

# Рак яичников

## Клиника, диагностика, лечение

Проверила: Турешова А.О  
Выполнил: Ежаззулла Жахид

# Эпидемиология

- ✓ 20% среди опухолей гениталей
- ✓ Заболеваемость 10 на 100000
- ✓ Высокий процент рецидивов 96%
- ✓ РЯ отличается быстрое и скрытое течение.
- ✓ Пик заболеваемости РЯ приходится на 6 – 7-ю декады

ЖИ



# Виды Рака яичника

## Первичный рак яичников

- составляет около 5%;
- опухоль с самого начала имеет злокачественный характер;
- в ней нет сочетания доброкачественных и злокачественных элементов;
- опухоль происходит из покрова эпителия яичника;
- Возникает у женщин старше 60 лет;
- по микроскопическому строению:  
*солидный или железисто-солидный.*



# Виды Рака яичника

## Вторичный рак яичников

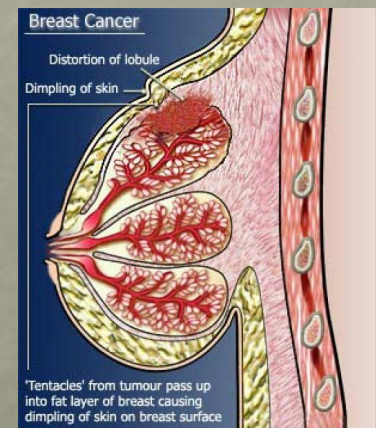
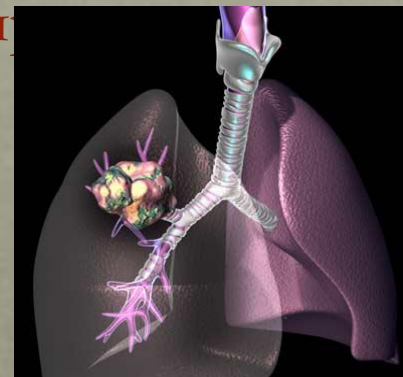
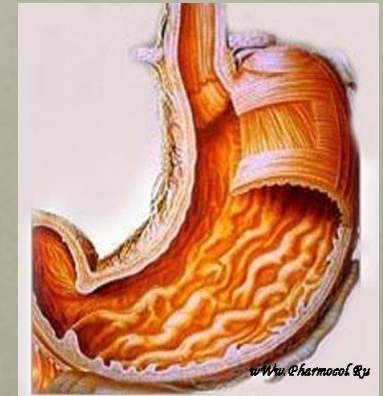
- 80-85% случаев;
- *представляет собой малигнизированную опухоль яичника;*
- злокачественный рост возникает в серозных папиллярных, реже муцинозных кистах яичника;
- *может быть в виде единичного изолированного или нескольких узлов в одной из камер кистомы;*
- *Микроскопическая картина полиморфна: железистый рак, папиллярный рак, рак солидного строения и смешанные*



# Виды Рака яичника

## Метастатический рак яичников

- встречается в 20% случаев;
- *первичный очаг может локализоваться в желудочно-кишечном тракте (опухоль Крукенберга), молочной железе, легком;*
- растет быстро и может значительно превосходить по величине первичный очаг;
- метастазирование в яичник чаще по гематогенным путем, реже ретроградно-лимфогенным и имплантационным;
- *опухоли двусторонние.*



# Факторы риска

Генетические

Гормональные

Социальные

Экологические

Алиментарные

Метаболические

# Гормональные факторы риска

- Перименопаузальный возраст
- Поздняя менопауза
- Длительный детородный период с низкой репродуктивной активностью: бесплодие, редкие беременности, короткий период лактации

Большое число ановуляторных менструальных циклов

Нарушение секреции ГТГ и половых гормонов

Риск РЯ на 30-60% ниже у женщин,  
рожавших 3 раза и более





# Гормональные факторы риска

«Непрерывная овуляция»;

Индукция овуляции при бесплодии  
( РЯ в 2,5 раза чаще);

Рак молочной железы в анамнезе

Риск рака яичника ниже на 50% у  
женщин длительно кормивших  
грудью.



# Алиментарные факторы



насыщен  
ных  
жиров

Повышает  
риск на 20%



Овощная  
диета

Снижает  
риск на 37%

# Группы риска РЯ

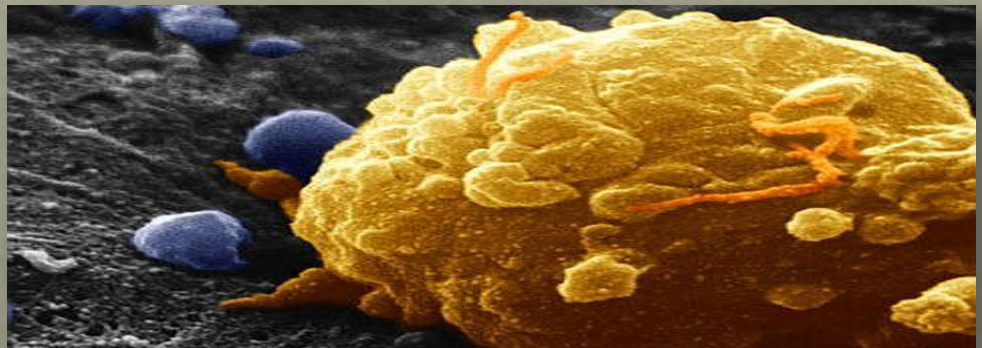
- ✓ Женщины в пери- и постменопаузе с гормональными и метаболическими нарушениями;
- ✓ Женщины с доброкачественными опухолями матки и яичников;
- ✓ Женщины с индукцией овуляции в анамнезе;
- ✓ Женщины с отсутствием родов в анамнезе;
- ✓ Женщины с отягощенным семейным онкологическим анамнезом;
- ✓ Женщины, у которых обнаружены мутации BRCA-1

# Гистологические виды

✓ *Серозные опухоли:*

Злокачественные :

- аденокарцинома,
- папиллярная аденокарцинома,
- папиллярная цистаденокарцинома,
- поверхностная папиллярная аденокарцинома,
- аденокарцинофиброма.

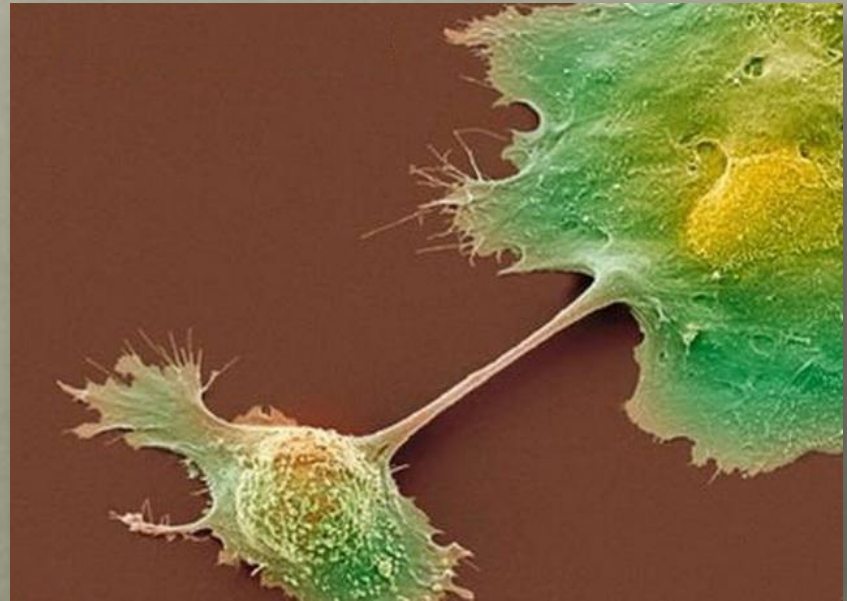


# Гистологические виды

✓  
*Муцинозные опухоли, эндоцервикально- и кишечноподобного типа:*

Злокачественные :

- аденокарцинома,
- цистаденокарцинома,
- аденокарцинофиброма,
- цистаденокарцинофиброма.



# Гистологические виды

## *Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли:*

Злокачественные : аденокарцинома, аденокарцинофиброма, цистаденокарцинофиброма.

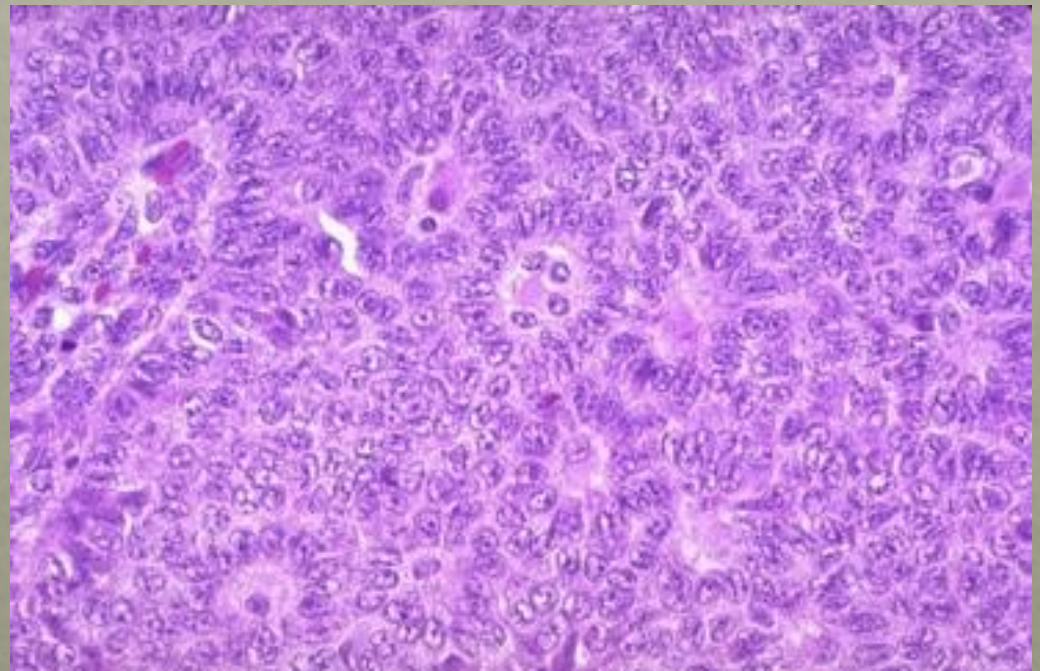
Пограничные : кистозная опухоль, аденофиброма, цистаденофиброма.

## *Переходно-клеточные опухоли:*

Опухоли Бреннера  
Пограничные

Опухоли Бреннера  
злокачественные

Переходно-клеточная карцинома  
(не Бреннера)



# Гистологические виды

*Плоскоклеточные опухоли.*

*Смешанные эпителиальные опухоли* (из 2 и более главных типов эпителиальных опухолей):

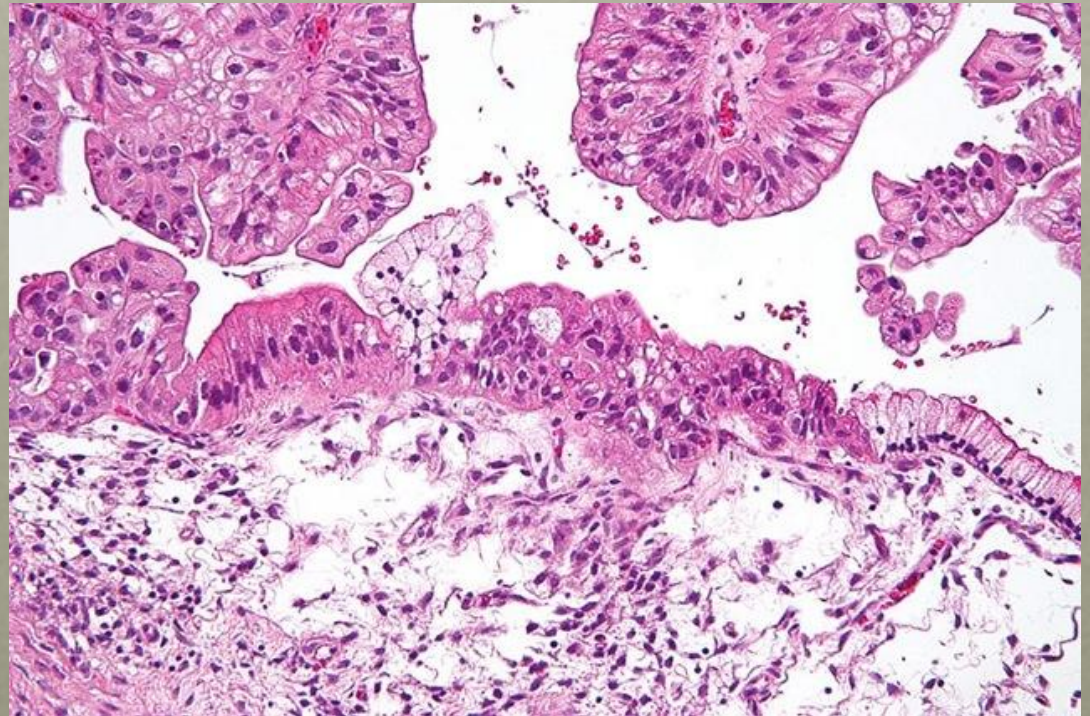
Злокачественные

Пограничные

*Недифференцированный рак.*

злокачественная опухоль  
эпителиальной структуры,  
которая плохо дифференцирована

*Экстраовариальный  
перитонеальный рак.*





# Классификация рака яичников стадирование по классификации AJCC

I Стадия – опухоль ограничена яичниками

Ia - опухоль ограничена одним яичником

Ib- опухоль ограничена обоими яичниками

Ic - опухоль ограничена одним или обоими яичниками, при наличии повреждения капсулы, асцита или позитивных смывах

# Классификация рака яичников стадирование по классификации AJCC

**II Стадия** – опухоль распространяется на структуры малого таза

**II a** – вовлечение матки и маточных труб

**II b** – распространение на другие структуры малого таза

**II c** – распространение на матку и маточные трубы, другие структуры малого таза, при наличии асцита или позитивных смывах

# Классификация рака яичников стадирование по классификации AJCC

**III Стадия** – распространение на брюшную полость и/или регионарные лимфоузлы

**III a** – микроскопические перитонеальные метастазы

**III b** – макроскопические до 2-х см перитонеальные метастазы

**III c** – макроскопические более 2-х см перитонеальные метастазы и/или вовлечение регионарных лимфоузлы

# Классификация рака яичников

IV стадия – отдаленные метастазы

## Метастазирование

- Имплантационные
- Лимфогенный (при дисгерминомах – основной путь)
- Гематогенный

### Стадия Ia

Опухоль не распространяется за пределы яичника, поражен один яичник, капсула интактна, на поверхности яичника раковые клетки отсутствуют.



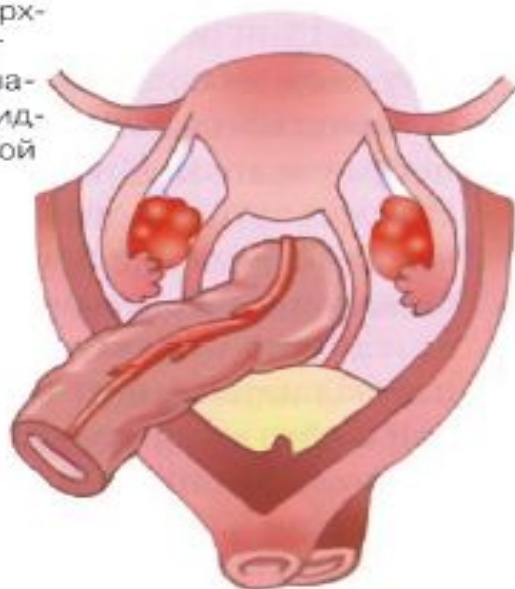
### Стадия Ib

Поражены оба яичника, капсула интактна, на поверхности яичника раковые клетки отсутствуют.



### Стадия Ic

Поражен один или оба яичника, капсула разрушена, на поверхности яичника присутствуют раковые клетки, либо их обнаруживают в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости.



Опухоль поражает малый таз — прямое прорастание, и/или метастазы в матку, и/или маточные трубы/яичник.

### Стадия IIa



Опухоль прорастает и/или распространяется имплантационным путем на другие органы и ткани малого таза (брюшину, стенки малого таза, широкую связку матки).

**Стадия IIb**



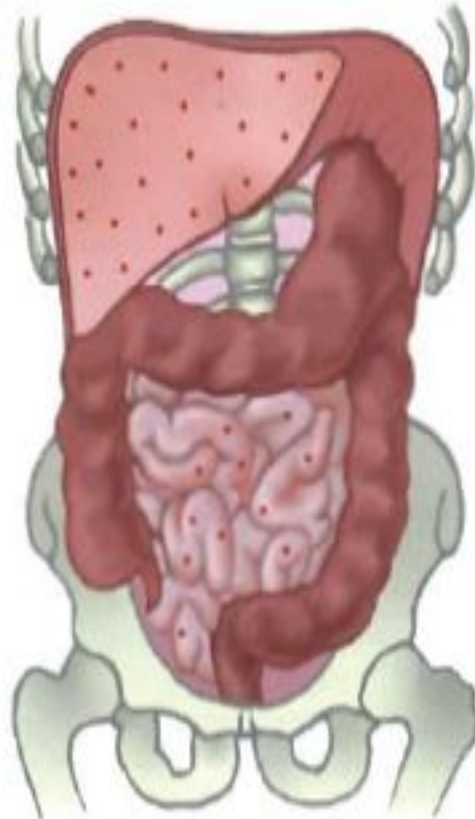
Стадия IIa или IIb при наличии раковых клеток в ацистической жидкости или в смывах из брюшной полости

**Стадия IIc**



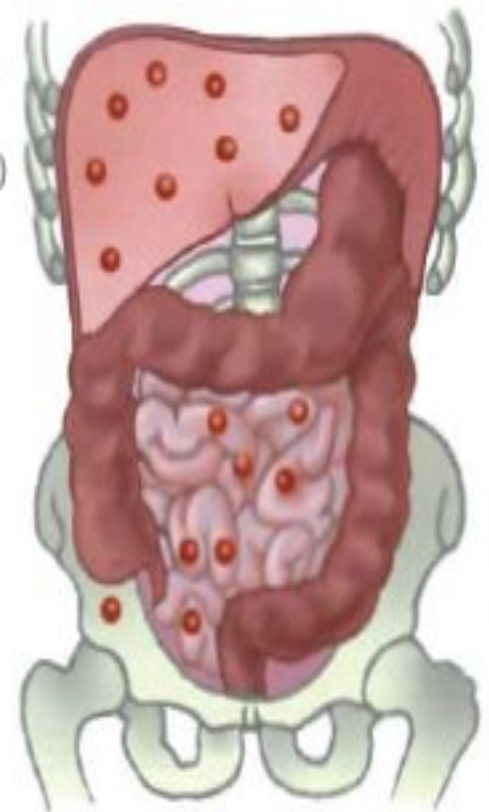
### Стадия IIIa

Опухоль распространяется в брюшную полость: микроскопические метастазы на брюшине за пределом малого таза (в том числе на покрытой брюшиной печени)



### Стадия IIIb

Макроскопические метастазы на брюшине за пределом малого таза (размером до 2 см)



### Стадия IIIc

Метастазы на брюшине за пределами малого таза (размером более 2 см) и/или поражение параортальных тазовых лимфатических узлов



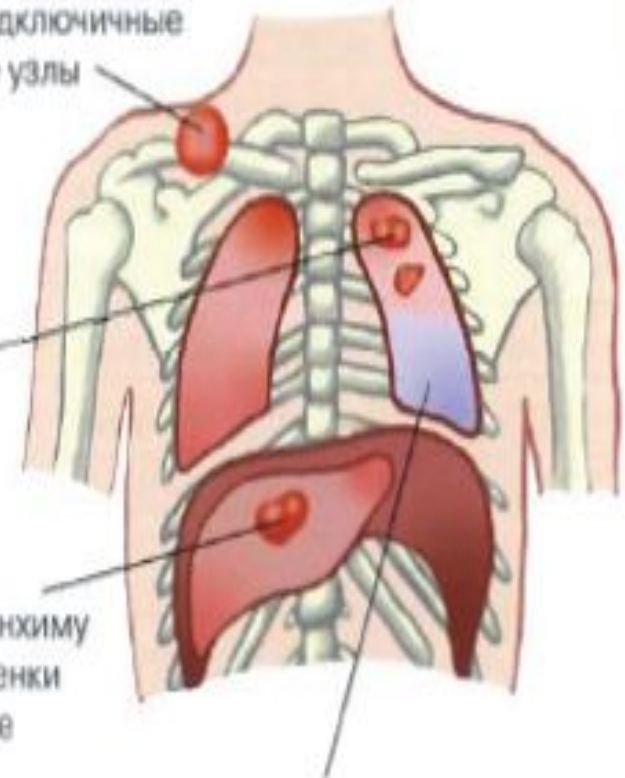
### Стадия IV

Характеризуется наличием отдаленных метастазов

Метастазы в надключичные лимфатические узлы или кожу

Метастазы в паренхиму легких

Метастазы в паренхиму печени или селезенки (не поверхностные метастазы)



Выпот в плевральной полости, вызванный злокачественной опухолью (положительные результаты цитологического исследования)





# Метастазирование

**Имплантационный путь – это самый ранний и наиболее частый вариант диссеминации РЯ**

✓ В прямокишечно-маточном углублении,

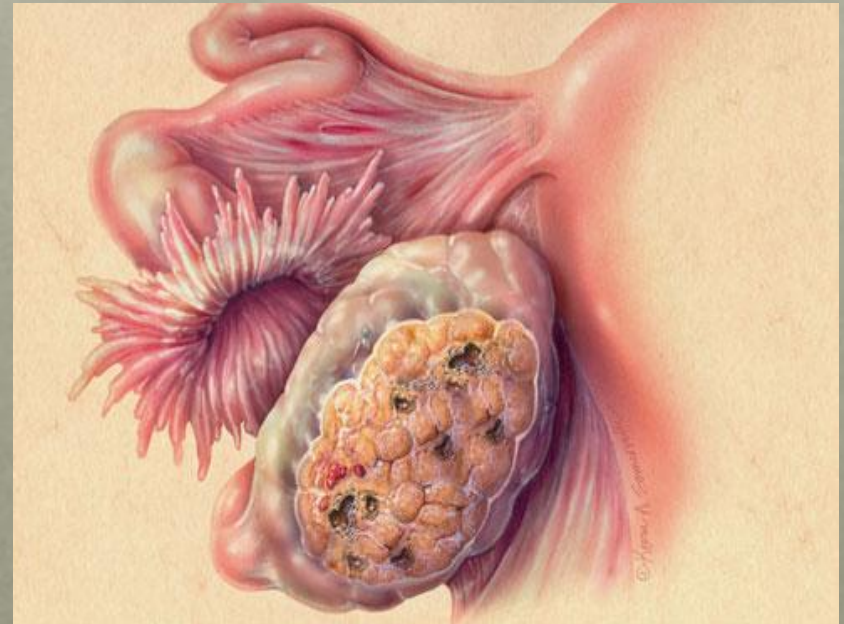
✓ Вдоль латеральных каналов,

✓ На капсуле печени,

✓ В правом поддиафрагмальном пространстве,

✓ На брыжейке и кишечных петлях,

✓ В большом сальнике.



# Метастазирование

## Лимфогенное

- 1. Забрюшинные лимфоузлы
- 2. Поясничные лимфоузлы
- 3. Тазовые лимфоузлы

## Гематогенное

- 1. Печень
- 2. Легкие
- 3. Кости

# Диагностика

1. Физикальное исследование (пальпация живота, лимфатических узлов и молочных желез, гинекологическое исследование);
2. УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства;



# Диагностика

3. Биопсия опухоли, гистологическое исследование;
4. Определение уровней опухолевых маркеров в сыворотке: СА-125



# Диагностика

5. ЭГДС

6. Лапароскопия;

7. КТ брюшной полости;

8. Рентгенография органов грудной клетки;

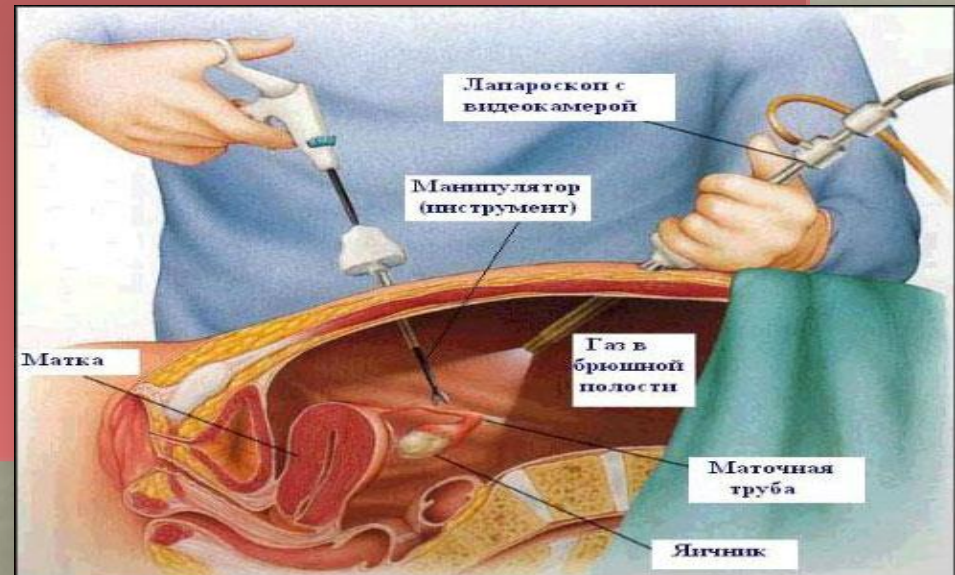
9. Скенирование костей скелета;

10. Колоноскопия.

# Лапароскопия

## Задачи

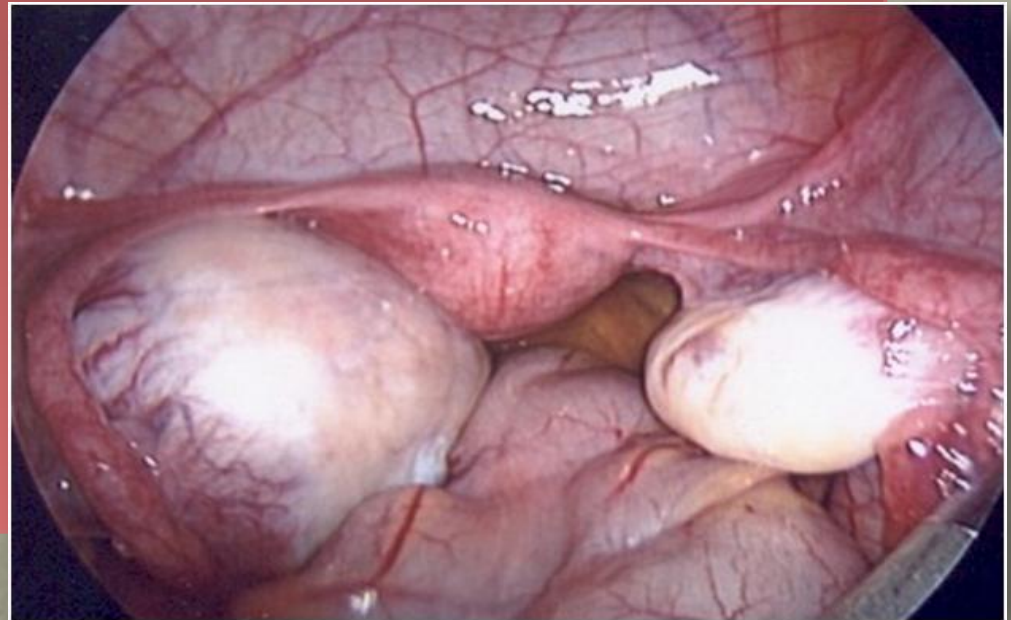
1. Смывы с брюшины или эвакуация свободной жидкости для цитологического исследования;
2. Множественная биопсия париетальной брюшины, лимфатических узлов, большого сальника, яичников;



# Лапароскопия

## Задачи

3. При необходимости - овариэктомия  
(со срочным гистологическим исследованием);
4. Оценка эффекта химиотерапии, диагностика прогрессирования заболевания.





# Лечение

Комбинированное лечение:

Хирургическое вмешательство +  
Полихимиотерапия

По показаниям

Лучевая терапия

# Хирургическое лечение

Стандартный объем:

экстирпация матки с придатками  
и удаление большого сальника.



# Хирургическое лечение

При распространенных опухолях:



циторедуктивные операции

максимальное удаление опухолевых масс

По показаниям



Расширенные операции

экстирпация матки с придатками + удаления большого сальника  
+ тазовая и/или поясничная лимфаденэктомия

# Химиотерапия

✓ Проводят после радикальных или циторедуктивных операций.

✓ Комбинированное лечение начинают с ХТ:

- при выраженной интоксикации;
- при значительной распространенности опухоли и наличии отдаленных метастазов;
- если риск интра- и послеоперационных осложнений чрезвычайно высок.



# Химиотерапия



- ✓ Эффективность схемы оценивают после 2-3 курсов.
- ✓ При наличии эффекта лечение продолжают, при отсутствии — меняют схему.

# Лучевая терапия

## *Показания*

✓ Множественная резистентность  
опухоли к ХТ

✓ Ограничение возможностей хирургического лечения.

✓ Размеры остаточной опухоли после циторедуктивной операции более 2 см, частичная регрессия или стабилизация опухоли после ПХТ, но проведение дальнейшего лекарственного лечения невозможно из-за устойчивости опухоли либо из-за осложнений ХТ

# Лучевая терапия



# Профилактика

Выявление групп риска, прием ОК,  
борьба с бесплодием и редкими беременностями





# Профилактика



Грудное вскармливание:  
период лактации  
не менее года

# Профилактика

## Борьба с лишним весом



Спасибо за внимание