ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ. Гинекология.

В последнее время отмечается повышение заболеваемости опухолями яичников, в частности злокачественными опухолям. Выявляемость составляет 75% у больных с III стадией, т.е. уже запущенной процесс. Основной проблемой злокачественных кистом яичников является ранняя выявляемость, ранняя диагностика и выявление больных в 1 и 2 стадиях заболевания.

КЛАССИФИКАЦИЯ.

Существует 2 направления. Московская школа придерживается классификации: кисты и кистомы. Весь мир и онкологи выделяют только опухоли яичников. Любое образование в области придатков матки они расценивают как опухоль яичников. На практике всегда встает вопрос: киста или кистома?

Любые кисты, не только яичников, это ретенционные образования. Ретенционные образования увеличиваются в объеме (растут) за счет накопления жидкости. Таким образом, происходит растяжение капсулы.

Кисты яичников:

1. фолликулярные кисты -- это доброкачественные, ретенционные образования. Здесь нет опухолевого роста. Она увеличивается за счет накопления секрета -- фолликулярной жидкости (6-8 см в диаметре). Очень часто фолликулярные опухоли встречаются у женщин с нарушением менструального цикла и воспалением придатков. На фоне воспалительного процесса у большинства женщин возникают поликистозные яичники.
2. Параовариальные кисты. Располагаются между листками широкой связки. Возникают, как правило, на фоне хронического воспалительного процесса. На операции мы видим нормальный яичник, а рядом с ним между листками широкой связки тонкостенное образование размерами 0,5-1 см.
3. Лютеиновые кисты. Причинами являются воспалительный процесс и нарушения менструального цикла. При наличии ановуляторного, лопнушевого фолликула развивается желтое тело. В силу определенных условий -- воспаление, нарушение менструального цикла, гипоталамо-гипофизарные нарушения -- развивается так называемое большое желтое тело, которое превращается в кисту желтого тела. Они очень часто подвергаются разрыву. Когда женщина поступают с диагнозом апоплексия яичника, это как правило связано с небольшой кистой желтого тела. Кисты желтого тела обычно бывают так же небольших размеров : 4-6 см. особенностью является то что нет полости с накоплением жидкости. Киста повторяет строение желтого тела. Очень часто там имеют место кровоизлияния.

Окончательное установление - киста или кистома - дает гистологическое исследование. Если вы видите молодую женщину и определяете у нее опухолевидное образование, кончено вы ставите диагноз: кистома, потому что вы не можете точно сказать, что это. Косвенные признаки (благоприятные) подтверждающие, что это кистома: молодой возраст, у женщин с хроническими воспалительным процессом и нарушением менстр цикла.

При УЗИ киста тонкостенная, когда мы говорим о фолликулярной и параовариальной, заполнена жидкостью. Внутренняя выстелка гладкая, нет никаких расзростаний.

При бимануальном исследовании киста подвижная, безболезненная.

За кистой мы можем наблюдать 2-3 месяца (2-3 менст цикла), обязательно смотрим женщину до и после менст цикла. Если это функциональная киста или большой суперовуляторный фолликул по типу фолликулярной кисты, то после менструации это образование уменьшается.

Через 2-3 месяца необходимо определиться и одновременно производиться подготовка к операции, т.к все образования области придатков матки лечатся оперативным путем. Если киста не уменьшается в течении 2-3 менст циклов надо готовиться к операции. Существует эндоскопическое лечение. Женщин с тонкостенными образованиями надо направлять она лапороскопическую органосохраняющую операцию - удаление только кисты или резекцию яичника в пределах здоровых тканей.

ОПУХОЛИ (КИСТОМЫ) ЯИЧНИКОВ.

Увеличивается образование в яичниках не за счет накопления секрета, а за счет размножения опухолевых клеток (бластоматозный рост). Этот рост может быть разный и поэтому кистомы классифицируются не доброкачественные, потенциально злокачественные и злокачественные. Только после гистологического заключения можно сказать какая это опухоль и точно определить какой объем операции необходимо выполнять.

ПАТОГЕНЕЗ. Мы не знаем причин вызывающих опухоли яичников. Поэтому лечение заключается только в удалении опухоли. Но все таки определенные моменты и звенья патогенеза известны.

В первую очередь это гормонозависимая терапия. Определяется изменение гипоталамо-гипофизарной функции - преобладание гормонов гипофиза (ФСГ, ЛГ) в сторону гиперэстрогении. Роль гиперэстрогении и роль гормональных изменений при опухолях яичников подтверждается следующими моментами:

1. признаки гиперэстрогении у женщин с опухолями яичников - нарушения менст цикла и дисфункциональные маточные кровотечения по типу ановуляторных .
2. женщины, страдающие гиперпластическими процессами в эндометрии
3. могут быть гормонпродуцирующие опухоли яичников, с которыми связаны кровотечения в постменопаузе.
4. К группе риска также относят женщин с уже имеющимся опрециями по поводу опухоли яичников, но то были или кисты или доброкачественные кистомы.
5. Генетическая предрасположенность.

Яичники относят к гормонпродущирующим органам. Выделяют такое понятие как первично-множественные опухоли. Понятие и группа первично-множественных опухолей доказывает аспекты патогенеза о гормональной природе возникновения опухолей яичников.

Опухоль может одновременно возникать в молочной железе, яичнике, эндометрии и толстой кишке. Все перечисленные опухоли этих органов имеют гормональную природу, они гормонозависимые. Опухоли могут либо синхронно развиваться (мол жел + яичн), либо не синхронно. Женщины с опухолями молочной железы требуют динамического наблюдения у гинеколога, т.к возможно появление метахронно развивающихся опухолей яичников. При подозрении на опухоль все вышеперечисленные органы должны быть обследованы.

**Вирусная теория**.

Исследования опухолей, особенно это относиться к серозным опухолям яичников, обнаружили вирус папилломы человека и вирус герпеса II серотипа. Это так называемые онкогенные вирусы. Так же вызывают опухоли шейки матки.

Говоря об опухолях яичников нельзя забывать о высокой нервно-психической нагрузке - стрессе. Стресс всегда связан с гормональной активностью. Стрессовые факторы играют определенную роль как индуцирующие факторы развития опухолей.

Большая роль принадлежит генетическим факторам - наследственности. Особенно высока вероятность развития опухоли у сестер-двойняшек. Имеет значение, как протекали беременность, роды.

**Диагностика**.

Самое главное это бимануальное исследование. УЗИ является вспомогательным методом диагностики. Справа, слева или спереди от матки будет определяться образование определенных размеров, подвижное или неподвижное за счет наличия или отсутствия спаечного процесса, болезненное или б\б. Дальнейшие исследования служат для уточнения диагноза.

УЗИ (вагинальный датчик): можно заподозрить что опухоль с косвенными признаками малигнизации. Капсула опухоли утолщена, внутри имеются разрастания, опухоль плотная, солидная. То все относительные признаки.

КТ и ЯМР. Дают возможность уточнить диагноз и посмотреть имеют ли место метастазы в региональные л\узлы.

ЦИТО- и ГИСТОлогическая диагностика. Смыв из дугласова пространства. Уже при 1 ст определяются опухолевые клетки под асцитической жидкостью. Этот метод не очень точны. Более точный метод -- ПУНКЦИОНАЯ БИОПСИЯ. Проводится под контролем УЗИ. Так как игла очень тонкая мы не получаем ткань, а имеем цитологическое исследование. Более выжным является гистологическое исследование, которое можно провести только после получения операционного материала.

Исследование операционного материала является заключительным. Во время операции осматривается внутренняя капсула, т.к злокачественный опухолевый рост начинается внутренней капсулы.

Немаловажное значение имеют опухолевые маркеры. Это определенные белковые субстанции, которые появляются в организме при наличии опухоли. Опухолевые маркеры не всегда будут иметь место. Единственный идеальный, универсальный опухолевый маркер - хориогонический гонадотропин. Определяется при трофобластической болезни у всех больных. Другие маркеры не являются универсальными. Их значение велико в плане мониторинга, наблюдения за больными страдающими опухолями яичников. Бывают при вида опухолевых маркеров:

1. плацентарный антиген. В единицах хорионического гонадотропина. Определяется не только при трофобластической болезни. Может быть хориокарцинома яичника. Плацентарный лактоген и бетта-гликопротеид определяются не только при трофобластической болезни и опухолях яичников , но и опухолях шейки матки и матки.
2. Онкопетальные антигены:

* Раково-эмбриональный антиген
* Альфа-фетопротеин

Альфа-фетопротеин определяют у беременных, если имеются уродства плода. Может так же определяться у женщин со злокачественными опухолями яичников. Онколетальные антигены могут также встречаться при опухолях кишечника, печени.

1. метаболические опухолевые маркеры: изменения уровня, продукции ферментов, простогландинов при наличии опухоли яичников.

Антиген ассоциированный с карциномой яичника (SA 125). Он наиболее часто используется и исследуется. Определяется у 70% больных страдающих опухолями яичников. Так же определяется при опухолях желудка, тонкой кишки, шейки матки.

Если после операции опухолевые маркеры не определяются значит операция выполнена радикально, если через какой-то промежуток времени стали определяться опухолевые маркеры, то вероятен рецидив или метастазы.

КЛИНИКА.

Никакой четкой симптоматики нет. Поэтому и женщины поступают уже нередко с определенными изменениями, вплоть до 3 стадии заболевания.

Клиника появляется когда идет *осложнения опухоли:* перекрут, кровоизлияния, разрыв капсулы.

СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

1. Опухоль ограничена яичниками, капсула интактна, но уже при 1-й стадии имеются опухолевые клетки. Особенность опухолей яичников - раннее появление асцита.
2. Опухоль распространяется на один или оба яичника и ограничена областью малого таза.
3. Определяются региональные метастазы в л\узлах (парааортальные).
4. Прорастание близлежащих органов и отдаленные метастазы.

Почему так рано появляется асцит?

Сальник является жировой тканью, а метаболизм жировой ткани происходит с высвобождением жидкости. В 20% случаев определяются ранние метастазы в сальник. Нарушаются его процессы выделения и способствуют накоплению асцитической жидкости в брюшной полости. Отсюда и оперативное лечение - экстирпация матки с придатками и удаление большого сальника.

В гистологическую классификацию входят 46 гистотипов опухоли. Это связано с большим количеством гистологических компонентов в яичнике, из которых может развиваться опухоль. Опухоль может развиваться из самой нормальной ткани яичников: из стенки артерий и вен, из нервов, из яйцеклетки, фолликула. Гранулезные клетки продуцируют эстрогены. Существуют гранулезно-клеточные опухоли. Интерстициальные клетки вокруг фолликулов, особенно атретических могут являться родоначальниками опухолевого роста. Кубический эпителий покрывающий яичники.

В яичниках кроме нормальных тканей имеют место эмбриональные остатки, которые тоже могут являться родоначальниками опухолевого роста. Это прежде всего различные мозговые тяжи в области ворот яичника, остатки первичной почки (Вольфова канала).

Также причинами опухолей могут быть постнатальные гетеротопии. Ярким представителем является эндометриоидные гетеротопии. Особенностью эндометриоидных опухолей является то что эти опухоли имеют рецепторы к эстрогенам и прогестерону и таким образом комплекс терапевтических мероприятий при этих опухолях расширен, т.е возможна гормональная терапия.

1. *ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ.*

Серозные опухоли. Вызываются онковирусами. Встречаются в основном в возрасте 48-50 лет. Эти опухоли всегда сопровождаются спаечным процессом. Существует 3 патологии при которых всегда присутствует спаечный процесс. Это воспалительный, онкологический процесс и эндометриоз. Эпителий выстилающий эти опухоли напоминает эпителий труб или кубический эпителий яичников.

МУЦИНОЗНЫЕ ОПУХОЛИ.

Встречаются в 15% случаев. Это гигантские опухоли. Если опухоль гигантских размеров, то как правило она будет муцинозная. Имеет мелкоячеистое строение и все эти полости заполнены муцином. Часто сопровождается псевдомиксомой брюшины (небольшие полости содержащие слизь на париетальной и висцеральной брюшине). Муцинозные опухоли часто бывают доброкачественные.

ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ ОПУХОЛИ.

Это тоже эпителиальные опухоли. Их еще называют шоколадные кисты. Шоколадные кисты стоят отдельно в отдельно в классификации. Шоколадные кисты - это кистомы. Увеличение этих кистом происходит за счет накопления крови. Эндометриоидные опухоли - это истинные опухоли, которые могут быть злокачественными. Как правило они могут сопровождаться выражнейшим спаечным процессом. Страдают как правило молодые женщины в возрасте 45 лет.

СВЕТЛОКЛЕТОНЫЕ (мезонекроидные) ОПУХОЛИ.

Развиваются из эмбриональных остатков. Они односторонние, мелкокистозные, состоят из светлых клеток, которые содержат лейкоген.

ОПУХОЛЬ БРЕННЕРА.

Эти опухоли встречаются нечасто. Бывают различных размеров, как правило небольшие, плотной консистенции. При гистологическом исследовании выглядят как зернышки коже. Опухоль Бреннера является хотя не всегда гормон продуцирующей (продуцируют эстрогены). Редко озлокачествляются. У женщин могут быть маточные кровотечения, обусловленные гиперплазией эндометрия. Женщины с опухолью Бреннера включаются в группу риска по возможному развитию рака эндометрия. Они часто являются опухолью опухоли. Например, опухоль Бреннера может возникать в муцинозной кистоме. В клинике - признаки гиперплазии.

*II. ГОРМОНПРОДУЦИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ.*

Это вторая по гистотипу группа опухолей, после эпителиальных, стромы полового тяжа.

1. гранулезо-кистозные опухоли.  
Развиваются из нормальных компонентов яичников, клеток гранулезной ткани. Гранулезные клетки вырабатывают эстрогены. Таким образом, гранулезно-клеточные опухоли продуцируют эстрогены. Встречаются довольно редко, в 2% случав. Встречаются у детей, подростков, женщин старого возраста. Бывают небольших размеров. Опухоль как правило солидного, плотного строения. На разрезе желтого цвета. Нет полости с жидкостью.  
КЛИНИКА.

Если это девочка, то у нее будут признаки преждевременного полового развития. Если это женщина в постменопаузном периоде, то у нее появятся признаки эстрогении: кровотечение, женщина прекрасно выглядит. (курение приводит к гипоэстрогении).

2. Андробластомы.

Это андрогенпродуцирующие опухоли. Как правило небольшие по размеру, односторонние. У женщины имеют место признаки верилизации: гирутизм (рост волос по мужскому типу), огрубение голоса, прыщи, себорея и жирные волосы, атрофия половых органов и молочных желез. Опухоли плотные, на разрезе оранжевого цвета. Сначала появляются признаки дефеминации, а затем маскулинизации.

3.. Текомы.

Это текоклеточные опухоли. Это группа теком-фибром -- плотная, односторонняя опухоль. Как правило они не бывают гормонпродуцирующими. Нередко сопровождаются триадой симптомов (триада Лейца): опухоль яичников, асцит, гидроторакс (полисерозит). Опухоль доброкачественная.

*III. ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ.*

Развиваются из остатков недифференцированых гонад, которые располагаются в области ворот яичников.

1. представителем герминогенных опухолей является дисгерминома. Особенностью дисгерменомы является то что how это односторонняя опухоль, на разрезе серого цвета. Встречается у молодых, особенно часто в детском возрасте. Наличие этой опухоли сочетается с инфантилизмом. Эта опухоль не гормонально-активная. Это единственная опухоль, которая чувствительна к лучевой терапии.
2. Тератомы.

Различают зрелые и незрелые тератомы. Зрелая тератома - это дермоидная кистома яичника. На разрезе содержит дифференцированные ткани (волосы, хрящи). Как правило, не озлокачествляются (1%), односторонняя, встречаются в молодом возрасте, располагаются в переднем своде влагалища. Незрелая тератома обладает злокачественным течением и часто озлокачествляется, метастазирует.

1. *МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ.*

*Это опухоль Крупенберга.* Представляет собой двухстороннее образование , диаметром 8-10 см. опухоли плотные, бугристые, имеют ячеистое строение, на разрезе ячейки содержат слизь ("пчелиные соты"). Являются результатом метастазирования рака желудка, кишечника и поджелудочной железы.

ЛЕЧЕНИЕ.

Только оперативное. Строго дифференцированный подход. Если киста, то ограничиваемся китэктомией. Если большая опухоль, на гистологии выявлена доброкачественная опухоль, женщина молод, ограничиваемся аднексэктомией.

Если это злокачественная опухоль, то независимо от возраста делается экстирпация матки с придатками и удалением большого сальника. 5-тилетняя выживаемость наименьшая по сравнению с раком матки и шейки матки. Удаление сальника обусловлено тем, что 18% ранних метастазов появляется в сальнике.

Химиотерапия.

Проводится если больной не операбилен. На первом месте стоят препараты платины. Это как правило однодневные курсы. Этих курсов 6-8. Тяжело переносятся больными.

При эндометриоидных кистах используется гормональная терапия. (ОПК, депопровера).

Лучевая терапия дистанционная используется в запущенных стадиях. Эффективна при дисгерменоме.

Сейчас разрабатывается препараты путем вытяжки из коры дерева ……. . это препарат коксол. Он включается в комплексную полихимиотерапию повышает ее эффективность.

Ранее делались операции "second look". На операции смотрели на сколько успешно была проведена химиотерапия. Сейчас мы имеем опухолевые маркеры, которые позволяют проводить мониторинг за результатами полихимиотерапии.

Лапороскопия. Трудновыполнима, т.к обширный спаечные процесс.