоровья возникают аменорея, бесплодие, уменьшаются молочные железы, а затем возникают признаки омужествления: грубеет тембр голоса, появляется оволосение по мужскому типу, снижается либидо, уменьшается подкожная жировая клетчатка, возникает гипертрофия клитора, контуры тела и лица приобретают мужские черты. Симптомы развиваются постепенно. Опухоль растет медленно, поэтому больные годами являются носительницами этого образования, и более раннее обращение к врачу связано с болями внизу живота.

К группе герминогенных опухолей относят тератомы яичников - опухоли яичников у женщин моложе 30 лет. Дермоидная киста (зрелая кистозная тератома). Дермоидная киста представляет собой однокамерное гладкостенное образование менее 15 см в диаметре с превалированием в своем содержимом эктодермальных структур. Эти кисты выстланы эпителием, схожим с эпидермисом, и содержат производные кожи, зубов, кусочки сала, волосы и нервную ткань.

Клиническая картина

*При опухолях яичников могут быть следующие симптомы:*

• боли внизу живота;

• увеличение окружности живота (при больших размерах опухолей или при наличии асцита);

• симптомы сдавления соседних органов;

• нарушения менструального цикла.

Причинами острых болей при опухолях яичников могут быть:

• перекрут ножки;

• разрыв капсулы;

кровотечение.

К числу осложнений при опухолях яичника относятся:

• перекрут ножки опухоли;

• разрыв капсулы;

• кровоизлияние в капсулу;

• злокачественное перерождение.

Диагностика

При бимануальном исследовании оценивают подвижность, плотность, консистенцию, болезненность и размеры определяемого образования, состояние матки, параметральной клетчатки и влагалищных сводов.

Трансвагинальное УЗИ, особенно с использованием цветной допплерометрии

Гастроскопия и колоноскопия показаны для исключения опухоли желудка и кишечника.

КТ и МРТ

Повышенный уровень онкомаркера СА-125 указывает на рак яичников, особенно у женщин в периоде постменопаузы.

Дифференциальная диагностика. Опухоли яичников необходимо дифференцировать от кист яичников, субсерозной миомы матки, воспалительных поражений придатков матки, дистопированной почки, опухолей кишечника, мочевого пузыря и забрюшинных новообразований. Особо следует помнить об опухоли Крукенберга, которая представляет собой метастатическое поражение яичника при первичном раке желудка. Опухоль яичника часто выявляется до установления основного диагноза.

Лечение

Лечение доброкачественных (и любых других) опухолей яичников только оперативное.

При выявлении «доброкачественных» опухолей яичников больных следует оперировать, а не брать на диспансерное наблюдение.

В репродуктивном возрасте во время операции необходимо стремиться к сохранению ткани яичника. В перименопаузе основная задача - радикальное лечение, позволяющее избежать рецидива и сохранить высокое качество жизни.

Хирургическое лечение. Любая истинная опухоль - абсолютное показание к оперативному лечению.

*Профилактика*

В качестве мер скрининга доброкачественных опухолей яичников выделяют регулярные гинекологические осмотры женщин с факторами риска: нарушения менструальной и репродуктивной функций, миома матки, хронические воспалительные заболевания придатков матки и УЗИ малого таза. Своевременное выявление и лечение гормональных нарушений, планирование беременности. Доказана профилактическая роль длительного применения комбинированных оральных контрацептивов (КОК) монофазного действия.

8. Причина, клиника первичного, вторичного, метастатического рака яичника

9. Методы диагностики и принципы лечения первичного, вторичного, метастатического рака яичника

10. Тактика ведения пациенток с первичным, вторичным, метастатическим раком яичника

Различают 3 варианта развития заболевания:

• первичный рак яичников - обычно двусторонние опухоли, плотные, с бугристой поверхностью, мозговидным содержимым желтоватого или более темного цвета, с кровоизлияниями

• вторичный рак развивается в доброкачественных опухолях и в основном в папиллярных цистаденомах;

• метастатический рак развивается из опухолей органов пищеварения (метастаз Крукенберга); из новообразований молочных желез; из опухоли внутренних половых органов.

Пути метастазирования рака яичников - имплантационный, по лимфатической и кровеносной системам в различные органы (печень, легкие, средостение, головной мозг, большой сальник, парааортальные лимфатические узлы, париетальную и висцеральную брюшину, органы пищеварения, матку, маточные трубы).

Клиническая картина зависит от стадии распространения злокачественного процесса.

*Клиническая картина*

При оценке жалоб больных надо учитывать, что рак яичников часто остается «скрытым», малосимптомным, стертым.

Клиническая картина начальных стадий рака яичника асимптомна. Бессимптомное течение, быстрое прогрессирование и метастазирование обусловливают позднюю диагностику и неблагоприятный прогноз.

Одним из первых симптомов является увеличение размеров живота («юбка стала тесной в поясе») как за счет опухоли, так и асцита. На поздних стадиях больные раком яичников предъявляют жалобы на вздутие живота, одышку (за счет гидроторакса и асцита), чувство тяжести в животе, тошноту, быстрое насыщение пищей, снижение или отсутствие аппетита, повышенную утомляемость, субфебрильную температуру, учащенные позывы к мочеиспусканию, уменьшение количества мочи, запор.

Диагностика

Для распознавания заболевания используют:

• ультразвуковую томографию с цветным допплеровским картированием;

• КТ;

• МРТ;

• диагностическую лапароскопию.

УЗИ органов малого таза можно рассматривать как скрининговый метод для выявления доброкачественных новообразований яичников и ранних стадий злокачественных опухолей.

Определяют опухолевые маркеры (СА-125, РЭА, СА-19-9), позволяющие с высокой чувствительностью (до 80%) диагностировать рак, а также осуществлять контроль эффективности лечения. Определение маркера CA-125 является стандартом исследования при подозрении на рак яичника.

Цитологическое исследование пунктата брюшной полости, полученного через задний свод влагалища

Лечение

Применяют комбинированную и комплексную терапию рака яичника.

Комбинированный метод - сочетание хирургического вмешательства, химиотерапии и лучевого метода.

Комплексное лечение включает химио- и гормонотерапию, оперативное лечение, лучевую, симптоматическую терапию.

Основной метод лечения рака яичников на начальных стадиях - хирургический: циторедуктивная операция - удаление по возможности большего объема опухоли (эти злокачественные образования «не боятся ножа»).

Химиотерапия (цитостатическоелечение) больных раком яичников проводится на любой стадии, она является стандартным и ведущим методом.

Химиотерапия угнетает «белый» росток кроветворения, поэтому необходимо контролировать показатели лейкоцитов, тромбоцитов, ретикулоцитов.

Лучевая терапия при раке яичников почти не применяется. Стандартной она может быть только в сочетании с оперативным лечением.

Эффективность проводимого лечения оценивают с помощью УЗИ малого таза и брюшной полости, рентгенологического исследования и определения уровня опухолевого маркера (CA-125).

Профилактика

Методов профилактики рака яичников не существует в связи с отсутствием полноценного понимания этиологии и патогенеза этого заболевания.

Единственное, что можно предложить в настоящее время, - регулярное наблюдение гинекологом с целью раннего выявления образований яичников, профилактика и лечение воспалительных заболеваний, приводящих к бесплодию. Последнее повышает риск заболевания, в то время как считается, что большое количество беременностей и родов обладает защитным действием. Доказанным протективным эффектом обладают и КОК.