

Миома матки

Миома матки - доброкачественная гормонально-зависимая опухоль миометрия, возникает у женщин репродуктивного возраста (пик заболеваемости приходится на 40 лет).

Миома матки составляет до 30% гинекологических заболеваний.

Миома матки- моноклональный, гормончувствительный пролиферат, состоящий из фенотипически измененных гладкомышечных клеток миометрия.

Частота возникновения миомы матки

- Частота в общей популяции колеблется от 70 до 85 %
- Частота в структуре гинекологических заболеваний по данным различных авторов, от 10 до 27% [Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., 2004; Bianchi S. et al., 1993; Parazzini F., Chiaffarino F. 2006].

Этиология и патогенез.

- Современные представления о развитии миомы матки основаны на гормональной теории. Нарушения экскреции и метаболического превращения эстрогенов, а также соотношения фракций эстрогенов (преобладание эстрона и эстрадиола в фолликулиновую, а эстриола - в лютеиновую фазу) приводят к морфологическим изменениям в миометрии. Масса миометрия может увеличиваться в результате как гиперплазии гладкомышечных клеток, которая инициируется эстрогенами, так и гипертрофии этих клеток. Наряду с эстрогенами рост миомы стимулирует прогестерон.
- Наряду с гормональными аспектами патогенеза миомы матки немаловажную роль играют изменения иммунной реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции, выраженные изменения гемодинамики малого таза, а также наследственная предрасположенность.
- В увеличении миомы значительную роль играют фенотипическая трансформация гладких мышечных клеток и дегенеративные изменения в условиях нарушенной микроциркуляции.

Этиология и патогенез

- Опухолевый рост является следствием нарушения тканевого гомеостаза, поддерживаемого балансом между двумя процессами:
 - клеточной пролиферацией;
 - апоптозом;
- Клетки миомы матки обладают значительно более высокой митотической активностью в обе фазы менструального цикла, чем клетки неизмененного миометрия.

- ◎ **Ключевыми факторами патогенеза миомы матки считаются:**
- ◎ **половые стероидные гормоны-** физиологические регуляторы клеточной пролиферации миометрия.
- ◎ В отличие от нормального миометрия миома содержит гораздо больше эстрогеновых рецепторов на единицу объема ткани, число которых особенно возрастает в фолликулиновую фазу, и поэтому ткань миомы матки чрезвычайно чувствительно к эстрогенам.

- ◎ *В последние годы основополагающее значение приобретает:*
- ◎ « прогестероновая » гипотеза, в соответствии с которой, не только эстридиол 17-в, но и, в большей степени , прогестерон играет ключевую роль в инициировании каскада малекулярно- генетических нарушений, возникающих в процессе роста опухоли.
- ◎ *Основными модуляторами клеточного роста являются :*
- ◎ инсулиноподобный фактор роста,
- ◎ семейство эпидермального фактора роста
- ◎ трансформирующий фактор роста.

- В зависимости от соотношения мышечной и соединительной ткани узлы подразделяют на миомы, фибромы и фибромиомы.
- По морфогенетическим признакам выделяют простые миомы, развивающиеся по типу доброкачественной мышечной гиперплазии, и пролиферирующие миомы с морфогенетическими критериями истинной доброкачественной опухоли.

1. По локализации в различных отделах матки в 95% наблюдений опухоль располагается в теле матки и в 5%- в ее шейке.

2. *По отношению к мышечному слою матки различают три формы роста опухоли:*

Интрамуральная форма (межмышечную)(опухоль располагается в толще стенки матки)

1. Субмукозная (подслизистую) (рост миомы происходит по направлению к полости матки)

2. Субсерозная (подбрюшинную)(рост миомы происходит по направлению к брюшной полости).

- Субмукозные миоматозные узлы могут характеризоваться различным топографическим расположением. В зависимости от локализации, ширины основания миоматозного узла и величины интрамурального компонента выделяют следующие типы субмукозных миом:
 - 0 тип - субмукозные узлы на ножке, без интрамурального компонента;
 - I тип - субмукозные узлы на широком основании с интрамуральным компонентом менее 50%;
 - II тип - миоматозные узлы с интрамуральным компонентом 50% и более. Для субсерозной миомы существует аналогичная классификация:
 - 0 тип - субсерозный узел на ножке, без интрамурального компонента;
 - I тип - интрамуральный компонент составляет менее 50% от объема узла, большая его часть является субсерозной;
 - II тип - интрамуральный компонент представляет более 50% объема миоматозного узла, субсерозный компонент выражен мало.

Клиническая симптоматика и диагностика

- Для субмукозной миомы характерны длительные, обильные менструации со сгустками (меноррагии), которые могут продолжаться в межменструальный период (метроррагии). Маточные кровотечения приводят к развитию анемии. Наряду с маточными кровотечениями бывают тянущие и схваткообразные боли внизу живота. В результате сокращений матки при 0 типе субмукозной миомы может произойти самопроизвольная экспульсия миоматозного узла. При рождающемся миоматозном узле боли бывают интенсивными и схваткообразными. Субмукозная миома матки нередко сопровождается бесплодием и невынашиванием беременности.

Миома матки



ДИАГНОСТИКА

- **Ультразвуковое сканирование** (трансвагинальное ультразвуковое сканирование);
- **МРТ матки** (для уточнение локализации и размеров).
- **Гистероскопия** (при субмукозной форме у женщин репродуктивного возраста)
- **Лапароскопия** (у женщин репродуктивного возраста для проведения более точной диагностики и хирургического лечения
- **Лапароскопическая миомэктомия**- при субсерозной и субсерозной-интрамуральной формах).

- При бимануальном гинекологическом исследовании пациенток с субмукозным расположением миомы тело матки может быть увеличено незначительно. У больных с рождающимся субмукозным узлом определяется сглаженность шейки матки, в цервикальном канале пальпируется округлой или овоидной формы миоматозный узел плотной консистенции. Диагноз можно уточнить во время осмотра с помощью зеркал: миоматозный узел пролабирует из цервикального канала во влагалище, как правило, он белесоватого цвета, с выраженным сосудистым рисунком или петехиальными кровоизлияниями. Отдельные субсерозные миоматозные узлы пальпируются отдельно от матки как округлые плотные подвижные образования. Субсерозные узлы приводят к увеличению матки и изменению ее формы. Матка может достигать значительных размеров, ее поверхность становится бугристой, миоматозные узлы при пальпации плотные, а при нарушении кровообращения - болезненные. Интралигаментарные миоматозные узлы определяются сбоку от матки и выполняют параметрий. Нижний полюс узла достижим при пальпации через боковой свод влагалища, он плотной консистенции, ограничено подвижный при попытке смещения.

- У больных с интерстициальной миомой пальпируется плотная увеличенная матка с гладкой или бугристой поверхностью, как правило, безболезненная. В прошлом основным методом диагностики подслизистых миоматозных узлов у пациенток с жалобами на обильные менструации, схваткообразные боли во время менструации и маточные кровотечения в постменопаузе была метрография. Рентгенологические признаки миомы матки: расширение или искривление ее тени, субмукозные миоматозные узлы определяются в виде дефектов наполнения с четкими контурами, чаще на широком основании.
- В настоящее время одним из наиболее информативных методов диагностики миомы матки является эхография . Информативность УЗИ в диагностике миомы матки, по данным разных авторов, достигает 92,8-95,7%.

Миома матки. Субмукозный узел. Трехмерное УЗИ



Миома матки. Интерстициальный узел. Трехмерное УЗИ



Миома матки. I тип субмукозного узла. Гидросонография

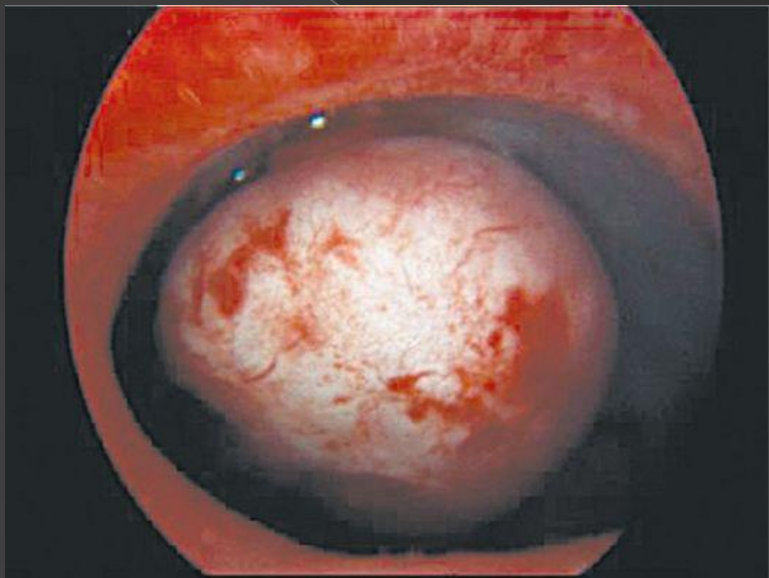


Миома матки. II тип субмукозного узла. Полип эндометрия. Гидросо- нография



- Ультразвуковое сканирование дополняется исследованием пери-и интранодулярного кровотока для уточнения морфотипа опухоли. УЗИ, дополненное доплерографией, позволяет оценить особенности кровообращения в миоматозных узлах . При простой миоме регистрируется единичный периферический кровоток, при пролиферирующей - интенсивный центральный и периферический внутриопухолевый кровоток.
- Для уточнения топографического расположения миоматозных узлов можно использовать ультразвуковые томографы, дающие трехмерное ультразвуковое изображение. Трехмерная реконструкция наиболее информативна для субмукозной локализации узлов, она позволяет также оценить сопутствующий гиперпластический процесс в эндометрии

Гистероскопия



Субмукозный узел 0 типа.



Субмукозный узел I
типа



Субмукозный узел II
типа

Гистероскопические признаки миомы матки

Эндоскопическая картина подслизистой миомы матки основывается на визуализации в ее полости образования:

- ◎ **округлой или овальной формы**
- ◎ **бледно-розового цвета**
- ◎ **с гладкой поверхностью.**
- ◎ Узлы миомы небольших размеров (дм до 30-40 мм) на тонком основании, расположенные в верхних отделах полости матки, определяются в виде:
 - ◎ « гроздьев»
 - ◎ бледно- розового или белесоватого оттенка, свисающих в ее просвет.

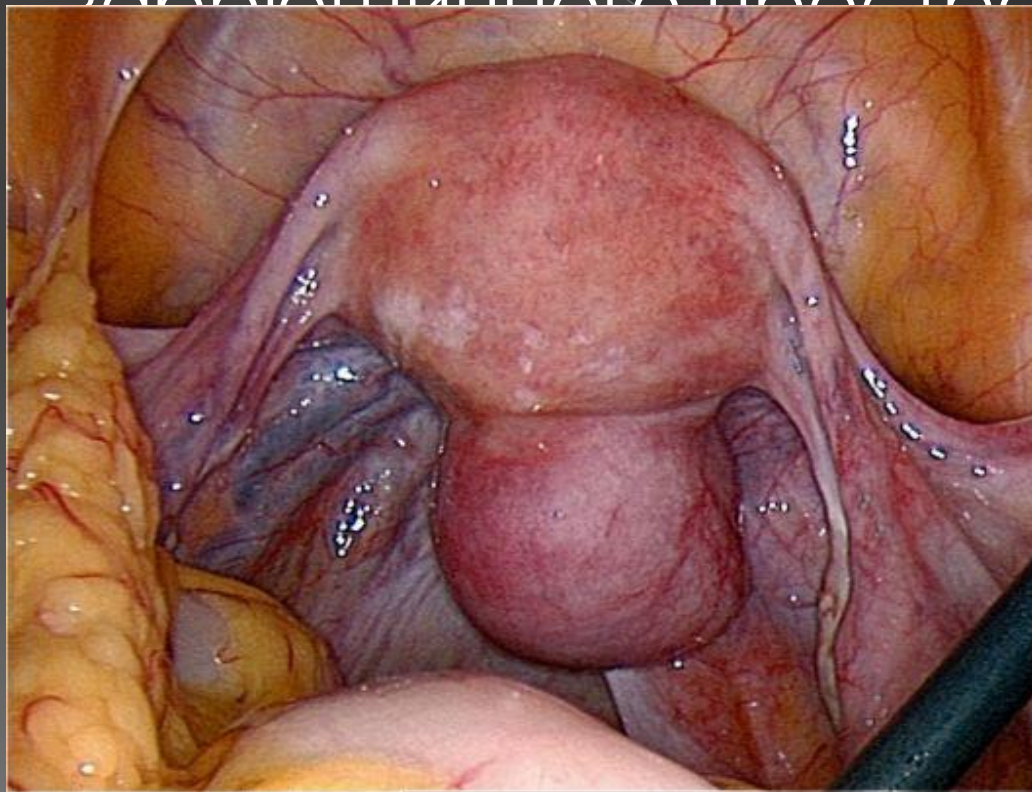
- Для дифференциальной диагностики субсерозных узлов и опухолей забрюшинного пространства, увеличенных лимфатических узлов, опухолей малого таза и брюшной полости наряду с УЗИ применяют КТ и МРТ



МРТ- признаки миомы матки

- ⊙ Четко отчерченные образования, резко выделяющиеся из окружающего миометрия.
- ⊙ С интенсивного сигнала от равномерно низкой до равномерно высокой.
- ⊙ Миомы с дегенеративными изменениями (гиалиновые, кистозные) имеют :
- ⊙ характерный пятнистый или гомогенный вид с неоднородными по интенсивности сигналами.

- Диагностическая лапароскопия показана при невозможности дифференциальной диагностики субсерозной миомы матки, опухолей брюшной полости и забрюшинного пространства



ми

Лечение

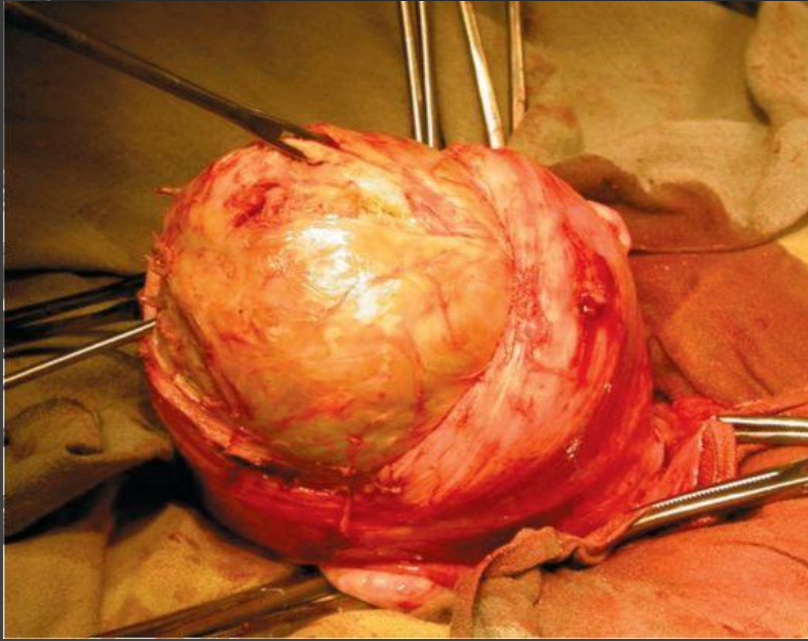
- Вопрос о целесообразности лечения при небольшой миоме матки без клинических проявлений окончательно не решен. Тем не менее, таким пациенткам показано динамическое наблюдение у гинеколога с обязательным ультразвуковым контролем 1 раз в год. Больным дают рекомендации, направленные на профилактику дальнейшего роста миомы и регуляцию гипоталамо-гипофизарно-яичниковых взаимоотношений. Пациенткам рекомендуют избегать тепловых процедур, им нельзя загорать на солнце и в солярии. Миома может увеличиться вследствие массажа и физиотерапии по поводу соматических заболеваний. С целью регуляции менструальной функции рекомендуется витаминотерапия по фазам менструального цикла (фолиевая кислота и витамины группы В в 1-ю фазу и витамин Е, аскорбиновая кислота - во 2-ю фазу) или использование гормональных контрацептивов. Предпочтительны монофазные эстроген-гестагенные препараты и низкодозированные гестагены.

- Консервативная терапия миомы матки проводится с целью торможения роста или для обратного развития опухоли, лечения менометроррагий и анемии. С этой целью назначают прогестагены: норэтистерон, линэстренол, медроксипрогестерон. Под действием этих препаратов миома и соответственно матка уменьшаются в среднем на 1-2 нед беременности; уменьшается кровопотеря при менструации и нормализуется уровень гемоглобина. В репродуктивном возрасте прогестагены назначают циклически с 16-го по 25-й день менструального цикла или с 5-го по 25-й день в течение 6-24 мес. Как правило, клинический эффект удается получить при миоме, не превышающей 8 нед беременности. У пациенток перименопаузального возраста целесообразно использовать прогестагены в непрерывном режиме в течение 6 мес, тем самым способствуя медикаментозной атрофии эндометрия и наступлению менопаузы. Для создания медикаментозной менопаузы применяют также антигестагены - гестринон. Для лечения миомы матки в настоящее время апробирован антигестаген мифепристон (Ru486), однако еще не отработаны дозы препарата и сроки лечения.
- На рост миоматозных узлов влияют α-ГнРГ (гозерелин, трипторелин, бусерелин и др.). Под действием α-ГнРГ возможно уменьшение объема миоматозных узлов до 55%. Однако после прекращения приема препарата и восстановления менструальной функции у ряда больных начинается экспансивный рост миомы с признаками нарушения ее питания. Использование α-ГнРГ целесообразно у пациенток перименопаузального периода, поскольку обуславливает стойкую редукцию стероидогенеза, наступление менопаузы и, как следствие, купирование патологических симптомов миомы матки.

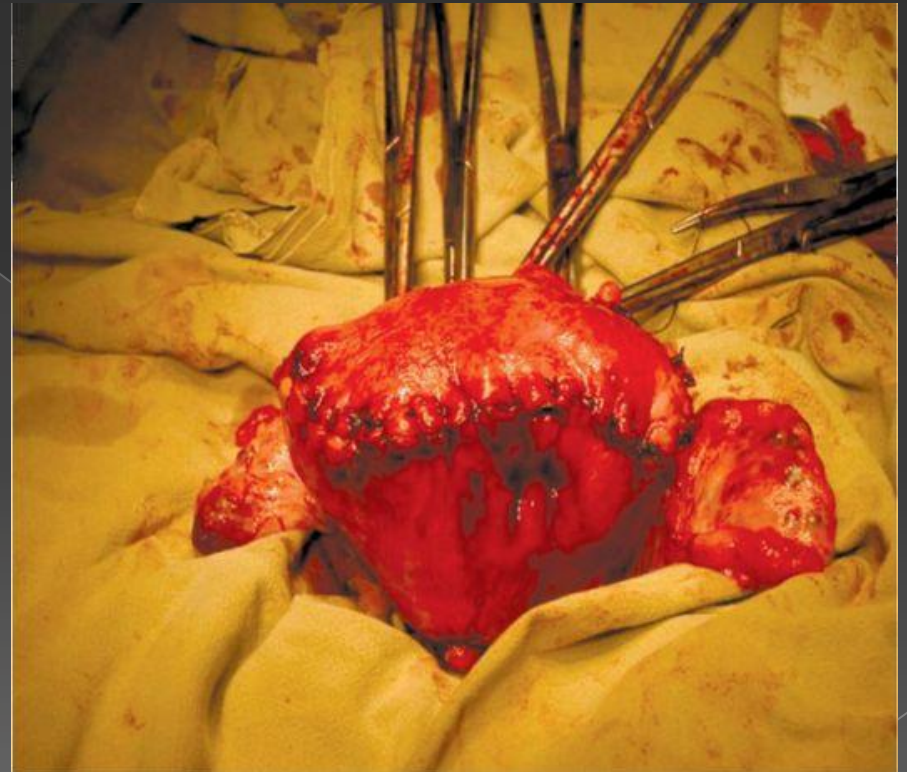
- Хирургическое лечение миомы матки может быть радикальным или органо-сохраняющим. Радикальное хирургическое лечение в объеме гистерэктомии показано при:
 - • большом размере миомы (13-14 нед беременности);
 - • быстром росте миомы (более 4 нед за год);
 - • нарушении питания, некрозе миоматозного узла;
 - • шейечной миоме;
 - • миоме матки и менометроррагии, анемизирующей больную;
 - • росте миомы в постменопаузе;
 - • нарушении функции соседних органов.

- Органосохраняющие операции. Существуют методы оперативного вмешательства, позволяющие сохранить адекватное кровоснабжение яичников путем выделения восходящих ветвей маточных артерий и сохранить менструальную функцию при высокой надвлагалищной ампутации, а также де-фундации матки.
- Менструальную и репродуктивную функции при миоме матки может сохранить миомэктомия, которая заключается в удалении миоматозных узлов и сохранении тела матки. Она может осуществляться лапаротомическим, лапароскопическим и гистероскопическим доступами. Выбор хирургического доступа зависит от:
 - - величины матки;
 - - локализации миоматозных узлов;
 - - числа и величины миоматозных узлов;
 - - предоперационной гормональной подготовки;
 - - оснащенности эндоскопическим оборудованием;
 - - опыта хирурга в выполнении эндоскопических операций.
- При субмукозных миоматозных узлах выполняется трансцервикальная миомэктомия под контролем гистероскопии. Гистероскопическая миомэктомия (механическая, электрохирургическая и с помощью лазера) стала оптимальным методом удаления субмукозных миоматозных узлов.

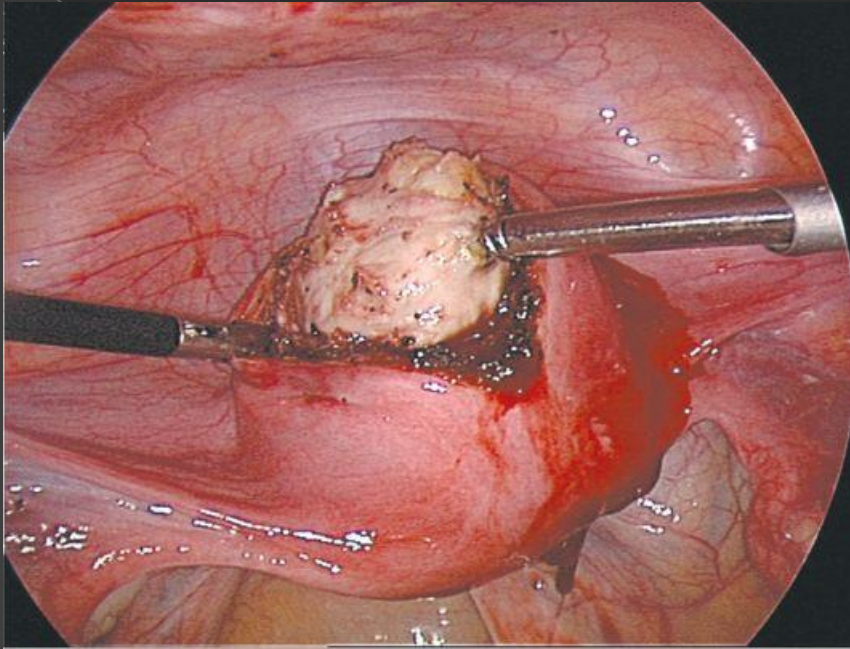
- Выбор метода трансцервикальной миомэктомии зависит от:
 - - типа субмукозного узла, его локализации и величины;
 - - оснащенности эндоскопическим оборудованием;
 - - оперативных навыков хирурга в эндоскопии.
- Механическая миомэктомия возможна при субмукозных узлах 0 и I типов с незначительным интерстициальным компонентом. При этом можно удалить даже большие подслизистые узлы. Возможность удаления механическим путем зависит также от локализации узла; легче всего удалять узлы, расположенные в дне матки.
- Электрохирургическая миомэктомия (гистерорезекция) показана при суб-мукозных узлах I и II типов. В зависимости от размера и типа субмукозного узла операцию можно выполнять одномоментно или в два этапа. Двухэтап-ная операция рекомендуется при узлах, у которых большая часть располагается в стенке матки (II тип по гистероскопической классификации)
- К факторам, ограничивающим трансцервикальную резекцию субмукозных узлов, относятся:
 - - миоматозный узел диаметром более 5 см в диаметре;
 - - рубцы на матке после кесарева сечения и миомэктомии;
 - - сопутствующая патология эндометрия, труб и яичников.



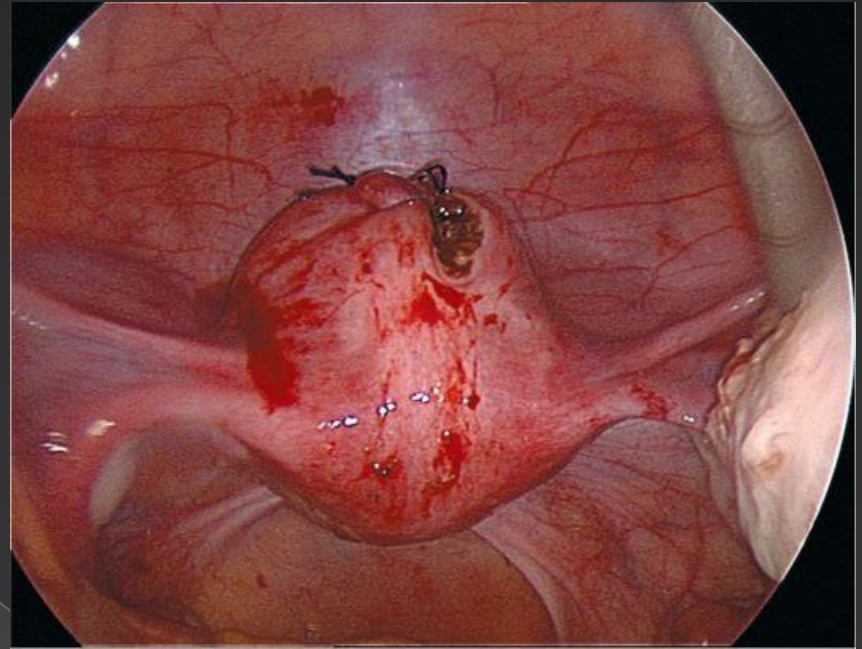
Миомэктомия.
Лапаротомия



Шов после миомэктомии.
Лапаротомия



Миомэктомия.
Лапароскопия



Шов после миомэктомии.
Лапароскопия

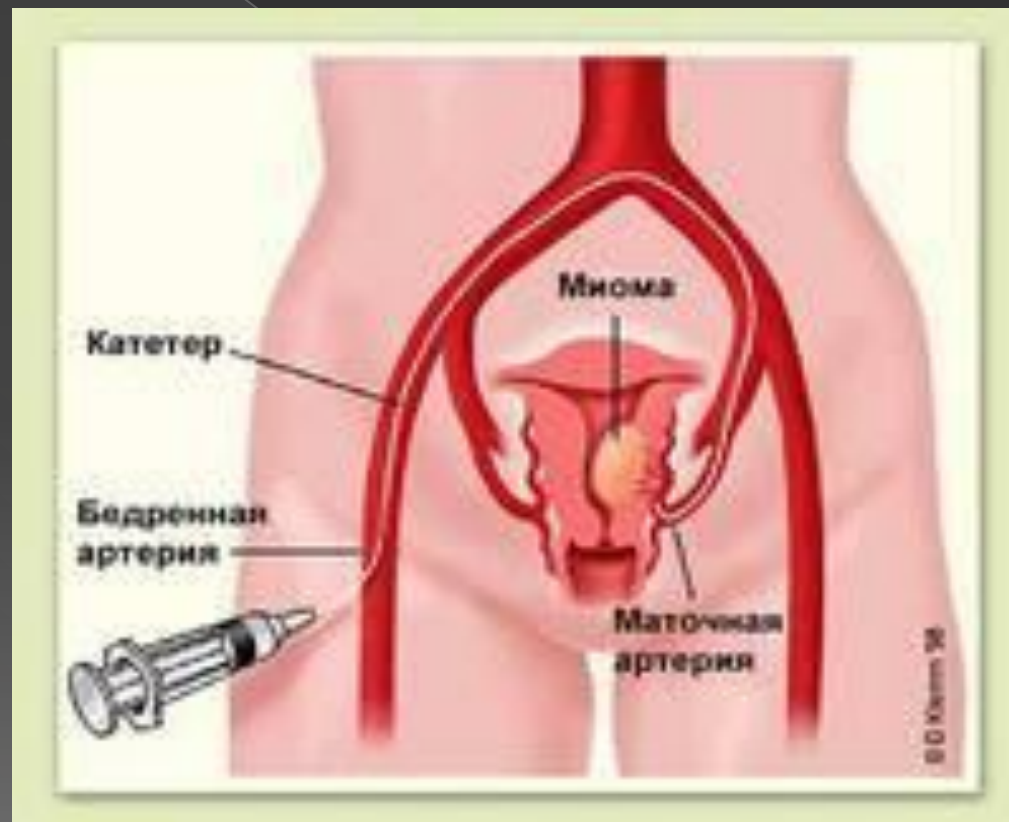
Эмболизация маточных артерий

Эмболизация маточных артерий (ЭМА, эндоваскулярная эмболизация маточных артерий) – это малоинвазивное вмешательство, в ходе которого через прокол бедренной артерии (пункцию), по внутрисосудистому катетеру в сосуды, питающие миому, вводятся частички специального эмболизационного препарата.

Механизм лечебного воздействия ЭМА

- Закупорка питающих миоматозные узлы мелких сосудов так называемого перифиброидного сплетения лишает доброкачественную опухоль артериального питания, ишемизирует ее, что сопровождается асептическим некрозом ткани миомы с последующим гиалинозом и фиброзом.

Техника проведения эмболизации маточных артерий



ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

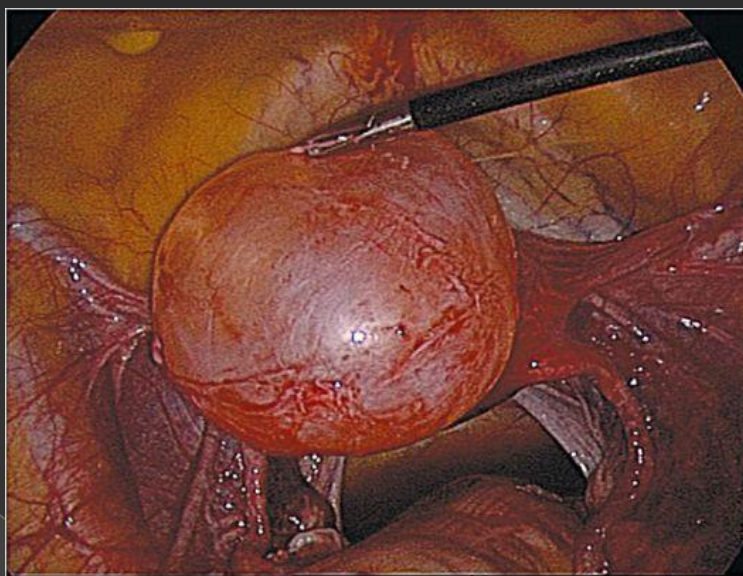
- К наиболее часто встречающимся заболеваниям яичников относятся опухолевидные образования и опухоли. Опухолевидные образования представляют собой кисты, жидкое содержимое которых растягивает стенки без пролиферации клеточных элементов. При истинных опухолях яичника наблюдается пролиферация клеток.
- Образованию кист яичника способствуют дисгормональные, воспалительные и другие процессы, приводящие к застойной гиперемии органов малого таза.
- Фолликулярные кисты возникают вследствие скопления жидкости в кистозно-атрезирующем фолликуле в результате гормональных нарушений.

- Морфологически фолликулярная киста - тонкостенное жидкостное образование, стенка которого состоит из нескольких слоев фолликулярного эпителия. Снаружи от фолликулярного эпителия располагается фиброзная соединительная ткань.
- Макроскопически фолликулярные кисты представляют собой небольшие (диаметром 50-60 мм), гладко- и тонкостенные образования, содержащие прозрачную светло-желтую жидкость.
- Клинически фолликулярные кисты в большинстве наблюдений ничем не проявляются. В ряде случаев отмечается задержка менструации, возможны боли различной интенсивности внизу живота. Обычно боли появляются в период образования кисты.
- При гинекологическом исследовании фолликулярная киста пальпируется сбоку или спереди от матки, эластической консистенции, чаще односторонняя, округлая, с гладкой поверхностью, диаметром 5-6 см, подвижная, малоболезненная. Двусторонние фолликулярные кисты часто бывают следствием гиперстимуляции яичников при лечении бесплодия.

- При неосложненной кисте показаны наблюдение больной в течение 6-8 нед и противовоспалительная или (по показаниям) гормональная терапия. Фолликулярные кисты подвергаются постепенной регрессии и обычно исчезают в течение 1-2, реже - 3 менструальных циклов.
- При неэффективности консервативного лечения или возникновении осложнения показано оперативное лечение. При фолликулярных кистах методом выбора является лапароскопический доступ, при котором, если не изменена сохранившаяся ткань яичника, вылущивают кисту или удаляют опухолевидное образование (рис. 16.2).
- После оперативного лечения рекомендуются терапия, направленная на нормализацию менструальной функции, циклическая витаминотерапия (фолиевая кислота, аскорбиновая кислота, витамин E), препараты группы ноотропов (пирацетам) и контрацептивные препараты в течение 3 мес. В перименопаузальном периоде удаляют придатки матки на стороне кисты.

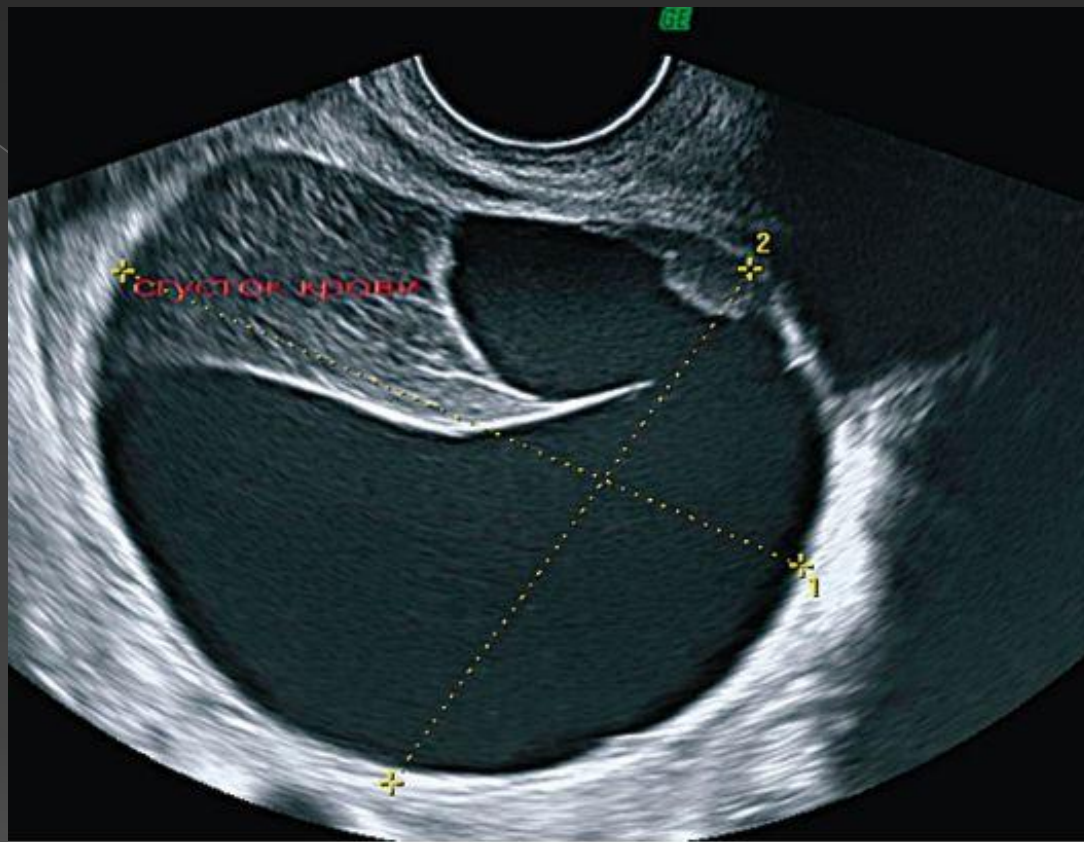


Фолликулярная киста яичника.
УЗИ



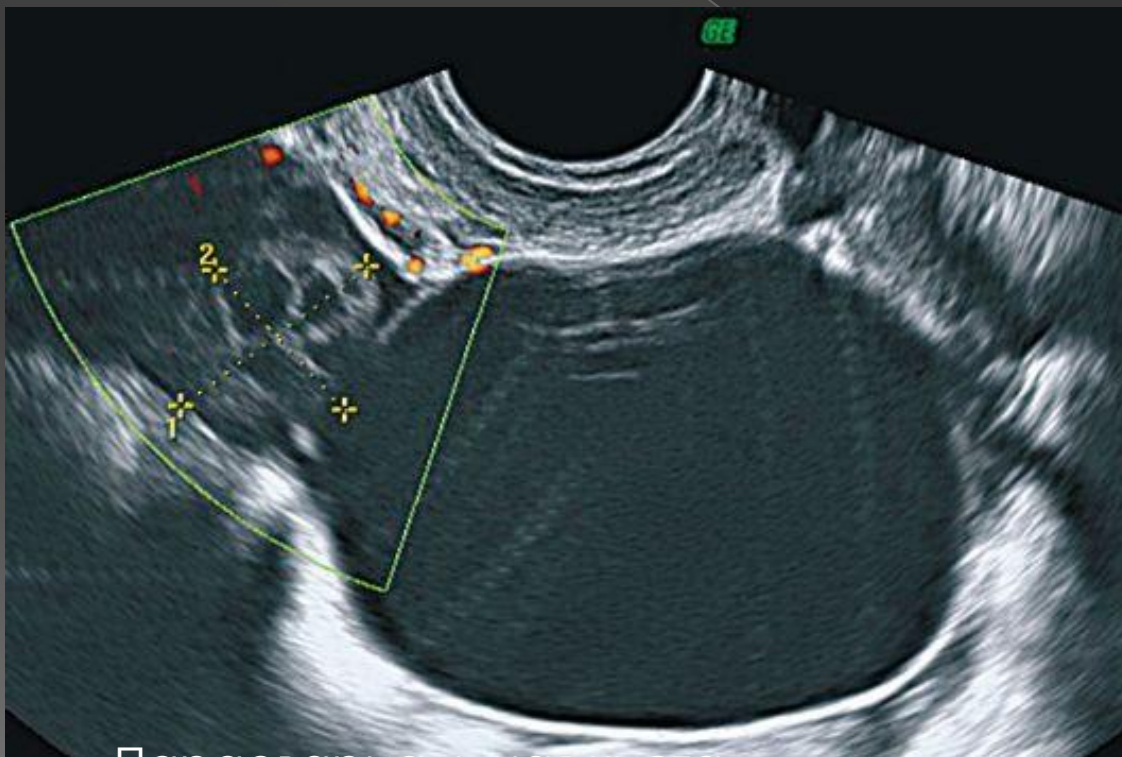
Фолликулярная киста яичника.
Лапароскопия

- Киста желтого тела возникает вследствие скопления жидкости в месте лопнувшего фолликула, иногда может содержать кровь. Такие кисты возникают только при двухфазном менструальном цикле. Полагают, что эти кисты образуются в результате нарушения лимфо- и кровообращения в желтом теле; встречаются они в возрасте от 16 до 45 лет.
- Микроскопически в стенке кисты желтого тела выявляют лютеиновые и текалютеиновые клетки.
- Клинически киста обычно ничем себя не проявляет. Редко нарушается менструальный цикл. Специфические клинические признаки отсутствуют. В отдельных наблюдениях в момент возникновения кисты могут отмечаться боли внизу живота.
- Наиболее частое осложнение - кровоизлияние в полость кисты, чаще в стадии развития желтого тела. Кровотечение может быть интенсивным и сопровождаться клинической картиной "острого живота".
- Диагноз кисты желтого тела устанавливают на основании анамнестических данных, результатов клинического обследования, УЗИ и ЦДК, лапароскопии.
- При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании киста желтого тела располагается в основном сбоку или кзади от матки. Она округлой формы, подвижная, с гладкой поверхностью, эластической консистенции, диаметром от 3 до 8 см, может быть чувствительной при пальпации.



Киста желтого тела с
кровоизлиянием в полость. УЗИ

- Параовариальные кисты располагаются между листками широкой связки матки. Они возникают из зачатков мезонефрального протока, оофорона, также из целомического эпителия. Параовариальные кисты составляют от 8 до 16,4% всех образований яичников. Указанные кисты диагностируются в основном в возрасте от 20 до 40 лет, но могут встречаться у девочек, а также в пубертатном возрасте.



Параовариальная киста.
УЗИ

Эндометриоз яичников

- Наиболее часто эндометриоз яичников локализуется в корковом слое яичников, распространенный эндометриоз поражает и мозговой слой. Эндометриоидные гетеротопии представляют собой псевдокисты диаметром до 5-10 мм, заполненные бурой массой. Стенки гетеротопии состоят из слоев соединительной ткани.
- Выделяют несколько гистологических разновидностей эндометриоза яичников: железистый, кистозный, железисто-кистозный и стромальный. При слиянии очагов эндометриоза образуются эндометриоидные или "шоколадные" кисты, стенки которых выстланы цилиндрическим или кубическим эпителием.
- Клиническая картина. Эндометриоз яичников до определенного времени может никак не проявляться. Во время менструации в эндометриоидных гетеротопиях или эндометриоидных кистах могут происходить микроперфорации. При попадании эндометриоидного содержимого в брюшную полость в патологический процесс вовлекается париетальная и висцеральная брюшина, происходит дальнейшее распространение очагов эндометриоза и формирование спаечного процесса. Появляются жалобы на тупые ноющие боли внизу живота, усиливающиеся во время менструации. Спаечный процесс и распространение очагов эндометриоза по брюшине усиливают боли при физических нагрузках и половых контактах. У 70% больных эндометриозом яичников отмечаются альгодисменорея и диспареуния.

Опухоли яичников

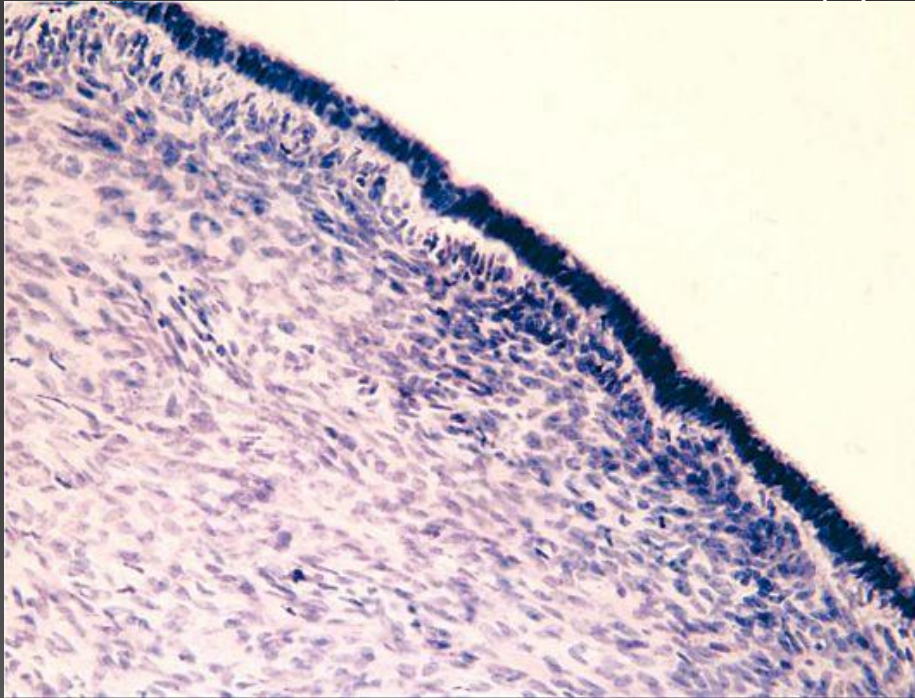
- Варианты наиболее часто встречающихся опухолей яичников
- I. Опухоли поверхностного эпителия и стромы яичников (цистаденомы).
- • Серозные опухоли:
 - - простая серозная цистаденома;
 - - папиллярная (грубососочковая) серозная цистаденома;
 - - папиллярная цистаденома.
- • Муцинозные опухоли:
 - - псевдомуцинозная цистаденома.
- • Эндометриоидные опухоли .
- • Опухоли Бреннера.
- • Рак яичников.

- II. Опухоли полового тяжа и стромы яичника.
- • Гранулезостромально-клеточные опухоли:
- - гранулезоклеточная опухоль;
- - текома;
- - фиброма.
- • Андробластомы.
- III. Герминогенные опухоли.
- • Дисгерминома.
- • Тератомы:
- - зрелые;
- - незрелые.

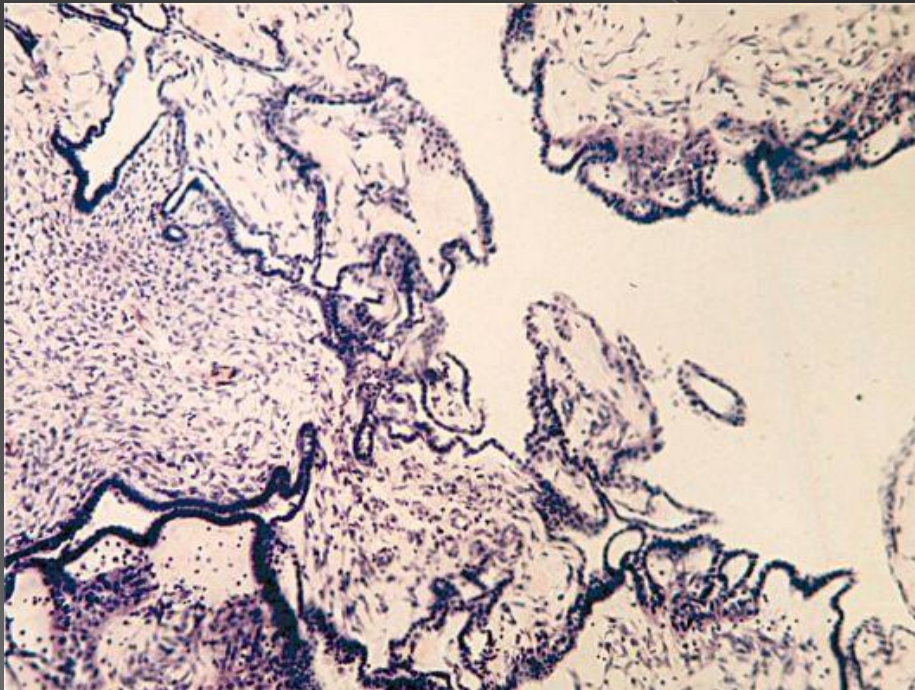
Эпителиальные опухоли яичников

- Наибольшую группу доброкачественных эпителиальных опухолей яичников представляют цистаденомы. В зависимости от строения эпителиальной выстилки и внутреннего содержимого цистаденомы подразделяют на серозные и муцинозные.
- Серозные опухоли составляют 70% всех эпителиальных новообразований яичников. Они подразделяются на простые серозные (гладкостенные) и сосочковые (папиллярные).

- **Простая серозная цистаденома (гладкостенная цилиоэпителиальная ци-стаденома, серозная киста; рис. 16.6)** - истинная доброкачественная опухоль яичника. Серозная цистаденома покрыта низким кубическим эпителием, под которым располагается соединительнотканная строма. Внутренняя поверхность выстлана реснитчатым эпителием, напоминающим трубный, способным к

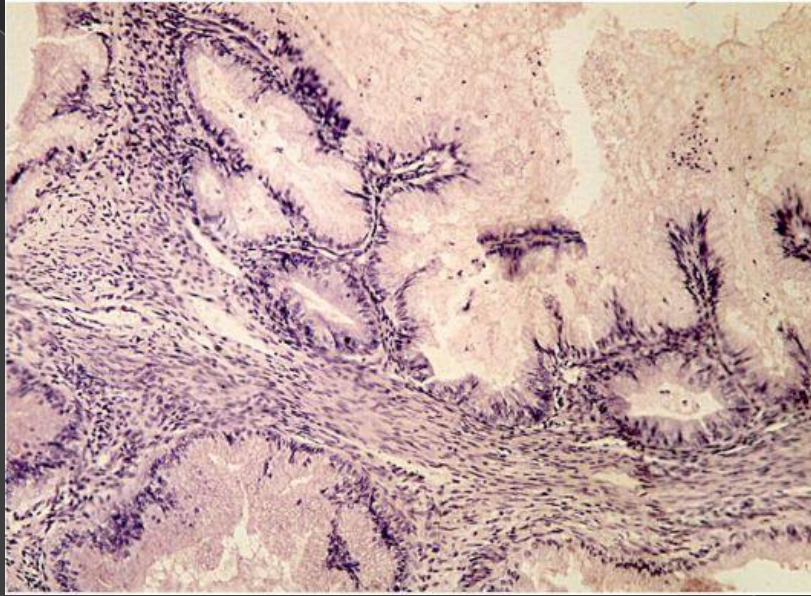


- **Папиллярная (грубососочковая) серозная цистаденома** - морфологическая разновидность доброкачественных серозных цистаденом, наблюдается реже, чем гладкостенные серозные цистаденомы. Составляет 7-8% всех опухолей яичников и 35% всех цистаденом. Опухоль имеет вид одноили многокамерного кистозного новообразования, на внутренней поверхности которого имеются единичные или многочисленные плотные сосочковые вегетации на широком основании, белесоватого цвета.



- **Папиллярная серозная цистаденома** имеет наибольшее клиническое значение в связи с выраженным злокачественным потенциалом и высокой частотой развития рака. Частота малигнизации достигает 50%.
- Существенным отличием папиллярной серозной цистаденомы от грубососочковой является способность покровного эпителия оживленно пролиферировать, создавая более или менее зрелые структуры. Сосочковые разрастания мягковатой консистенции нередко сливаются между собой и располагаются неравномерно на стенках отдельных камер. Сосочки могут формировать крупные узлы, инвертирующие опухоли. Множественные сосочки могут заполнить всю капсулу опухоли, иногда прорастают через капсулу на наружную поверхность. Опухоль приобретает вид цветной капусты, вызывая подозрение на злокачественный рост.
- Пограничная папиллярная цистаденома (низкой степени злокачественности) имеет более обильные сосочковые разрастания с формированием обширных полей. Микроскопически определяются ядерный атипизм и повышенная митотическая активность. Основным диагностический критерий - отсутствие инвазии в строму, но могут определяться глубокие инвагинации без прорастания базальной мембраны и без выраженных признаков атипизма и пролиферации.
- **Муцинозная цистаденома (псевдомуцинозная цистаденома)** занимает второе место по частоте (после цилиоэпителиальных опухолей) и представляет собой доброкачественное новообразование яичника (прежнее название - псевдомуцинозная опухоль)

Она покрыта низким кубическим эпителием. Подлежащая строма в стенке муцинозных цистаденом образована фиброзной тканью различной клеточной плотности, внутренняя поверхность выстлана высоким призматическим эпителием со светлой цитоплазмой, что в целом очень сходно с эпителием цервикальных желез.



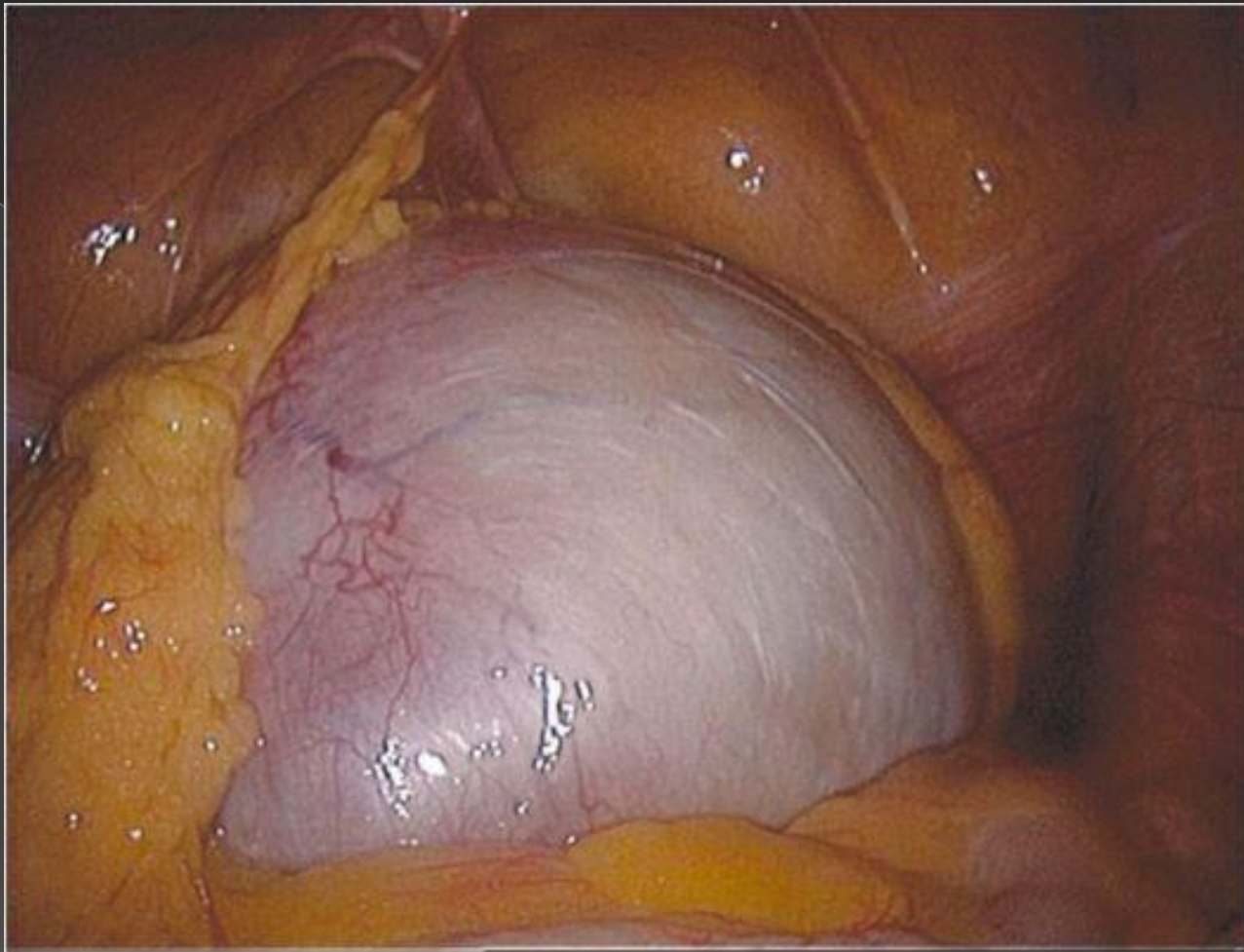
Муцинозная цистаденома яичника.

- **Псевдомиксома яичника и брюшины** - разновидность муцинозной опухоли, происходящая из муцинозных цистаденом, цистаденокарцином, а также из дивертикулов червеобразного отростка. Развитие псевдомиксомы связано с разрывом стенки муцинозной опухоли яичника либо с пропитыванием всей толщи стенки камеры опухоли без видимого разрыва. В большинстве наблюдений заболевание встречается у женщин старше 50 лет. Характерных симптомов нет, до операции заболевание почти не диагностируется. По сути, говорить о злокачественном или доброкачественном варианте псевдомиксомы можно, так как они не инфильтрируют и не прорастают в ткани.
- Муцин распространяется в брюшной полости между петлями кишок. При микроскопическом исследовании с трудом находят отдельные эпителиальные клетки. Псевдомиксома нередко приводит к истощению организма и к смерти.
- Лечение оперативное, заключается в удалении муцины, но процесс часто рецидивирует, и муцин накапливается снова.

- Опухоль Бреннера нередко сочетается с другими опухолями яичника, особенно муцинозными цистаденомами и кистозными тератомами. Не исключаются возможность развития пролиферативных форм опухоли Бреннера и малигнизация.
- Клиническая симптоматика эпителиальных опухолей яичников. Доброкачественные опухоли яичников независимо от строения в клинических проявлениях имеют много сходных черт. Опухоли яичников чаще возникают бессимптомно у женщин старше 40-45 лет. Специфически достоверных клинических симптомов какой-либо опухоли не существует. Однако при направленном расспросе пациентки можно выявить жалобы на тупые, ноющие боли различной выраженности внизу живота, в поясничной и паховых областях. Боли нередко иррадиируют в нижние конечности и пояснично-крестцовую область, могут сопровождаться дизурическими явлениями, обусловленными, по-видимому, давлением опухоли на мочевой пузырь, увеличением живота. Как правило, боли не связаны с менструальным циклом. Приступообразные или острые боли обусловлены перекрутом ножки опухоли (частичным или полным) или перфорацией капсулы опухоли.

Диагностика эпителиальных опухолей яичника

- . Несмотря на технический прогресс, диагностическое мышление на основе влагалищно- и рек-тоабдоминального исследования не утратило важности. При двуручном гинекологическом осмотре можно выявить опухоль и определить ее величину, консистенцию, подвижность, чувствительность, расположение по отношению к органам малого таза, характер поверхности опухоли.
- Одно из ведущих мест среди методов диагностики опухолей малого таза занимает УЗИ благодаря относительной простоте, доступности, неинвазивности и высокой информативности.
- Для диагностики опухолей яичников используют РКТ и МРТ.
- Эндоскопические методы исследования (лапароскопия) широко используются для диагностики и лечения опухолей яичников. Хотя лапароскопия не всегда позволяет определить внутреннюю структуру и характер образования, с ее помощью можно диагностировать небольшие опухоли яичника, не приводящие к объемной трансформации яичников, "непальпируемые яичники"
- В диагностике опухолей яичников большое место отводят определению специфических биологических веществ биохимическими и иммунологическими методами. Наибольший интерес представляют многочисленные ассоциированные с опухолью маркеры - опухольассоциированные антигены (CA-125, CA-19.9, CA-72.4).



Простая серозная цистаденома.
Лапароскопия

Лечение эпителиальных опухолей оперативное.

- Объем и доступ оперативного вмешательства зависят от возраста больной, величины и злокачественности образования, а также от сопутствующих заболеваний.
- Независимо от морфологической принадлежности опухоли до окончания операции ее следует разрезать и осмотреть внутреннюю поверхность опухоли.
- Показаны также ревизия органов брюшной полости (червеобразного отростка, желудка, кишечника, печени), осмотр и пальпация сальника, пара-аортальных лимфатических узлов, как и при опухолях всех видов.

Опухоли полового тяжа яичника и стромы (гормонально-активные)

- К опухолям стромы полового тяжа относятся гранулезостромально-клеточные опухоли (гранулезоклеточная опухоль и группа теком-фибром) (рис. 16.15) и андробластомы, опухоли, которые происходят из гранулезных клеток, текаклеток, клеток Сертоли, клеток Лейдига и фибробластов стромы яичников. Гормонально-зависимые опухоли разделяются на феминизирующие (гранулезоклеточные и текома) и маскулинизирующие (андробластома).
- Клинические проявления связаны с гормональной активностью феминизирующих опухолей. Гранулезоклеточная опухоль "ювенильного типа" обуславливает преждевременное половое созревание, которое правильнее считать ложным в связи с отсутствием овуляции. У девочек появляются нерегулярные кровянистые выделения из половых путей при незначительном развитии вторичных половых признаков; определяются черты эстрогенного влияния - симптом "зрачка", цианотичность вульвы, складчатость влагалища, увеличение тела матки. Соматическое развитие не ускорено. Костный возраст соответствует календарному. В репродуктивном возрасте возможны дисфункциональные маточные кровотечения.

- Феминизирующие опухоли могут быть доброкачественными (80%) и злокачественными. Злокачественность определяется метастазами и рецидивами. Метастазы возникают преимущественно в серозном покрове органов брюшной полости, на париетальной брюшине и в сальнике. Злокачественной чаще бывает гранулезоклеточная опухоль, крайне редко - текома.
- Лечение феминизирующих опухолей только оперативное. Объем и доступ (лапаротомия-лапароскопия) зависят от возраста больной, величины образования, состояния другого яичника и сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии.
- При злокачественной опухоли (по результатам срочного гистологического заключения) показаны экстирпация матки с придатками с обеих сторон и удаление сальника.

Фиброма яичника

- Фиброма яичника занимает особое место среди фибром-теком и развивается из соединительной ткани. По существу это гормонально-неактивная текома. Структура опухоли представлена переплетающимися пучками веретенообразных клеток, продуцирующих коллаген.
- Фиброма яичника - относительно редкая доброкачественная опухоль. Фибромы составляют от 2,5 до 4% всех опухолей, встречаются в любом возрасте (чаще - в 40-60 лет), размеры опухоли - от 3 до 15 см.
- Опухоль не выделяет стероидные гормоны, но в 10% наблюдений может сопровождаться синдромом Мейгса (асцит в сочетании с гидротораксом и анемией). Развитие этих процессов связывают с выделением отечной жидкости из ткани опухоли и попаданием ее из брюшной в плевральные полости через люки диафрагмы. На разрезе ткань фибром обычно плотная, белая, волокнистая, иногда с зонами отека и кистозной дегенерации, возможно обызвествление, иногда диффузное. Опухоль локализуется в одном яичнике в виде четко очерченного узла.
- Фиброму яичника диагностируют на основании клинического течения заболевания и данных двуручного влагалищно-абдоминального исследования.

Стромально-клеточные опухоли (андробластома, опухоль Сертоли).

- Андробластома относится к гормонально-активным маскулинизирующим опухолям и составляет около 1,5-2% всех новообразований яичников. Это маскулинизирующая гормонпродуцирующая опухоль, содержащая клетки Сертоли-Лейдига (хилюсные и стромальные).
- Андробластома встречается у пациенток до 20 лет и у девочек, в этих наблюдениях нередко отмечается изосексуальное преждевременное половое созревание. Диаметр образования от 5 до 20 см. Капсула часто четко выражена, строение нередко дольчатое, на разрезе опухоль солидная, желтоватого, оранжевого или оранжево-серого цвета. Сохранившийся другой яичник всегда атрофичен, фиброзно изменен, как у женщин в постменопаузе.
- Основное клиническое проявление опухоли - вирилизация. На фоне общего здоровья возникает аменорея, отмечается бесплодие, уменьшаются молочные железы (дефеминизация), позднее появляются признаки маскулинизации - грубеет голос, развивается оволосение по мужскому типу (гирсутизм), повышается либидо, уменьшается толщина подкожной жировой клетчатки, возникает гипертрофия клитора, контуры тела и лица приобретают мужские черты. Симптомы заболевания обычно развиваются постепенно.

Герминогенные опухоли

- Герминогенные новообразования возникают из первичных половых клеток эмбриональных гонад и их производных, из трех зародышевых листков - эктодермы, мезодермы и энтодермы.
- Дисгерминома (семинома яичника) - злокачественная опухоль яичника, обладает выраженным сходством с соответствующей тестикулярной опухолью.
- Типичная дисгерминома представлена солидной опухолью округлой или овоидной формы с гладкой белесоватой фиброзной капсулой. Опухоль может достигать значительных размеров, полностью замещая ткань яичника, дисгерминома при небольших узлах имеет различную консистенцию.
- На разрезе ткань опухоли желтоватая, бледно-бурая с розовым оттенком. Большие опухоли обычно пестрые из-за кровоизлияний и очагов некроза различной давности.
- Клинические проявления не имеют специфических признаков. Гормональная активность дисгерминоме не свойственна.
- Лечение дисгерминомы только хирургическое с последующей лучевой терапией. Целесообразно использовать лапаротомический доступ.
- Во время операции не следует нарушать целостность капсулы, поскольку это значительно ухудшает прогноз.

Тератомы.

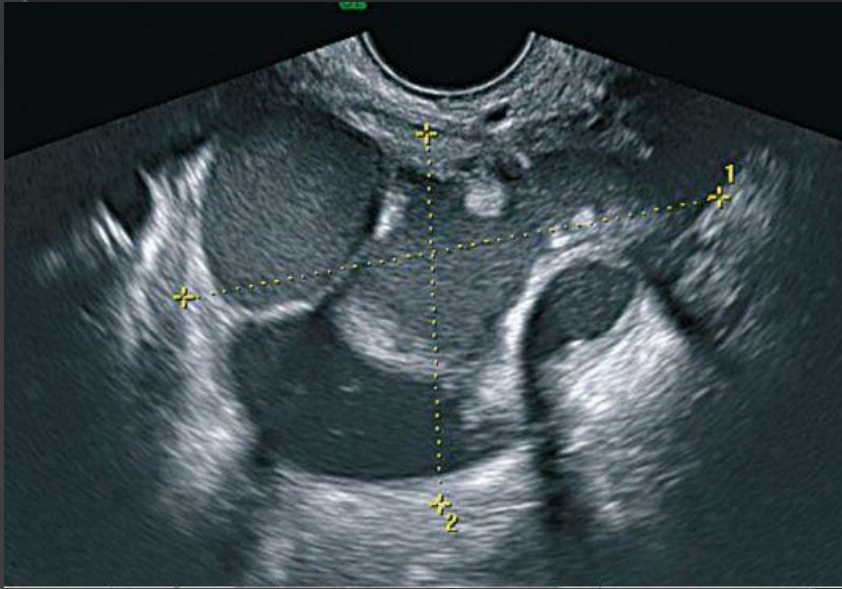
- Зрелая тератома относится к герминогенным опухолям. В зависимости от дифференцировки тканей тератомы делят на зрелые (дермоидная киста) и незрелые (тератобластома).
- Зрелые тератомы подразделяются на солидные (без кист) и кистозные (дермоидная киста). Выделяют и монодермальные тератомы - струму яичника и карциноид яичника; их строение идентично обычной ткани щитовидной железы и кишечным карциноидам.
- Лечение зрелых тератом хирургическое. Объем и доступ оперативного вмешательства зависят от величины объемного образования, возраста пациентки и сопутствующей генитальной патологии. У молодых женщин и девочек следует по возможности ограничиться частичной резекцией яичника в пределах здоровой ткани (кистэктомия). Предпочтительно использовать лапароскопический доступ с применением эвакуирующего мешочка. У пациенток перименопаузального возраста показана надвлагалищная ампутация матки с придатками с обеих сторон. Допустимо удаление придатков матки с пораженной стороны, если матка не изменена.

Тератобластома (незрелая тератома)

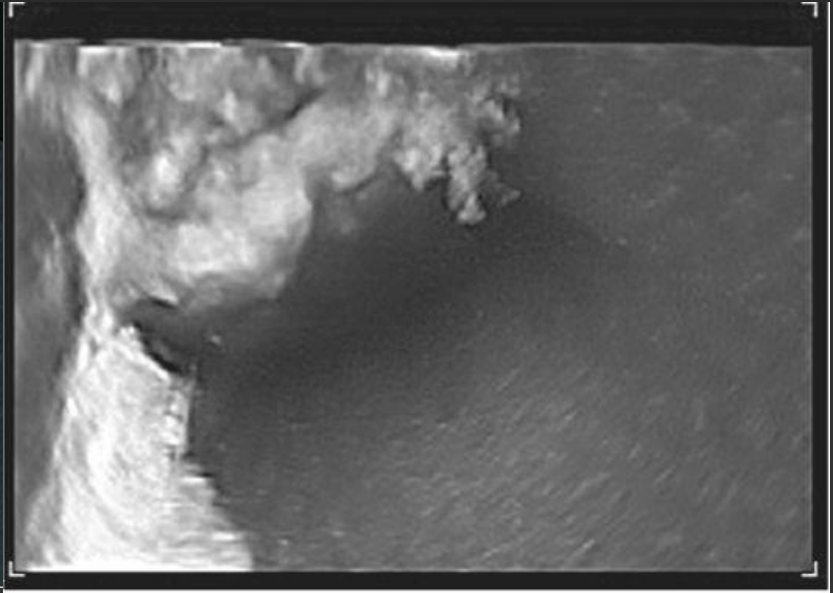
- относится к злокачественным новообразованиям яичника. Опухоль чрезвычайно незрелая, дифференцировка низкая. Незрелая тератома встречается гораздо реже, чем зрелая. Опухоль имеет тенденцию к быстрому росту и может достигать значительных размеров.
- Больные жалуются на боли внизу живота, общую слабость, вялость, повышенную утомляемость, снижение трудоспособности. Менструальная функция чаще не нарушена. В анализе крови отмечаются изменения, присущие злокачественным опухолям. При быстром росте клиническая картина из-за интоксикации, распада и метастазирования опухоли схожа с таковой при общесоматических заболеваниях. Это часто обуславливает неадекватное лечение. К моменту распознавания опухоль уже бывает запущенной.
- Лечение хирургическое. Допустимы надвлагалищная ампутация матки с придатками и удаление сальника. Незрелые тератомы малочувствительны к лучевой терапии, но иногда могут реагировать на комбинированную химиотерапию. Прогноз неблагоприятный.

Рак яичников

- Классификация рака яичников
 - - Стадия I - опухоль ограничена одним яичником.
 - - Стадия II - опухоль поражает один или оба яичника с распространением на область таза.
 - - Стадия III - распространение на один или оба яичника с метастазами по брюшине за пределы таза и (или) метастазы в забрюшинных лимфатических узлах.
 - - Стадия IV - распространение на один или оба яичника с отдаленными метастазами.
- Клиническая картина. Многообразие морфологических форм - одна из причин неоднородности клинического течения рака яичников. Патогномоничных признаков нет. Локализованные формы рака яичников, как правило, остаются бессимптомными, у молодых пациенток иногда возникает болевой синдром вплоть до выраженной картины "острого живота" (22%) в связи с возможностью перекрута ножки или перфорацией капсулы опухоли. У остальных пациенток симптоматика появляется в связи с распространенностью опухолевого процесса: интоксикация, похудение, общая слабость, недомогание, повышенная утомляемость, снижение и извращение аппетита, повышение температуры, нарушение функции желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, ощущение распирания в подложечной области, тяжесть внизу живота, запор, чередующийся с поносом, дизурические явления). Живот увеличивается из-за асцита. Может быть выпот в одной или обеих плевральных полостях. Появляются признаки сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, отеки на нижних конечностях.



Рак яичников.
УЗИ



Рак яичников. Разрастания по
внутренней стенке. Трехмерная
реконструкция



Рак яичников.
Макропрепарат

- Алгоритм обследования пациенток с подозрением на рак яичника:
- 1) двуручное влагалищное и ректовагинальное исследование;
- 2) УЗИ органов малого таза с ЦДК;
-
- 3) УЗИ яичникового образования в режиме 3D;
- 4) УЗИ брюшной полости, щитовидной железы, молочной железы;
- 5) РКТ;
- 6) МРТ;
- 7) маммография;
- 8) рентгеноскопия, гастроскопия, ирригоскопия, колоноскопия;
- 9) рентгеноскопия органов грудной клетки;
- 10) хромоцистоскопия.

Лечение

- Ведущим, хотя и не самостоятельным, методом остается хирургический: экстирпация матки и придатков и экстирпация большого сальника. При чревосечении используют нижнесрединную лапаротомию. Это обеспечивает выведение опухоли в рану без нарушения ее капсулы, создает условия для тщательной ревизии органов брюшной полости, дает возможность при необходимости выполнить операцию в полном объеме.
- У некоторых больных (ослабленных, пожилых, с выраженной экстрагениальной патологией) можно ограничиться надвлагалищной ампутацией матки с придатками и субтотальной резекцией большого сальника. Большой сальник обязательно удаляют и подвергают морфологическому исследованию. Удаление сальника предотвращает развитие в последующем асцита (рис. 16.25).



Рис. 16.25. Рак яичников. Метастаз в
САЛЬНИК

- У больных молодого возраста со злокачественными новообразованиями допустимы удаление придатков матки на пораженной стороне, резекция другого яичника и субтотальная резекция большого сальника. Подобные операции можно выполнять только больным со злокачественной трансформацией яичника I стадии. При II стадии рака яичников производят радикальную операцию, которая предусматривает экстирпацию матки с придатками и резекцию сальника
- Точно установить стадию заболевания можно только при тщательной ревизии брюшной полости. Обязательно исследуют перитонеальную жидкость, производят ревизию парааортальных лимфатических узлов. Увеличенные лимфатические узлы пунктируют или осуществляют их биопсию для цитоморфологического исследования. При сомнениях в операбельности больной хирургическое вмешательство целесообразно выполнить на 2-м этапе, после химиотерапии, которая повышает радикальность оперативного лечения в последующем.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

