

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ. РАК ЯИЧНИКОВ

Цель занятия: Освоить: этиологию опухолей яичников. Классификацию. Кисты яичников, разновидности, методы лечения. Истинные доброкачественные опухоли яичников. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Принципы лечения, объем оперативного вмешательства. Классификация рака яичников. Клиническое течение. Пути метастазирования. Принципы комплексного лечения больных в зависимости от стадии распространения. Профилактика.

Вопросы:

1. Этиология опухолей яичников. Классификация
2. Кисты яичников. Разновидности, методы лечения.
3. Истинные доброкачественные опухоли яичников
4. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика.
5. Принципы лечения, объем оперативного вмешательства.
6. Классификация рака яичников. Клиническое течение. Пути метастазирования. Принципы комплексного лечения больных в зависимости от стадии распространения. Профилактика.



Содержание занятия:

Доброкачественные опухоли яичников (ДОЯ) – группа патологических дополнительных образований овариальной ткани, возникающих в результате нарушения процессов клеточной пролиферации и дифференцировки. Доброкачественные опухоли яичников являются острой проблемой гинекологии, поскольку довольно часто развиваются у женщин детородного возраста, вызывая снижение репродуктивного потенциала. Среди всех образований яичников доброкачественные опухоли составляют около 80%, однако многие из них склонны к малигнизации. Своевременное выявление и удаление овариальных опухолей крайне актуально в плане профилактики рака яичников.

Вопрос о **этиологии** доброкачественных опухолей яичников остается дискуссионным. Различные **теории** рассматривают в качестве этиологических моментов:

- гормональную,
- вирусную,
- генетическую природу овариальных опухолей.
-

Считается, что развитию доброкачественных опухолей яичников предшествует состояние гиперэстрогении, вызывающее диффузную, а затем, и очаговую гиперплазию и пролиферацию клеток. В развитии герминогенных образований и опухолей полового тяжа играют роль эмбриональные нарушения. Одной из причин развития опухолей является нарушение сложного механизма нейроэндокринной регуляции. Развитие опухолей яичников в большой мере зависит от повышенной секреции ФСГ гипофиза.

Механизм возникновения опухоли можно схематически представить следующим образом:

- первичное ослабление функции яичников и снижение уровня овариальных эстрогенов;
- компенсаторное повышение уровня гонадотропинов гипофиза, в первую очередь ФСГ.

В условиях длительного повышения секреции ФСГ в яичниках возникает сначала диффузная, затем очаговая гиперплазия и пролиферация клеточных элементов, которая может закончиться образованием опухоли. В последнее время широко обсуждается вопрос о наследственной форме рака яичников. Естественно, эти формы встречаются значительно реже sporadических. По данным мировой литературы, наследственными формами страдают только 5-10% больных. Успехи генной инженерии позволили выявить ряд онкогенов, экспрессия которых ассоциирована с семейными формами рака яичников и рака молочной железы. К ним относятся онкогены BRCA-1 и BRCA-2. У носительниц данных генов к 60 годам частота возникновения рака яичников может достигать 70%. Не без основания ряд авторов предлагает, учитывая такую высокую вероятность развития данной онкологической патологии, проводить у этой группы женщин профилактическое удаление придатков после завершения репродуктивного возраста.

Факторы риска по возникновению опухолей яичников:

- Раннее или позднее менархе, позднее (после 50 лет) наступление менопаузы, нарушения менструального цикла.
- С риском возникновения опухолей яичников связаны и сниженная репродуктивная функция женщины, бесплодие, невынашивание.
- Хронические воспалительные заболевания придатков матки могут формировать преморбидный фон опухолевого процесса.

Терминология:

✓ **Киста** – патологическая полость, выполненная каким-либо содержимым, возникшая в результате задержки или избыточной секреции жидкости – это опухолевидные процессы (ОПЯ), Кисты разделены на 5 основных типов:

- ретенционные
 - рамолиционные (от размягчения)
 - из персистирующих органов (атрезированного фолликула; киста желтого тела)
 - паразитарные
 - травматические.
- ✓ **Кистомы** – истинные опухоли яичников.

Гистологическая классификация опухолей яичников (ВОЗ, Женева, 1977 г.):

1) 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 или мезонефроидные (аденофиброма);

д) опухоли Бреннера (доброкачественные);

е) смешанные эпителиальные опухоли (доброкачественные)

2) Опухоли стромы полового тяжа: текома, фиброма.

3) Герминогенные опухоли: дермоидные кисты, струма яичника.

4) Опухолевидные процессы:

а) фолликулярные кисты;

б) кисты желтого тела;

в) эндометриоидные кисты;

г) простые кисты;

д) воспалительные процессы;

е) параовариальные кисты.

Построение этой классификации, названной гистологической, исходит из микроскопической характеристики опухолей. Создание такой классификации, отражающей современный уровень знаний, является прогрессивным шагом.

Клиника: Ранние стадии, как правило протекают бессимптомно. Средняя продолжительность наблюдения у специалиста по поводу опухоли яичника составляет $1,8 \pm 0,2$ года. При опухолях яичников не отмечаются какие-либо специфические симптомы. Жалобы неспецифичны. Симптомы заболевания зависят от величины и расположения опухоли.

ЖАЛОБЫ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ БОЛЬНЫМИ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Характер жалоб и симптомов	Частота встречаемости (%)
1. Боли в низу живота или в пояснице	31,2
2. Нарушение менструальной функции в детородном возрасте	24,5
3. Кровянистые выделения в менопаузе	6,0
4. Бесплодие (первичное или вторичное)	7,4
5. Дизурические явления	5,2
6. Запоры	4,8
7. Увеличение живота	3,5
8. Прочие	2,2

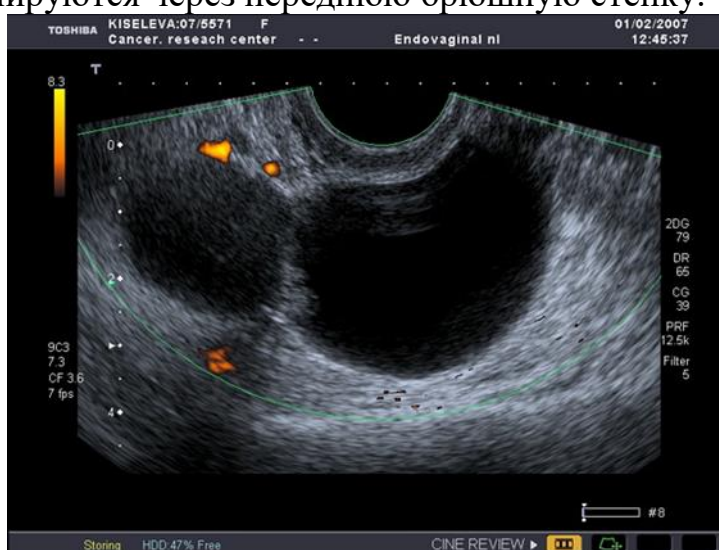
Наиболее частой жалобой являются **боли** внизу живота (31,2%), также в пояснице, иногда в паховых областях. Чаще всего они тупые, ноющего характера. Острые боли бывают лишь при перекруте ножки опухоли и при кровоизлияниях в случае разрыва капсулы опухоли. Боли не связаны с менструацией. Они возникают вследствие раздражения серозных покровов, спазма гладкой мускулатуры, нарушения кровообращения.

Второй по частоте жалобой является **нарушения менструального цикла** (24,5%), далее запоры и расстройство мочеиспускания (4,8), чувство тяжести и увеличения объема живота (3,5%), слабость и одышка, бесплодие (7,4%), отсутствуют жалобы почти у каждой третьей (28,6%).

Диагностика: Доброкачественные опухоли яичников распознаются с учетом данных анамнеза и инструментальных обследований. **При гинекологическом исследовании** определяется наличие опухоли, ее локализация, величина, консистенция, подвижность, чувствительность, характер поверхности, взаимоотношения с органами малого таза. Проведение ректовагинального исследования позволяет исключить прорастание опухоли в смежные органы. Трудности своевременной диагностики опухолей яичников, связанные с отсутствием клинически выраженных предопухолевых состояний, усугубляются их неясным патогенезом.

В последние годы все шире используется **ультразвуковое исследование (УЗИ)**, его высокая информативность, отсутствие противопоказаний обеспечивают приоритет этого метода. В последние годы отдают предпочтение трансвагинальной эхографии. Дополняет широкие диагностические возможности УЗИ пункция кистозных образований под контролем эхографии с последующим цитологическим исследованием полученной жидкости. Трансабдоминальное УЗИ и трансвагинальная эхография в 96% случаев позволяют дифференцировать доброкачественные опухоли яичников от миомы матки, воспалительных процессов в придатках.

Небольшие образования яичника предпочтительно исследовать трансвагинальным датчиком, тогда как крупные — трансабдоминальным. Оценивают размеры, структуру, наличие перегородок, ячеек, структуру и толщину капсулы, наличие взвеси или другого содержимого, пристеночных включений. Следует помнить, что у пациенток репродуктивного возраста различные фолликулярные структуры яичника размером до 3 см не следует трактовать как кисты, так как даже в нестимулированном цикле доминантный фолликул может достигать 3 см. В постменопаузе трансвагинальное исследование позволяет выявить яичник у 80–85% пациенток в виде однородной гипоэхогенной структуры. Новые перспективы в диагностике открыло внедрение методики доплерографического изучения кровотока в сосудах малого таза. Отличительным признаком сосудистой сети злокачественных опухолей является низкое сопротивление кровотоку. **Цветное доплеровское картирование** имеет определённое значение в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей, так как при злокачественных новообразованиях выявляются хорошо васкуляризованные злокачественные опухоли с атипичным венозным кровотоком и низкой резистентностью кровотока. Наличие или отсутствие кровотока в яичниковых артериях в период постменопаузы, по данным ЦДК, имеет большое значение в выборе врачебной тактики. У женщин с выраженной экстрагенитальной патологией, небольшими гладкостенными образованиями (до 3–4 см в диаметре) без кровотока возможно динамическое наблюдение. Обнаружение кровотока у данного контингента больных является показанием для оперативного лечения. Процент малигнизированных опухолей яичников достаточно высок – 51-88%, что нередко обуславливается ошибками в диагностике. Чаще всего фолликулярные кисты и кисты желтого тела обнаруживаются случайно. До 15,7% случаев больные диагностируют опухоль путем самообследования, т.к. опухоли диаметром 13-15 см и более пальпируются через переднюю брюшную стенку.



Наряду с получившими признания **гистологическими методами**, в последние годы применяются цитологические методы исследования пунктата заднего свода влагалища и брюшной полости, метод позволяет уточнить не

только добро- и злокачественность их, но и гистологическое строение опухоли.

Цитологическое исследование — самый ранний метод, предложенный для диагностики доброкачественных опухолей яичника. Однако необходимость пункции брюшной полости через задний свод влагалища, высокая частота ложноотрицательных результатов ограничивают применение этого метода. Можно использовать для контроля химиотерапии у пациенток после нерадикального лечения в репродуктивном возрасте. Иногда используют для первичной диагностики рака в недостаточно оснащённых учреждениях.

Диагностическая **лапароскопия** при доброкачественных опухолях яичников обладает 100%-ной диагностической точностью и нередко перерастает в лечебную. Истинные доброкачественные опухоли яичников дифференцируют с ретенционными кистами яичников (последние обычно исчезают в течение 1-3-х менструальных циклов самостоятельно или после назначения КОК). Лапароскопия в последнее время приобретает характер хирургического доступа, однако применение диагностической лапароскопии может быть полезно в качестве стадирующей процедуры при злокачественных опухолях, невозможности провести дифференциальный диагноз осложнения доброкачественных опухолей яичника, какой-либо формы тазового абсцесса (пиовар, пиосальпинкс) и острого аппендицита. Как правило, диагностическая лапароскопия переходит в лечебную. Необходимо во время диагностической лапароскопии взять смывы из латеральных каналов, поддиафрагмального пространства и малого таза. Возможна биопсия подозрительных участков. В ряде ситуаций диагностическая или стадирующая лапароскопия с успехом заменяет диагностическую лапаротомию. Диагностическая лапаротомия остаётся окончательным хирургическим методом дифференциальной диагностики.

В нетипичных случаях показано проведение компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии. Новым этапом в развитии современных методов диагностики явилась **компьютерная томография (КТ)**, радиологический метод, с помощью которого можно получить изображение поперечного сечения тела. КТ позволяет дифференцировать солидные образования от кистозных. КТ применяют для определения органности и внеорганности опухоли, дифференциального диагноза с дивертикулёзом сигмовидной кишки, дистопированной почкой, опухолями костей таза. Информативна КТ и для определения границ опухоли и вовлечения соседних органов. В качестве метода скрининга — чрезмерно дорогостоящая процедура.

МРТ особенно ценна для определения прорастания в подлежащие к опухоли органы, характеризуется меньшей лучевой нагрузкой по сравнению с КТ. Применение в программах скрининга возможно, однако также ограничено высокой стоимостью исследования. Возможность выявления опухоли, начиная с 2 см в диаметре, лишает эти методы значительных преимуществ перед УЗИ в программах массового скрининга.

Эндоскопические методы. Стандарты обследования и лечения включают обязательное обследование ЖКТ у всех больных с новообразованиями яичника для исключения метастазов рака желудка в яичник и вовлечения в процесс прямой и сигмовидной кишок. Обязательно проведение **эзофагогастроскопии**. От проведения **колоноскопии** можно отказаться у молодых больных с небольшими подвижными доброкачественными опухолями и кистами яичников. При невозможности провести колоноскопию допустима **ирригоскопия**. При любых нарушениях менструального цикла и постменопаузальных метrorрагиях необходимо проведение **гистероскопии** и отдельного диагностического выскабливания. Выскабливание без гистероскопии вообще у таких пациенток недопустимо. При обнаружении любых опухолевых процессов в яичниках производится **определение опухолевых маркеров** (СА-19-9, СА-125 и др.).

Порядок диагностики

1. Анамнез.
2. Гинекологическое исследование (выявление опухоли и определение ее величины, консистенции, подвижности, чувствительности, расположения по отношению к органам малого таза, характера поверхности опухоли).
3. Ректовагинальное исследование (для исключения прорастания опухоли в другие органы малого таза).
4. Ультразвуковое исследование: с наполненным мочевым пузырем; трансвагинальная эхография.
5. Пункция кистозных образований с последующим цитологическим исследованием полученной жидкости.
6. Цветовая доплерография (дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей).
7. Определение опухолеассоциированных маркеров, в частности, СА-125; СА-19,9; СА-72,4.
8. Компьютерная и/или магнитно-резонансная томография.
9. Рентгенография желудочно-кишечного тракта (для исключения метастатической опухоли, рака Крукенберга).
10. Ирригоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия.
11. Цитоскопия и экскреторная урография.
12. Лимфо- и ангиография (в исключительных случаях).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику доброкачественных опухолей яичника прежде всего проводят с опухолевидными образованиями яичников, так как это важно для выбора тактики ведения и сохранения репродуктивной функции. Ретенционные кисты яичников, как правило, представляют собой тонкостенные жидкостные образования эластической консистенции, подвижные, безболезненные, редко превышают в размерах 6 см. Может присутствовать нарушение менструального цикла. Дополнительные методы

исследования (УЗИ, ЦДК, КТ, МРТ) подтверждают наличие тонкой капсулы, гомогенное эхонегативное содержимое, отсутствие перегородок и кровотока. Доброкачественные опухоли яичников, как правило, односторонние, подвижные, тугоэластической консистенции, достигают 10–15 см в диаметре, а муцинозные цистаденомы и больше. Менструальная функция не изменена. При УЗИ обнаруживают достаточно толстую стенку кистозного образования, возможно наличие перегородок и пристеночных включений. В последнее время некоторые исследователи предлагают специальные таблицы, позволяющие на основании учёта определённых сонографических показателей (размеры опухоли, наличие перегородок, взвеси, пристеночных включений) с учётом возраста и показателей СА 125 и VEGF определять характер образования и прогнозировать наличие злокачественной опухоли яичника. Иногда при УЗИ удаётся выявить асцитическую жидкость, однако этот признак свидетельствует о развившемся процессе, так как, по современным представлениям, даже в так называемых ранних злокачественных опухолях яичника присутствует риск метастазирования в костный мозг. В дальнейшем наблюдают нарастание асцита, увеличение живота в объёме. **Двуручное исследование** позволяет обнаружить плотные вколоченные бугристые опухоли, плохо смещающиеся в малом тазу. Нужно помнить, что синдром малых признаков для рака яичников нехарактерен, и если таковое состояние присутствует, то нужно исключить опухоль ЖКТ. При эпителиальных злокачественных опухолях менструальная функция может быть не нарушена.

Эндометриоидные кисты яичников могут никак себя не проявлять, но у большей части пациенток при тщательном сборе анамнеза удаётся выявить жалобы на сильные боли и дискомфорт при половом акте, нередко приводящие к полному отказу от половой активности, иногда при наличии внутреннего эндометриоза есть скудные кровяные выделения до и после болезненной менструации. Данные УЗИ свидетельствуют о наличии образования в области придатков матки с утолщённой капсулой, изменяющегося в зависимости от фазы цикла, содержимое — мутная взвесь, трудно дифференцируемая от муцинозной цистаденомы.

Тубоовариальное воспалительное образование (абсцесс) зачастую сложно дифференцировать с доброкачественной опухолью яичника, так как характерная клиническая картина воспаления может быть стёртой, например при хламидийной этиологии воспаления, а размеры и консистенция образования может напоминать таковую при доброкачественной опухоли. Необходимо помнить, что оба состояния — абсолютное показание к оперативному лечению, и, зачастую, окончательный диагноз выставляет морфолог. Важно также учитывать, что болевой синдром при доброкачественных опухолях яичника — признак серьёзных осложнений, требующих оперативного лечения, что важно с юридической точки зрения. Миома матки с отдельным субсерозным узлом может симулировать солидную опухоль яичника. Помощь в диагностике оказывает УЗИ. При перекрыте

ножки узла клиническая картина практически идентична перекруту ножки опухоли яичника. Оба эти состояния — показание к оперативному лечению, при перекруте ножки опухоли — к экстренному.

При **беременности** редко возникает необходимость в дифференциальной диагностике с опухолью яичника. Чаще необходимо дифференцировать кисту жёлтого тела с доброкачественной опухолью яичника во время беременности. Ключевой пункт диагностики — исчезновение кисты жёлтого тела при включении гемохориального типа кровообращения, то есть к 16 неделям беременности. Если яичниковое образование к этому сроку не регрессировало — это опухоль, при которой может быть поставлен вопрос об оперативном лечении.

В случае **дивертикулёза сигмовидной кишки** может возникнуть необходимость в дифференциальной диагностике с доброкачественной опухолью яичника слева. Необходимо проведение КТ, МРТ, колоноскопии. Окончательный диагноз иногда выставляют во время проведения диагностической лапаротомии в совместной бригаде, состоящей из гинеколога и хирурга.

Спаечный процесс с образованием кистозных полостей представляет собой сложную задачу для клинициста. Заболевание возникает после перенесённых операций на органах малого таза и может клинически никак не проявляться, вызывая резонную онкологическую настороженность наблюдающего врача наличием длительно существующего образования. Характерных клинических признаков не имеет, в редких наблюдениях возможна помощь УЗИ.

Диагноз **дистопированной почки** устанавливают с помощью экскреторной урографии. **Опухоли забрюшинного пространства** и внеорганные опухоли таза возникают редко и крайне сложны в диагностике. При физикальном обследовании могут настолько деформировать анатомию малого таза, что лишь КТ и МРТ позволяют получить информацию о реальном расположении органов. **Проведение всего комплекса эндоскопических и дополнительных инструментальных методов диагностики обязательно.** В дифференциальной диагностике отдельных доброкачественных опухолей яичника друг с другом нет необходимости, так как опухоль яичника — абсолютное показание к оперативному лечению у любых пациенток.

Лечение: **Цели лечения** доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичника зависят от возраста, репродуктивного статуса и гистотипа опухоли.

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

Необходимо помнить, что в настоящее время выбор тактики ведения определяется соображениями качества жизни, в том числе сексуальной, так

как для полной социальной реабилитации пациентки необходимо быстрое возвращение больных к обычной активности.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Доброкачественные опухоли и кисты яичников, сохраняющиеся в течение 4–6 месяцев, или размером более 6 см в диаметре — абсолютное показание к госпитализации. Любые боли в низу живота у таких больных — также показание к экстренной госпитализации.

Обнаружение доброкачественной опухоли яичника является однозначным показанием к ее удалению. Эта тактика определяется тем, что не только злокачественные, но и доброкачественные опухоли яичников без операции самостоятельно не излечиваются и что промедление с их удалением даже при заведомо доброкачественных опухолях может повлечь за собой ряд осложнений. **Хирургическая тактика в отношении доброкачественных опухолей яичников определяется возрастом, репродуктивным статусом женщины и гистотипом образования.** Обычно вмешательство заключается в удалении пораженного яичника (**оофорэктомии**) или **аднексэктомии**.

- У пациенток репродуктивного возраста допустимо выполнение **клиновидной резекции яичника** с экстренной гистологической диагностикой и ревизией другого яичника.
- В перименопаузе, а также при двусторонней локализации доброкачественных опухолей яичников или подозрении на их малигнизацию удаление придатков производится вместе с удалением матки (**пангистерэктомия**).

Доступом выбора при доброкачественных опухолях яичников в настоящее время является **лапароскопический**, позволяющий уменьшить операционную травму, риск развития спаечного процесса и тромбоза, ускорить реабилитацию и улучшить репродуктивный прогноз.

Лапароскопический доступ позволяет прецизионно визуализировать и идентифицировать ткани с целью точного отделения здоровой ткани от больной. Перенесённые лапаротомии, избыточный вес, возраст не считают абсолютными противопоказаниями к оперативной лапароскопии. Современные технические возможности визуального контролируемого введения первого троакара, дооперационное УЗИ сводят риск осложнений введения первого троакара к минимуму, хотя и не редуцируют их совсем.

В постменопаузе лапароскопический доступ позволяет снизить риск послеоперационных осложнений, в том числе тромбоза, раньше активизировать пациентку, уменьшить сроки нетрудоспособности. В целом малоинвазивная хирургия позволяет обеспечить высокое качество жизни и быстрое возвращение к нормальной социальной активности. В репродуктивном возрасте при ретенционных кистах выполняют максимально щадящую резекцию яичника в пределах здоровых тканей. При доброкачественной опухоли яичника резекция яичника допустима, однако необходимы ревизия контрлатерального яичника и экстренная гистологическая диагностика. При подозрении на малигнизацию и при сомнительных данных экстренного гистологического исследования

выполняют аднексэктомия с поражённой стороны, секторальную биопсию контрлатерального яичника, оментэктомия, смывы из латеральных каналов, таза и поддиафрагмального пространства. Окончательно тактику ведения определяют после получения данных планового гистологического исследования и верификации морфологического диагноза в специализированном учреждении. В перименопаузе показана гистерэктомия с придатками, при подозрении на малигнизацию необходима оментэктомия.

Пограничные опухоли яичника в репродуктивном возрасте могут быть прооперированы в объёме аднексэктомии, секторальной биопсии второго яичника, тщательной ревизии брюшной полости с взятием смывов, если не повышены концентрации СА 125 и VEGF и гарантировано диспансерное наблюдение. Пункция кистозных образований даёт 60% ложноотрицательных результатов, кроме того, её считают недопустимой манипуляцией.

Вопрос о том, когда оперировать, должен решаться в пользу немедленного вмешательства. Это вызвано тем обстоятельством, что до операции нельзя с полной уверенностью сказать, имеется доброкачественное или злокачественное образование яичников.

Промедление с операцией недопустимо не только в силу необходимости, но и в связи с тем, что опухоль яичника может сопровождаться рядом **осложнений**:

- перекрутом ножки,
- нагноением,
- разрывом капсулы,
- прорывом содержимого опухоли в мочевой пузырь, прямую кишку.

Объём оперативных вмешательств у больных доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников

Объём оперативных вмешательств и манипуляций	Частота встречаемости (%)
Вылущивание опухоли яичника	9,4
Односторонняя овариоэктомия	12,3
Удаление придатков матки с одной стороны	17,9
Резекция яичника	4,1
Односторонняя тубоовариоэктомия с резекцией второго яичника	5,6
Односторонняя тубоовариоэктомия с взятием биопсии во втором яичнике	3,5
Вылущивание паровариальной кисты	5,0
Пункция образований под контролем УЗИ	1,4
Надвлагалищная ампутация/гистерэктомия матки с удалением придатков с одной стороны	14,0

Надвлагалищная ампутация/гистерэктомия матки с удалением придатков с обеих сторон	26,4
Консервативных операций	62,0
Радикальных операций	38,0
Всего операций	100,0

При злокачественной опухоли врачи стремятся к проведению радикальных операций для сохранения жизни больной, при доброкачественной опухоли – к консервативным, органосохраняющим.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

С позиций доказательной медицины, немедикаментозное лечение доброкачественных опухолей яичника не проводят. Ретенционные кисты регрессируют самостоятельно (иногда назначают КОК). Если ретенционное образование не исчезает в течение 1–3 менструальных циклов, а также если размеры ретенционного образования превышают 6 см в диаметре, в силу риска осложнений показана оперативная лапароскопия. При выявлении функциональных кист рекомендуют проводить гормональную терапию на подавление или нормализацию гонадотропной функции гипофиза, рекомендуется также проводить динамическое наблюдение за естественным регрессом кисты, при этом большинство ретенционных кист яичников исчезает в течение 1 – 2 месяцев. С позиций доказательной медицины, противовоспалительное, гормональное, ферментное лечение опухолевидных образований яичника достоверно не изменяет объективные результаты лечения. Лечение доброкачественных опухолей яичников только оперативное.

Программа обследования и ведения больных с опухолями яичников состоит из следующих этапов:

I этап – аналитический:

- 1) оценка анамнеза
- 2) форма живота
- 3) бимануальное исследование
- 4) ректовагинальное исследование

II этап – формирование топического диагноза

1. УЗИ
2. пункция заднего свода
3. компьютерная томография
4. рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта
5. СА – 125и др. в сыворотке крови

III этап - дополнительные методы обследования

1. иммунологические
2. исследование состояния эндометрия
3. гемостазиологическое

IV этап – лечебные мероприятия

1. опухолевидное образование менее 10 см - наблюдение в течение 3 месяцев – гормональная, противовоспалительная терапия – при отсутствии эффекта - оперативное лечение
2. до 40 лет - лапароскопия – операция с цитологическим исследованием и экспресс-гистологией препарата
 - а) опухоль односторонняя - одностороннее удаление придатков матки
 - б) опухоль двусторонняя - ампутация матки с придатками
3. старше 50 лет – лапаротомия – ампутация матки/гистерэктомия с придатками, профилактика тромботических осложнений

У этап – диспансерное наблюдение, если произведена:

- 1) **пункция кистозных образований** – 1 год – УЗИ 1 раз в 3 месяца, 2 и следующие годы – УЗИ скрининг 2 раза в год. Определение СА-125 в сыворотке крови
- 2) **резекция яичника** – 1-й год – УЗИ скрининг 2 раза, в последующие – 1 раз в год
- 3) **одностороннее удаление придатков матки** – УЗИ скрининг и СА-125 в сыворотке крови 1 раз в год.

Профилактика доброкачественных опухолей яичников

Доказано, что длительный прием монофазных КОК обладает профилактическим действием в отношении доброкачественных опухолей яичников. Для исключения нежелательных гормональных изменений, важно, чтобы подбор контрацепции осуществлялся только специалистом-гинекологом. Кроме того, отмечено, что у пациенток с реализованной генеративной функцией, доброкачественные опухоли яичников развиваются реже. **Поэтому женщинам настоятельно не рекомендуется прерывание беременности, в особенности первой.**

Также известно, что женщины, перенесшие гистерэктомию или перевязку маточных труб, имеют меньшие риски развития опухолей яичников, хотя данный протективный механизм остается невыясненным. Определенное значение в профилактике доброкачественных опухолей яичников отводится достаточному употреблению растительной клетчатки, селена и витамина А. В качестве мер скрининга доброкачественных опухолей яичников выделяют регулярные гинекологические осмотры и УЗИ малого таза.

Псевдомуцинозная (железистая) киста (ПМЖК)

ПМЖК представляет собой доброкачественную эпителиальную опухоль яичника, которая может достигать гигантских размеров. Поверхность опухоли неровная, с многочисленными выпячиваниями вследствие наличия ряда камер. Консистенция ПМЖК туго-эластическая. Стенка имеет блестящий светло-серый цвет, иногда с синюшным оттенком. На разрезе – многокамерна. Секрет, выделяемый клетками, представляет собой слизеподобное вещество – псевдомуцин, но в отличие от муцина не осаждается уксусной кислотой.

Содержимое псевдомуцинозной кистомы имеет вид густой, тягучей, коллоидной или жидкой слизеподобной массы. Киста обычно имеет ножку.

- **Анатомическая ножка** состоит из: подвешивающей связки яичника (lig suspensarium ovarii), собственной связки яичника (lig ovarii proprium) и части широкой связки (mesovarium).

- **Хирургическая ножка** - это те анатомические образования, которые приходится пересекать и перевязывать во время операции, в состав входит, кроме анатомической ножки, маточная труба, сальник, в ней проходят кровеносные, лимфатические сосуды и нервы.

Цилиоэпителиальная киста (с мерцательным эпителием) (ЦЭК)

ЦЭК представляет собой опухоль яичника, она чаще односторонняя. Стенка опухоли тонкая, при разрезе опухоли на внутренней поверхности часто выступают множественные сосочковые разрастания. Содержимое серозных кистом представляется жидким, прозрачным и имеет коричневый, красноватый или грязно-желтый цвет.

Доброкачественная герминогенная опухоль (зрелая тератома или дермоидная киста)

Форма круглая или овальная, поверхность гладкая или бугристая, при разрезе – изливается густое, похожее на сало содержимое, обнаруживаются пучки волос и зубы.

Дозревающая и незрелая тератома – наличие элементов с более низкой степенью дифференциации, характеризуется большей частотой малигнизации.

Гормонпродуцирующие опухоли яичника

Относят:

- гранулезоклеточные опухоли
- текабластомы
- арренобластомы

Отличительная особенность – выраженная гормональная деятельность.

Гранулезоклеточная опухоль (фолликулома).

Большей частью она бывает односторонней. Снаружи покрыта капсулой неравномерной консистенции, на разрезе – имеет солидное или ячеистое строение, ячейки разной величины выполнены жидкостью грязно-бурого цвета, в толще стромы опухоли встречаются эпителиальные образования в виде круглых или овальных гнезд, напоминающих фолликулы. ГКО чаще всего возникают в климактерическом и старческом возрасте, есть наблюдения и у девушек, не достигших половой зрелости. Основные клинические симптомы: длительные, обильные, беспорядочные кровотечения и увеличение молочных желез, у девушек – преждевременное половое созревание. Симптомы обусловлены резко повышенным выделением эстрогенных гормонов.

Текабластома – опухоль, развившаяся из тека-ткани яичника, является феминизирующей, с выраженным эстрогенным действием. Встречается редко, преимущественно у пожилых женщин.

Арренобластома - опухоль обычно маскулинизирующего действия, реже – феминизирующего. Встречается у женщин 20 – 35 лет, сопровождается симптомами дефеминизации (аменорея, бесплодие, атрофия молочных желез), сменяющихся затем явлениями вирилизации (оволосение по мужскому типу, снижение тембра голоса, гипертрофия клитора). Чаще всего она доброкачественна.

РАК ЯИЧНИКОВ

По своей распространенности рак яичников занимает **седьмое место** среди разновидностей рака, актуальных для женщин. Чаще всего течение заболевания характеризуется собственной незаметностью, причем признаки, указывающие на него, проявляются уже тогда, когда рак в значительной степени подвергся распространению. Примечательно, что рак яичников, симптомы которого характеризуются подобной их особенностью, обнаруживается на начальной стадии лишь у трети женщин.

ПРИЧИНЫ РАКА ЯИЧНИКОВ На сегодняшний день причины, вызывающие рак яичников, все также неизвестны. В числе возможных вариантов называют генетические факторы и гормональные изменения, а также общее состояние, характеризующее окружающую среду. Примечательно, что использование оральных контрацептивов женщинами указывает на низкую степень подверженности подобного рода новообразованиям.

Рак яичников представляет собой группу различного типа новообразований, возникающих в различных тканях в яичниках. Самый распространенный тип рака – это тот, при котором распространение раковых клеток происходит вдоль поверхности яичников. В этой области чаще всего обнаруживают доброкачественные опухоли и кисты. Преимущественно рак яичников возникает при перименопаузе или при постменопаузе.

Кроме того, **повышенная степень риска** возможного развития рака возникает у женщин с диагнозом бесплодие, у женщин, поздно родивших первенца и у женщин, у которых поздно наступила менопауза. Увеличение риска возможного развития рака в данной области актуально при наличии в семейном или в собственном анамнезе рака молочной железы, эндометрия или толстой кишки. Учитывая тот факт, что начальную стадию определить практически невозможно, постановка диагноза происходит достаточно поздно. Ранняя диагностика не предусматривает конкретного скрининг-теста. Дать точного определения относительно наличия данного заболевания не могут даже регулярные осмотры в области таза, анализы крови и ультразвуковые исследования, ориентированные по своей сути на обнаружение на ранних стадиях рака яичников.

РАК ЯИЧНИКОВ: ВИДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ Как известно, женщина имеет два яичника, которые располагаются с обеих сторон таза. Ими

вырабатываются женские гормоны (прогестерон и эстроген), а также яйцеклетки. Сами яичники покрыты эпителиальными клетками, причем подавляющее большинство опухолей развивается именно за счет данных клеток. В соответствии со спецификой, **различаются такие виды рака** как рак первичный и вторичный, а также метастатический рак.

Первичный рак (эндометриоидный рак). Он преимущественно проявляется в качестве двустороннего поражения. При этом опухоли характеризуются собственной бугристостью и плотностью, значительные размеры ими достигаются лишь в редких случаях. Морфологическая структура определяет диагноз в качестве железистого рака, располагающего очагами эпителия плоского типа. Чаще всего встречается в возрасте в пределах до 30 лет.

Рак яичника **вторичный**. Преимущественно развивается на фоне кистом, которые представляют собой кистозные опухоли доброкачественного характера. Характеризуются кистозные опухоли различными размерами и могут достигать гигантских показателей в них. Их содержимым может быть прозрачная водянистая жидкость, слизь или смазкоподобное вещество. В основном злокачественными они становятся при серозных кистомах и в разрастаниях папиллярного типа, сходных с видом цветной капусты при частичном заполнении ими полостей кист. Как правило, серозный рак возникает в возрасте в пределах 40-60, а рак муцинозный в возрасте после 60 лет. Рак яичника метастатический. Данный вид рака может образоваться из любого типа органа, который поражен раком, однако наиболее частыми отмечаются случаи рака желудка. Опухолевые клетки оттуда заносятся через ток крови или же вдоль лимфатических путей (ретроградно).

Метастатический рак характеризуется быстрым собственным разрастанием, а также течением более злокачественного характера. Нередко поражение распространяется на оба яичника. К брюшине малого таза опухоль переходит довольно рано, при этом образуются многочисленные опухолевые бугристые узлы.

СИМПТОМЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КЛАССИФИКАЦИЮ В соответствии с конкретной стадией, рак яичников обладает определенной симптоматикой и особенностями.

- **I стадия** – наблюдается ограничение опухоли одним лишь яичником;
- **II стадия** – поражение опухолью одного или обоих яичников при одновременном ее распространении в область таза;
- **III стадия** – опухоль распространяется на один яичник или на оба, возникают метастазы вдоль брюшины за пределами таза, кроме того, в комплексе или в отдельности, забрюшинные лимфатические узлы также подвергаются метастазам;
- **IV стадия** – опухоль распространяется на один яичник или на оба, метастазы имеют отдаленный характер действия.

Стадии болезни.

1 стадия - опухоль ограничена яичником

1a - капсула интактна, один яичник

1б - оба яичника, капсула интактна

1с - разрыв капсулы, опухоль на поверхности, злокачественные клетки в асцитической жидкости или смыве из брюшинной полости

2 стадия - распространение опухоли на малый таз.

2a - матка, трубы

2б - другие ткани таза

2с - злокачественные клетки в асцитической жидкости или смыве из брюшинной полости.

3 стадия - внутрибрюшинные метастазы за пределами таза и/или метастазы в регионарных лимфатических узлах.

3a - микроскопические определяемые внутрибрюшинные метастазы

3б - макроскопически определяемые внутрибрюшинные метастазы до 2 см

3с - внутрибрюшинные метастазы более 2-х см и/или метастазы в регионарных лимфоузлах

4 стадия - отдаленные метастазы (исключая внутрибрюшинные).

Метастазирование в лимфатические узлы происходит по ходу сосудов - параортальные лимфатические узлы, по ходу внутренней подвздошной вены и артерии.

Гистологические типы злокачественных эпителиальных опухолей яичников (ВОЗ 2003):

- серозная карцинома,
- эндометриоидная карцинома,
- муцинозная карцинома,
- светлоклеточная карцинома,
- злокачественная опухоль Бреннера,
- переходно-клеточная карцинома,
- плоскоклеточная карцинома,
- смешанная эпителиальная карцинома,
- недифференцированная карцинома.

Стадирование рака яичников по TNM и FIGO* (7-е издание, 2010)

TNM FIGO

- TX Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
- T0 Первичная опухоль не определяется
- Tis 0 Преинвазивная карцинома (carcinoma in situ)
 - T1 I Опухоль ограничена яичниками
 - T1a IA Опухоль ограничена одним яичником, капсула не повреждена, нет опухолевых разрастаний на поверхности яичника, нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости

- T1b IB Опухоль ограничена двумя яичниками, их капсулы не повреждены, нет опухолевых разрастаний на поверхности яичников, нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости
- T1c IC Опухоль ограничена одним или двумя яичниками и сопровождается любым из следующих факторов: разрыв капсулы, наличие опухолевых разрастаний на поверхности яичников, наличие злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости.
- T2 II Опухоль поражает один или два яичника с распространением на малый таз.
- T2a IIA Вростание и/или метастазирование в матку и/или в одну или обе трубы, нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смыве из брюшной полости.
- T2b IIB Распространение на другие ткани таза, нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смыве из брюшной полости.
- T2c IIC Распространение в пределах таза с наличием злокачественных клеток в асцитической жидкости или смыве из брюшной полости.
- T3 и/или N1

III Опухоль поражает один или оба яичника с микроскопически подтвержденными внутрибрюшинными метастазами за пределами таза и/или метастазами в регионарных лимфатических узлах.

- T3a IIIA Микроскопически подтвержденные внутрибрюшинные метастазы за пределами таза.
- T3b IIIB Макроскопические внутрибрюшинные метастазы за пределами таза до 2 см включительно в наибольшем измерении.
- T3 и/или N1 IIIC Внутрибрюшинные метастазы за пределами таза более 2 см в наибольшем измерении и/или метастазы в регионарных лимфатических узлах (подчревных, общих/наружных подвздошных, боковых крестцовых, парааортальных или паховых лимфоузлах)
- T4M1 IV Отдаленные метастазы (исключая внутрибрюшинные метастазы).

Примечание: метастазы в капсуле печени классифицируются как стадия III, метастазы в паренхиме печени классифицируются как M1/стадия IV. При обнаружении в плевральной жидкости раковых клеток процесс классифицируется как M1/стадия IV

РАК ЯИЧНИКОВ: СИМПТОМЫ Рак яичников характеризуется неспецифическими симптомами, как правило, маскируясь под те или иные распространенные заболевания. В частности, таковыми могут выступать

заболевания пищеварительной системы или же заболевания, возникающие в области мочевого пузыря. Зачастую ставится ложный диагноз по причине сходной симптоматики, при этом диагностирование рака, опять же, возникает на более поздней его стадии. Основная особенность рака заключается в постоянном наличии конкретных симптомов или постепенном их усугублении. К примеру, заболевания пищеварительной системы, за которые изначально можно принять рак, располагают определенной периодичностью собственных проявлений, в то время как при раке симптомы, как мы отметили, могут и присутствовать постоянно, и усугубляться.

Наиболее **частыми симптомами** выступают следующие проявления:

- Ощущение переедания, вздутия живота или его вспучивание;
- Позывы к немедленному мочеиспусканию;
- Боли в области таза, ощущение дискомфорта;
- Метеоризм;
- Тошнота;
- Несварение желудка в постоянном режиме;
- Повышение частоты мочеиспусканий;
- Увеличение в объемах талии;
- Ухудшение аппетита;
- Быстрое изменение веса (в большую или в меньшую сторону);
- Болезненные ощущения при половом акте;
- Боли в области поясницы, внизу живота.
- Большинство женщин с данным диагнозом сталкивается также и с симптомами неспецифического характера, в числе которых чаще всего возникает **диспепсия, преждевременное насыщение употребляемой пищей, вздутие живота, поясничные боли, боли, вызываемые скоплением газов.**

Более **поздние стадии рака** характеризуются проявлениями симптомов в виде **тазовой боли и анемии, увеличения живота из-за опухоли, кахексии.** Основной симптом, указывающий на рак, определяется при проведении осмотра либо специального исследования. Заключается он в синдроме «плюскатней», характерный признак этого заключается в синдроме патологических выделений, при которых в мокроте и в испражнениях появляется кровь. Этот симптом актуален как при больших в размерах опухолях, так и в опухолях небольших.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯИЧНИКОВ Для лечения данного заболевания используются хирургические методы лечения, химиотерапия (в т.ч. и гормонотерапия), а также лучевые методы. Основным методом при этом заключается в хирургическом вмешательстве, второе место в этом случае закреплено за химиотерапией, которая проводится в комбинации с хирургическим лечением. Лучевая терапия носит малоэффективный характер, потому она актуальна в комбинации с перечисленными методами лечения

заболевания. Гормональная терапия в данном случае носит вспомогательный характер. При подозрении на рак яичников требуется консультация врача онколога или гинеколога.

Контрольные вопросы к теме и эталоны ответов

1. В состав хирургической ножки яичника не входит:

- а) воронко-тазовая связка;
- б) собственная связка яичника;
- в) мезовариум;
- г) труба;
- д) круглая связка.

Эталон ответа: Д

2. Кистомы яичников:

- а) это доброкачественные опухоли;
- б) увеличиваются в размере вследствие пролиферации клеток;
- в) имеют капсулу;
- г) могут малигнизироваться;
- д) все перечисленное верно.

Эталон ответа: Д

3. При небольшом кровотечении из яичника, обнаруженном лапароскопически, производится:

- а) лапаротомия и ушивание яичника;
- б) диатермокоагуляция яичника под контролем лапароскопии;
- в) лапаротомия и резекция яичника;
- г) лапаротомия и удаление придатков матки на стороне поражения.

Эталон ответа: Б

4. Типичным осложнением поперечного надлобкового доступа является ранение:

- а) кишечника;
- б) мочевого пузыря;
- в) мочеточника;
- г) правильные ответы а) и б);
- д) все ответы правильные.

Эталон ответа: Б

5. К опухолевидным образованиям яичников относят все перечисленные ниже, кроме:

- а) дермоидной кисты;
- б) фолликулярной кисты;
- в) кисты желтого тела;
- г) пиовара;
- д) тека-лютеиновой кисты.

Эталон ответа: А

6. Какое осложнение наиболее часто встречается при доброкачественных опухолях яичников?

- а) перекрут ножки опухоли;

- б) кровоизлияние в полость опухоли;
- в) разрыв капсулы;
- г) нагноение содержимого;
- д) сдавление соседних органов.

Эталон ответа: А

7. К гормонально-активным опухолям яичников относят все перечисленные ниже, кроме:

- а) гранулезоклеточной опухоли;
- б) дисгерминомы;
- в) тека-клеточной опухоли;
- г) андробластомы;
- д) арренобластомы.

Эталон ответа: Б

8. Наиболее информативно в дифференциальной диагностике между миомой матки и опухолью яичника:

- а) двуручное влагалищное исследование
- б) УЗИ
- в) проба с пулевыми щипцами;
- г) лапароскопия;
- д) зондирование полости матки.

Эталон ответа: Г

1. Гидроторакс – одно из клинических проявлений:

- а) гранулезоклеточной опухоли;
- б) дисгерминомы яичника;
- в) фибромы яичника;
- г) муцинозной цистаденомы;
- д) зрелой тератомы.

Эталон ответа: С

2. При операции по поводу параовариальной кисты производится:

- а) вылушивание кисты;
- б) удаление придатков на стороне поражения;
- в) удаление яичника на стороне поражения;
- г) резекция яичника на стороне поражения.

Эталон ответа: А

3. Характерные особенности кист яичников:

- а) это – ретенционные образования;
- б) увеличиваются в размере вследствие пролиферации клеток;
- в) не имеют капсулы;
- г) могут малигнизироваться;
- д) все перечисленное выше верно.

Эталон ответа: А

4. Поперечный надлобковый доступ по сравнению с нижнесрединным имеет все преимущества

- а) меньшего риска эвентрации при воспалительных послеоперационных осложнениях;
- б) лучшего косметического эффекта;
- в) технической простоты исполнения;
- г) возможности раннего вставания и более активного поведения больной в послеоперационном периоде;
- д) меньшей вероятности развития послеоперационных грыж.

Эталон ответа: В

5. При перекруте ножки опухоли яичника наблюдаются:

- а) сильные боли в низу живота;
- б) неподвижная, резко болезненная опухоль в малом тазу при бимануальном исследовании;
- в) симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли;
- г) правильные ответы а) и б);
- д) все ответы правильные.

Эталон ответа: Д

6. Лечение доброкачественных опухолей яичника в детском и пубертатном возрасте заключается:

- а) в проведение курса химиотерапии;
- б) в назначении гормонотерапии;
- в) в двухстороннем удалении придатков;
- г) в резекции пораженного яичника;
- д) в надвлагалищной ампутации матки с придатками;

Эталон ответа: Г

15.Обследование по поводу опухоли яичника может включать:

- а) рентген желудка;
- б) ректороманоскопию;
- в) гормональную кольпоцитологию;
- г) цитологическое исследование мазков-соскобов с шейки матки;
- д) флебографию;

Эталон ответа: А

16.Согласно современным гипотезам ведущее место в генезе опухолей яичника отводится:

- а) нарушения гормонального баланса в системе «гипофиз-яичник»;
- б) частым беременностям;
- в) гормональной контрацепции;
- г) внутриматочной контрацепции;
- д) вирусной инвазии;

Эталон ответа: А

17.Хирургическая ножка опухоли яичника включает:

- а) маточную трубу;
- б) собственную связку яичника (liq. ovarii proprium);
- в) связку, подвешивающую яичник (liq. suspensorium ovarii);
- г) круглую маточную связку (liq. teres ovarii);
- д) кардинальную связку (liq. cardinale);

Эталон ответа: А, Б, В.

18.Симптомокомплекс, характерный для гранулезоклеточной опухоли яичника, включает:

- а) галакторею;
- б) маскулинизацию больной;
- в) преждевременное развитие вторичных половых признаков;
- г) кровотечение в менопаузе;
- д) снижение либидо;

Эталон ответа: В,Г.

19. Операцией выбора при доброкачественной опухоли яичника в пре- и постменопаузе является:

- а) резекция яичника;
- б) удаление придатков со стороны поражения;
- в) двухстороннее удаление придатков;
- г) надвлагалищная ампутация матки с придатками;
- д) надвлагалищная ампутация матки с придатками и оментэктомия;

Эталон ответа: Г.

20. Виды рака яичников?

- а) первичный
- б) вторичный,
- в) метастатический рак

Эталон ответа: а,б,в.

21. Стадии развития рака яичников?

1 стадия - опухоль ограничена яичником

1а - капсула интактна, один яичник

1б - оба яичника, капсула интактна

1с - разрыв капсулы, опухоль на поверхности, злокачественные клетки в асцитической жидкости или смыве из брюшинной полости

2 стадия - распространение опухоли на малый таз.

2а - матка, трубы

2б - другие ткани таза

2с - злокачественные клетки в асцитической жидкости или смыве из брюшинной полости.

3 стадия - внутрибрюшинные метастазы за пределами таза и/или метастазы в регионарных лимфатических узлах.

3а - микроскопические определяемые внутрибрюшинные метастазы

3б - макроскопически определяемые внутрибрюшинные метастазы до 2 см

3с - внутрибрюшинные метастазы более 2-х см и/или метастазы в регионарных лимфоузлах

4 стадия - отдаленные метастазы (исключая внутрибрюшинные).

22. Гистологические типы злокачественных эпителиальных опухолей яичников (ВОЗ 2003):

- серозная карцинома,
- эндометриоидная карцинома,

- муцинозная карцинома,
- светлоклеточная карцинома,
- злокачественная опухоль Бреннера,
- переходно-клеточная карцинома,
- плоскоклеточная карцинома,
- смешанная эпителиальная карцинома,
- недифференцированная карцинома.

23. ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯИЧНИКОВ

Для лечения данного заболевания используются

- хирургические методы лечения,
- химиотерапия (в т.ч. и гормонотерапия),
- лучевые методы.

Студент должен знать.

1. Этиопатогенез доброкачественных новообразований яичников;
2. Гистологическую классификацию доброкачественных опухолей;
3. Классификацию опухолевидных образований яичников;
4. Методы диагностики опухолевидных образований;
5. Врачебную тактику при обнаружении истинной опухоли и опухолевидного образования придатков;
6. Технику оперативных вмешательств при опухолях придатков.

Студент должен уметь.

1. Собрать правильно гинекологический анамнез;
2. Диагностировать опухолевидные образования придатков при влагалищном исследовании;
3. Наметить план дальнейшего обследования больной;
4. Интерпретировать результаты ультразвукового сканирования (дифференцировать опухолевидное образование с истинной опухолью);
5. Оказать помощь больной с перекрутом ножки опухоли яичника на догоспитальном этапе.

Студент должен владеть

1. Сбором гинекологического анамнеза;
2. Диагностикой опухолевидных образований придатков при влагалищном исследовании;
3. Назначением плана обследования больной с ДОЯ;
4. Интерпретацией результатов ультразвукового сканирования (дифференцировать опухолевидное образование с истинной опухолью);

Рекомендуемая литература :

1. 1. Гинекология: Учебник / Б. И. Баисова и др. ; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2012. – 432 с. : ил.

2. Гинекология. Национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, И.Б. Манухина, В.Е Радзинского. ГЭОТАР-Медиа. 2017, 1048с.

3. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. - 4-е изд., перераб. и доп. / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. -1024с.: ил.

4. Сидорова И.С., Макаров И.О. Доброкачественные и пограничные опухоли яичников. – М.: ООО «Мед. инф. аг.». – 2006. – 72 с.

5. Ашрафян Л.А., Киселев В.И. Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез). – М.- 2008. –208 с.

6. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: руководство для врачей – 3-е изд., перераб. / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 272 с. : ил. – (Серия «Библиотека врача-специалиста»).

7. Гинекология от пубертата до постменопаузы / Под ред. Э.К. Айламазяна. – М.- «МЕДпресс-информ» - 2006 –491с.

8. Гиперпластический синдром в гинекологии: монография / А.С. Вишневкий. – СПб., Информ-Мед, 2013. – 188 с.

9. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. М.: НГМА. – 2003. – 183 с.