

ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ

Частота заболеваемости:

- наиболее высокая – Европа, Северная Америка – 10 и более на 100 тыс. женщин.
- 7 и менее на 100 тыс женщин: Центральная и Южная Америка, Африка, Азия, в т.ч. Япония (исключая Израиль)

В России:

- 10,17 на 100 тыс. женщин
- 7 место в структуре общей онкологической заболеваемости (5%)
- 3 место среди опухолей репродуктивной системы у женщин

Прирост частоты заболеваемости на 8,5% за последние 10 лет

Теории патогенеза опухолей яичников

- нарушения гормонального баланса в системе «гипофиз-яичник» (гормональная теория)

Беременность снижает риск РЯ

Бесплодие повышает риск РЯ, индукция овуляции более 12 циклов – увеличение риска в 2-3 раза

Относительный риск развития РЯ у женщин, принимавших КОК, 0,75

Прием КОК в течение 5 лет нерожавшими женщинами снижает риск до уровня рожавших

Длительный прием ЗГТ в постменопаузе не ассоциируется с повышением риска РЯ

Рак молочной железы в анамнезе повышает риск РЯ в 2-4 раза

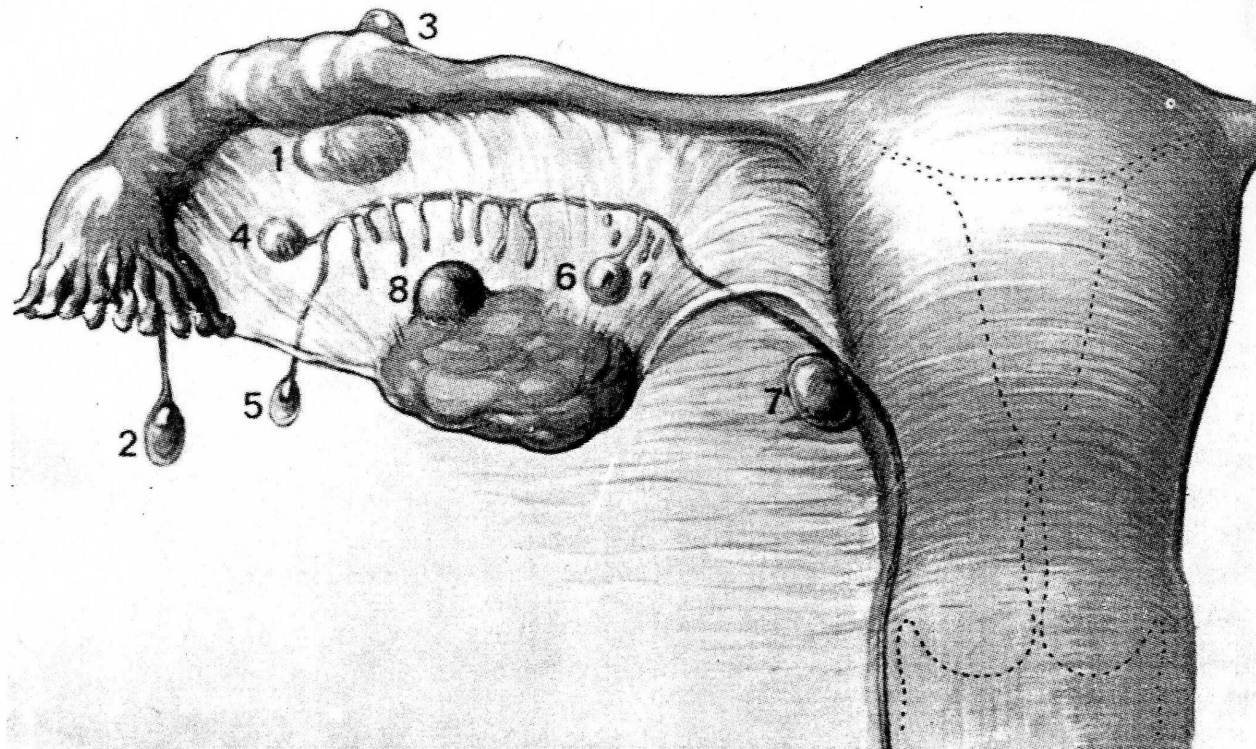


Рис. 1. ТОПОГРАФИЯ КИСТ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

1 - Параовариальная киста
(парамезонефрального происхождения (тип I))
2 - Гидатида Моргани
(парамезонефрального происхождения)
3 - Субсерозная киста Мюллера
(парамезонефрального происхождения)

4 - Параовариальная киста (мезонефрального происхождения (тип II))
5 - Киста Кобельта
6 - Киста параофорона
7 - Киста Гартнерова хода
8 - Киста сети яичника

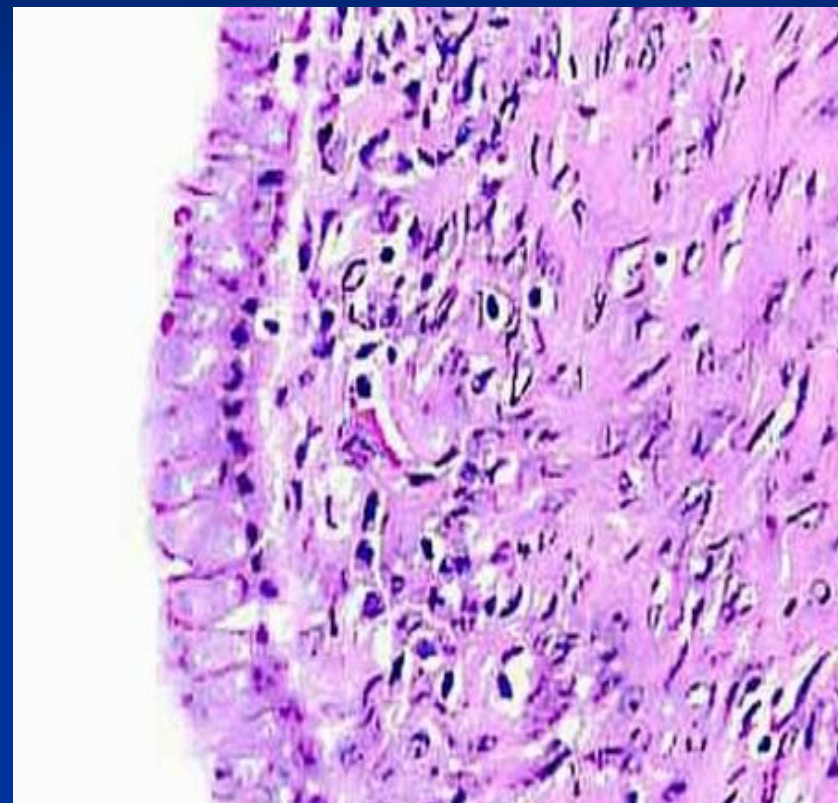
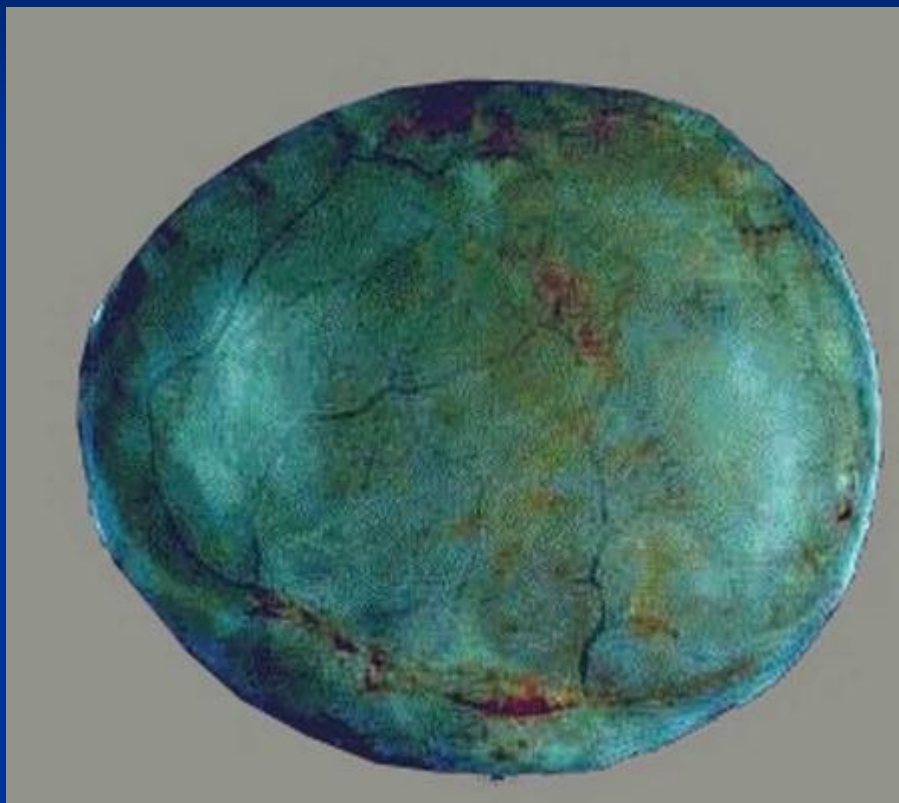
Классификация опухолей яичника (ВОЗ, 1973г.)

- I. Эпителиальные
 - 1. Серозные
 - 2. Муцинозные
 - 3. Эндометриоидные
 - 4. Светлоклеточные
 - 5. Опухоли Бреннера
 - 6. Смешанные
 - 7. Недифференцируемые
- II. Опухоли стромы полового тяжа
 - 1. Гранулезно-стромальноклеточные
 - а) Гранулезные
 - б) Текомы
 - в) Фибромы
 - 2. Андробластомы
 - 3. Гинандробластомы
- III. Липоидноклеточные
- IV. Герминогенные
 - 1. Тератомы
 - 2. Дисгерминомы
 - 3. Хорионэпителиомы
 - 4. Эмбриональные карциномы
 - 5. Полиэмбриомы
- V. Гонадобластомы
- VI. Опухоли мягких тканей
- VII. Неклассифицируемые
- VIII. Вторичные (метастатические)
- IX. Опухолевидные процессы

Серозная цистаденома яичника: многокамерное образование; макропрепарат



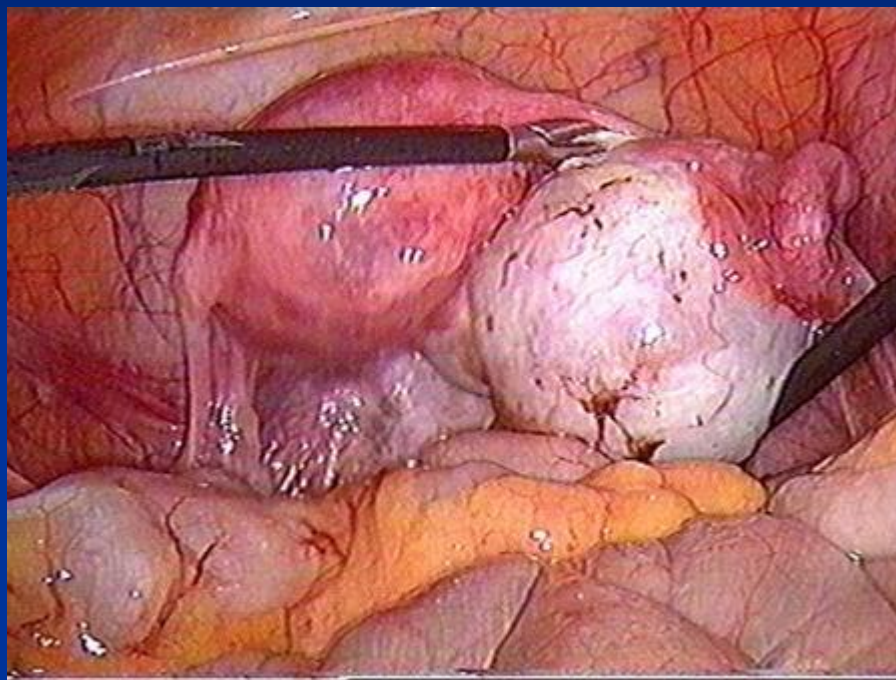
Муцинозная цистаденома яичника



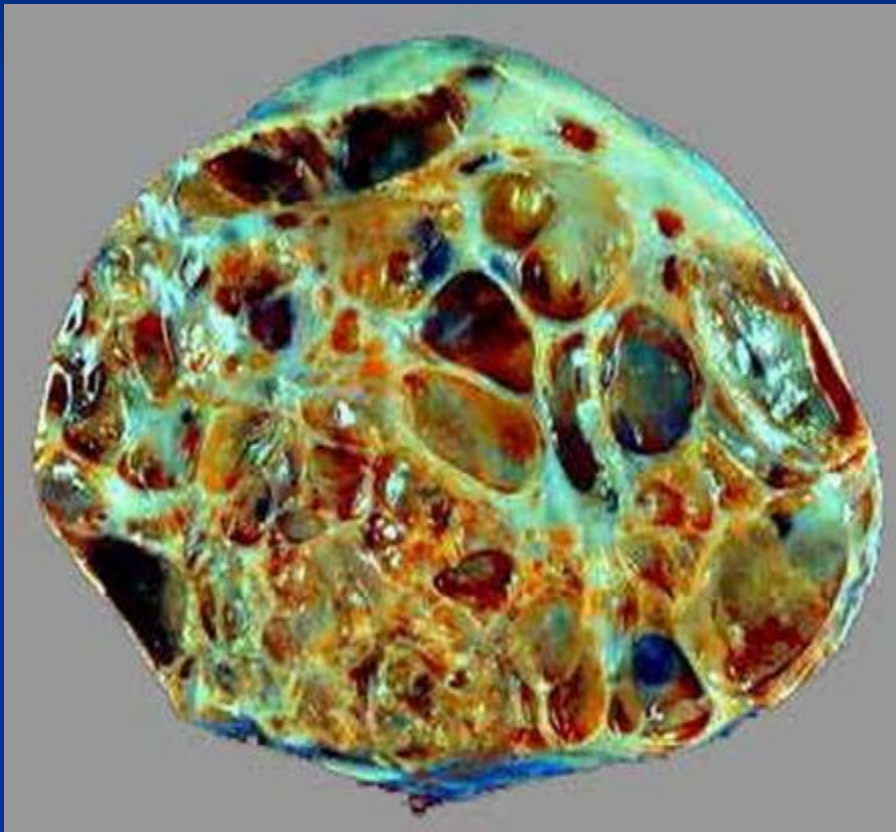
**Большая эндометриоидная шоколадная киста яичника;
макропрепарат**



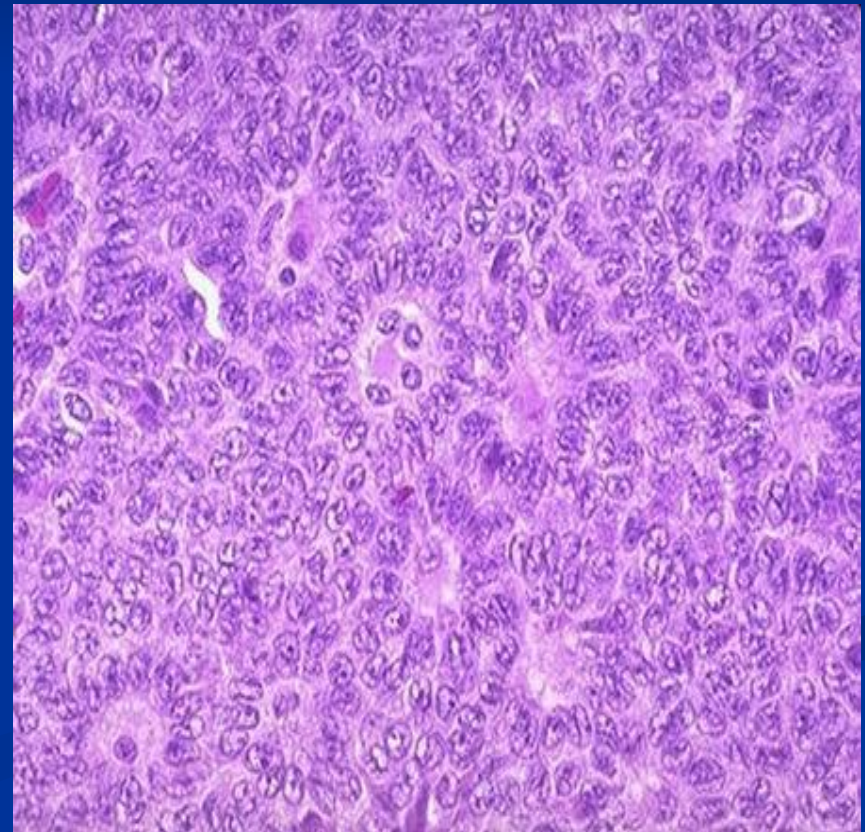
Лапароскопия: эндометриозные гетеротопии на
поверхности эндометриозной кисты яичника



**Гранулезоклеточная
опухоль;
макропрепарат**

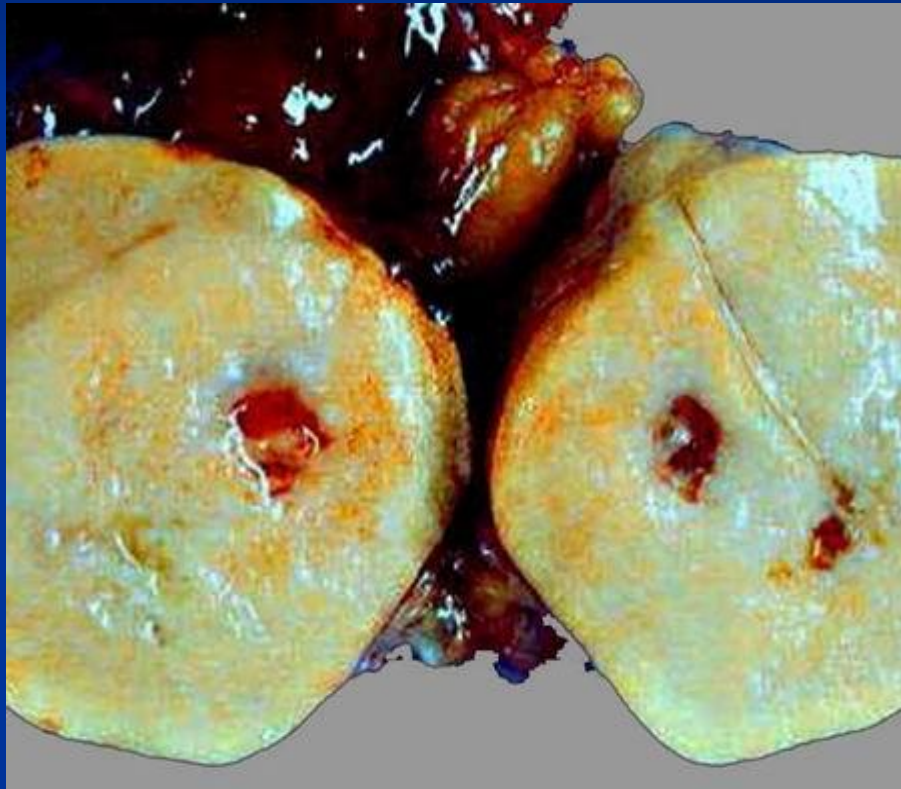


**Гранулезоклеточная опухоль:
клетки, образующие
примитивные аденоматозные
структуры; микропрепарат**



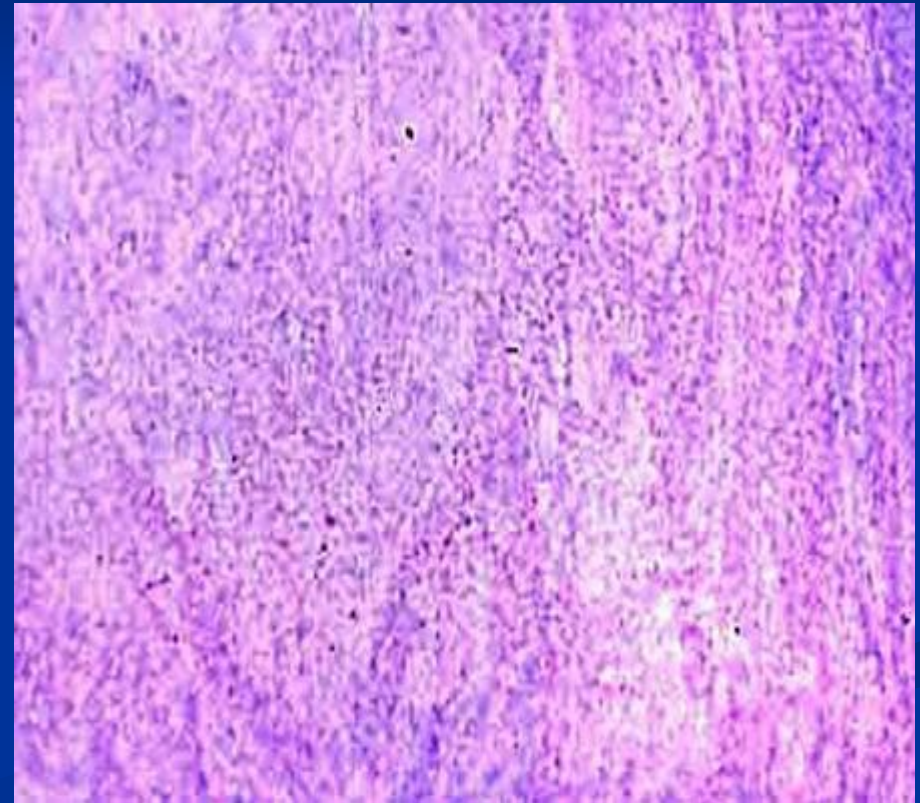
Текома:

вид поверхности разреза;
макропрепарат

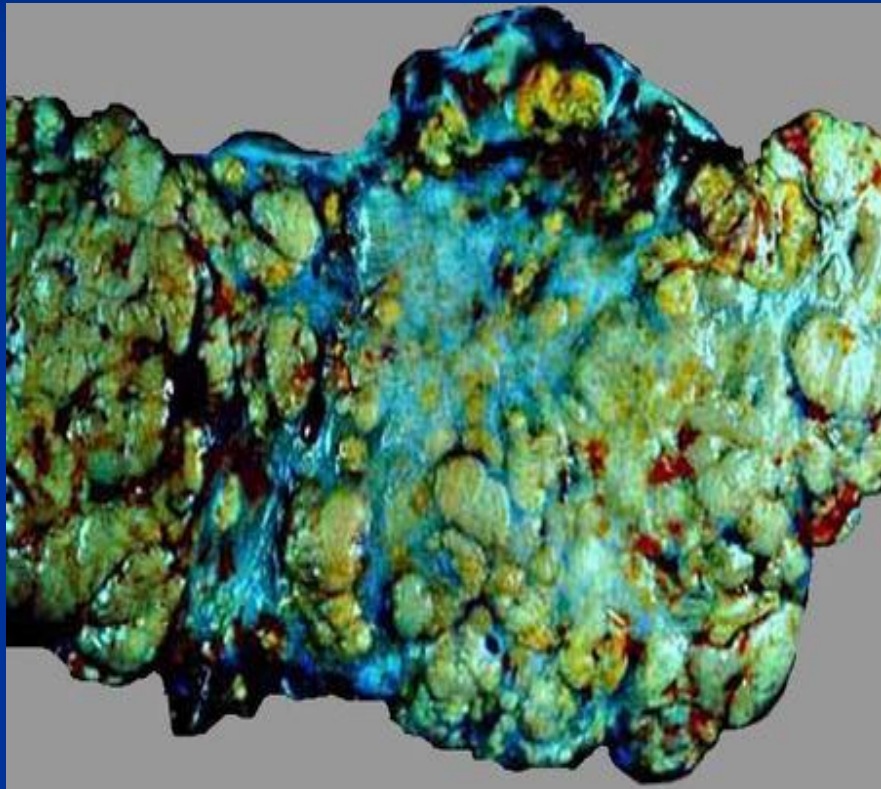


Текома:

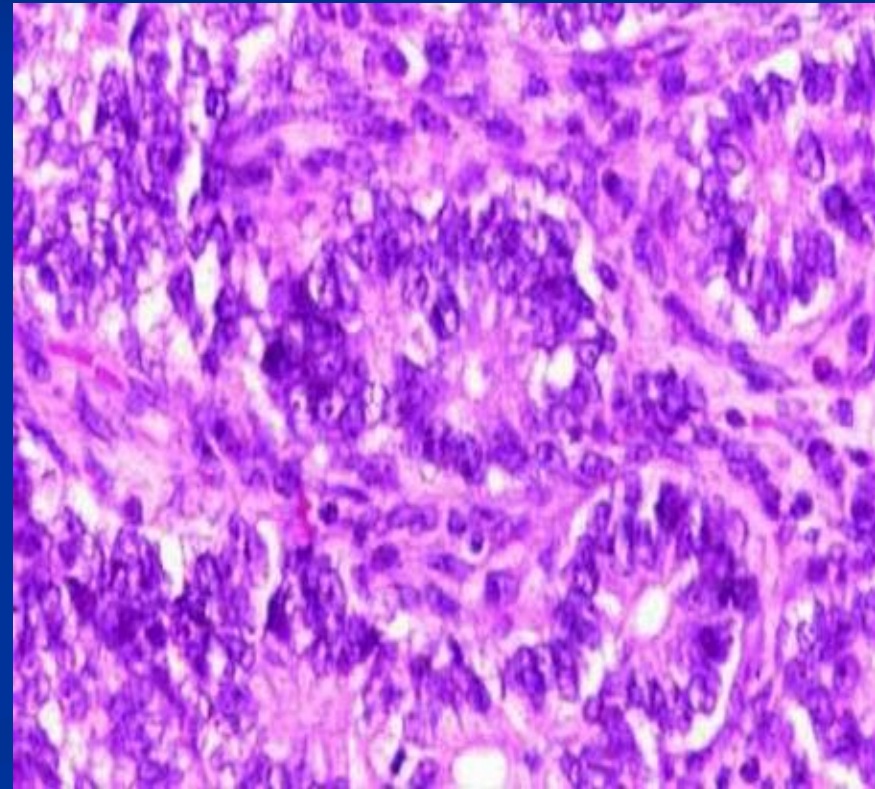
переплетающиеся пучки
клеток; микропрепарат



Сертоли—Лейдига-клеточная
опухоль:
вид поверхности разреза;
макропрепарат



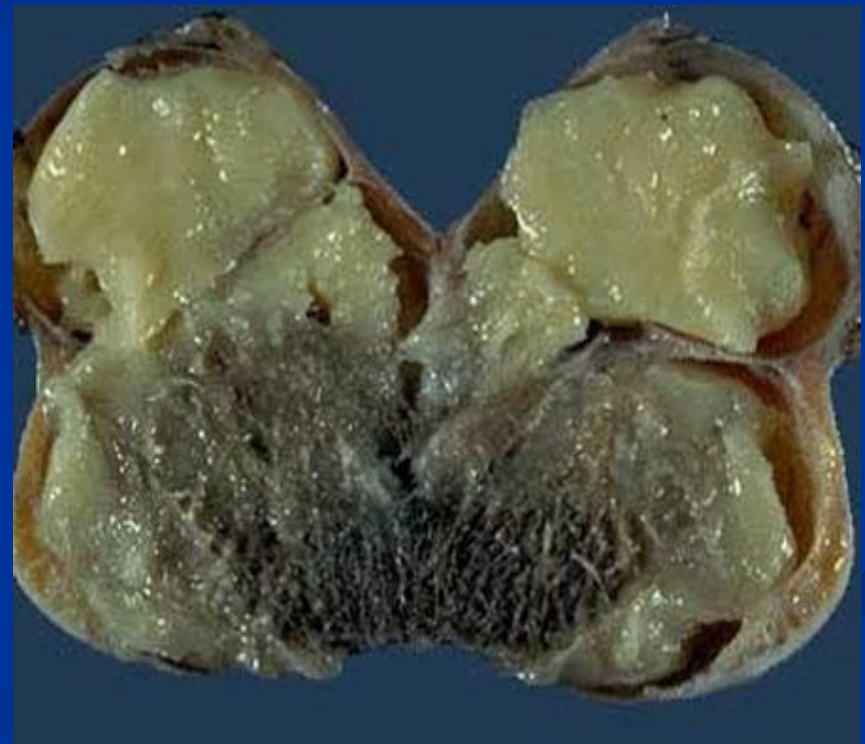
Сертоли—Лейдига-клеточная
опухоль:
соединительнотканная строма,
окружающая тубулярные
структуры; микропрепарат



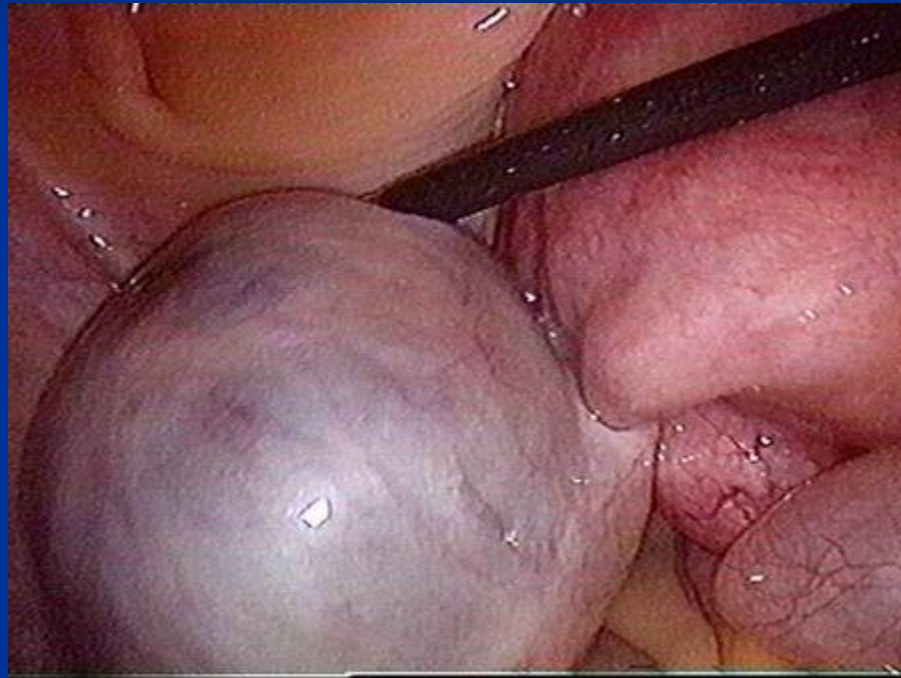
Дермоидная киста: полость кисты, содержащей волосы и зубы; макропрепарат



Дермоидная киста: полость кисты, содержащей жировую ткань; макропрепарат



Лапароскопия: дермоидная киста



Метастатические опухоли

- карциномы молочной железы
- аденокарцинома эндометрия
- опухоли желудочно-кишечного тракта
- злокачественные лимфомы

Частота метастатического рака яичников – 8% случаев

Как правило, двусторонние

Опухоль Крукенберга - исходит из любого органа, в котором развиваются слизистые карциномы (желудок, молочная железа, кишечник)

Опухолевидные (ретенционные) процессы

1. Лютеома беременных
2. Гиперплазия стромы яичников
3. Массивный отек яичника
4. Единичные и множественные фолликулярные кисты
5. Единичные и множественные кисты желтого тела
6. Эндометриоз (небольшие очаги)
7. Воспалительные процессы (пиовар)
8. Параовариальные кисты

Клиническая картина доброкачественных эпителиальных опухолей

- Жалобы на боли внизу живота и пояснице
- Дизурические явления
- Диспептические явления
- Нарушения менструального цикла - редко

ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

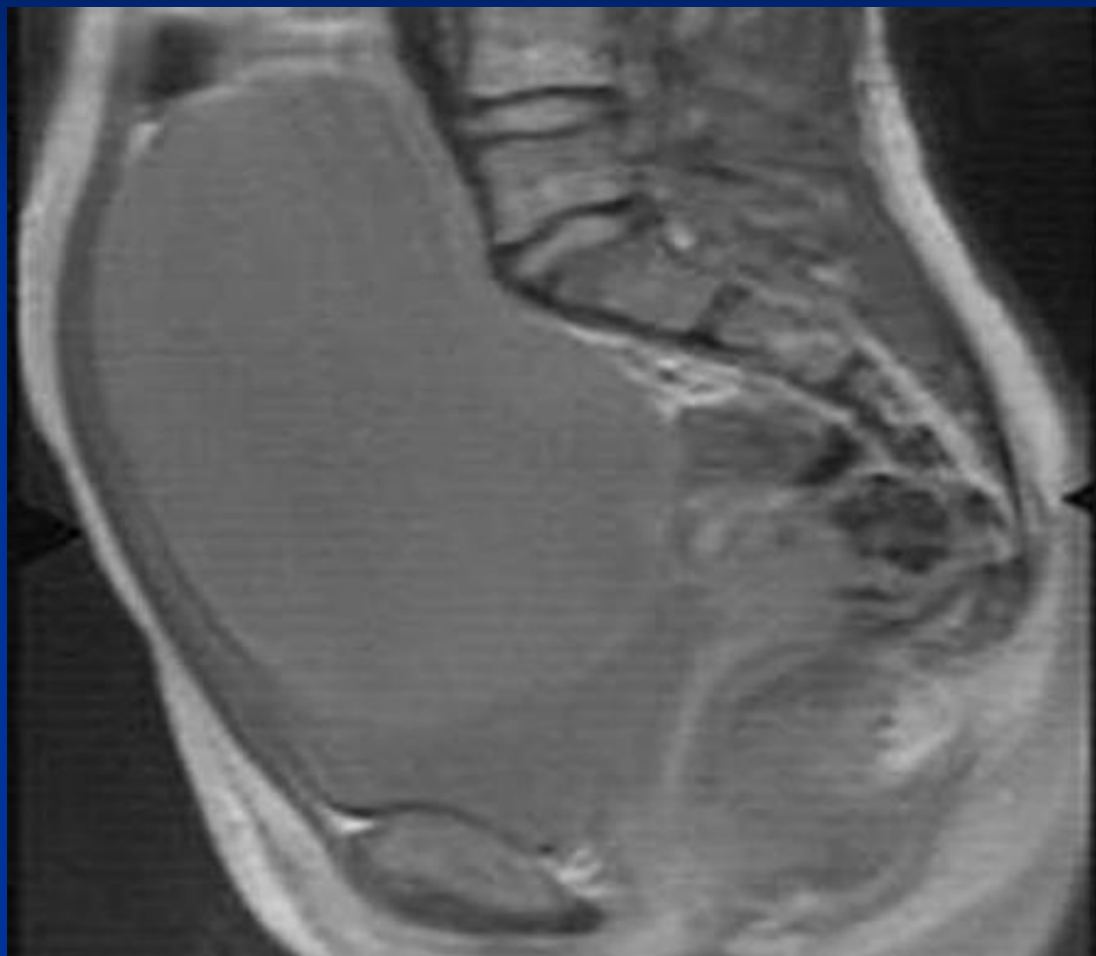
- Осмотр
- УЗИ
- Рентгеновская компьютерная томография
- Магнитно-резонансная томография
- Опухолевые маркеры
- Рентгенологическое исследование
- Цитологическое исследование
асцитической жидкости
- Лапароскопия, лапаротомия

Диагностика опухолей яичников. УЗИ

Киста желтого тела с пристеночным гиперэхогенным включением



Компьютерная томография: массивное жидкостное образование в полости малого таза —
серозная цистаденома яичника



Опухолевые маркеры

Специфические биологические вещества, продуцируемые опухолью

опухоль-ассоциированные антигены

- СА-125
- СА-19-9
- СА 72-4

онкофетальные антигены

- альфа-фетопротеин
- хорионический гонадотропин

Перспективные направления:

- ингибин
- макрофагальный колониестимулирующий фактор (M-CSF)

группы риска по развитию рака яичников

Женщины, имеющие в анамнезе:

- нарушение функции яичников (менструальной, детородной)
- кровотечения в постменопаузе, не связанные с патологией матки
- длительное наблюдение по поводу миомы матки, хронических воспалительных заболеваний придатков матки и доброкачественных опухолей яичников
- операции в пре- и постменопаузе по поводу доброкачественных опухолей внутренних половых органов, с сохранением яичников

Наследственные факторы развития рака яичников

- Большинство карцином яичника (95%) – спорадические (риск 1,5%; 1 из 100 женщин)
- Наследственные формы – 5%, при этом риск 50% - каждая вторая

Факторы, влияющие на частоту рака яичников

- Широкое применение КОК
- Сокращение числа беременностей и родов – «непрерывная овуляция»
- Препараты для стимуляции овуляции (лечение бесплодия)
- Применение эстрогенов для ЗГТ в пери- и постменопаузе
- Фактор питания (повышенное потребление животных белков)

Распространение рака яичников

- Опухолевые клетки с поверхности – по брюшной полости (брюшина, правая половина диафрагмы, капсула печени)
- Сальник
- Лимфогенное распространение (чаще при распространенном раке, очень характерно для герминогенных)
- Гематогенное распространение (2-3%) – печень, кости, головной мозг
- Прямое прорастание опухоли в ректо-сигмоидный отдел кишки, мочевого пузырь

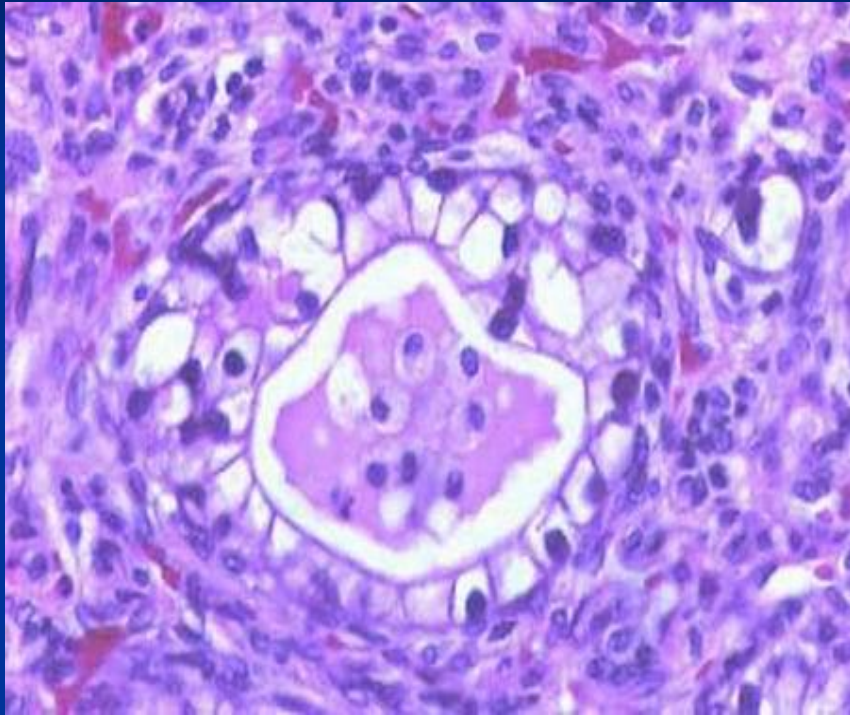
Классификация рака яичников

FIGO		TNM
I ст.	Опухоль ограничена яичниками	T1
a)	Поражен 1 яичник, асцита нет	T1a
b)	Поражены 2 яичника	T1b
c)	Поражены 1 или 2 яичника, есть асцит или раковые клетки в смывах	T1c
II ст.	Опухоль поражает 1 или 2 яичника с распространением на область малого таза	T2
a)	Распространение на матку или трубы, асцита нет	T2aN0
b)	Распространение на матку, трубы и висцеральную брюшину, асцита нет	T2bN0
c)	Распространение как при a или b, но имеется асцит или раковые клетки в смывах	T2cN0
III ст.	Опухоль поражает 1 или 2 яичника с метастазами за пределами малого таза или забрюшинно	T3N0
a)	Микроскопические метастазы по брюшине	T3N0M0
b)	Микрометастазы по брюшине до 2,0 см	T3N1M0
c)	Метастазы более 2,0 см или в регионарных лимфотических узлах	T3N1M0
IV ст.	Поражены яичники с отдаленными метастазами	T3N1M1

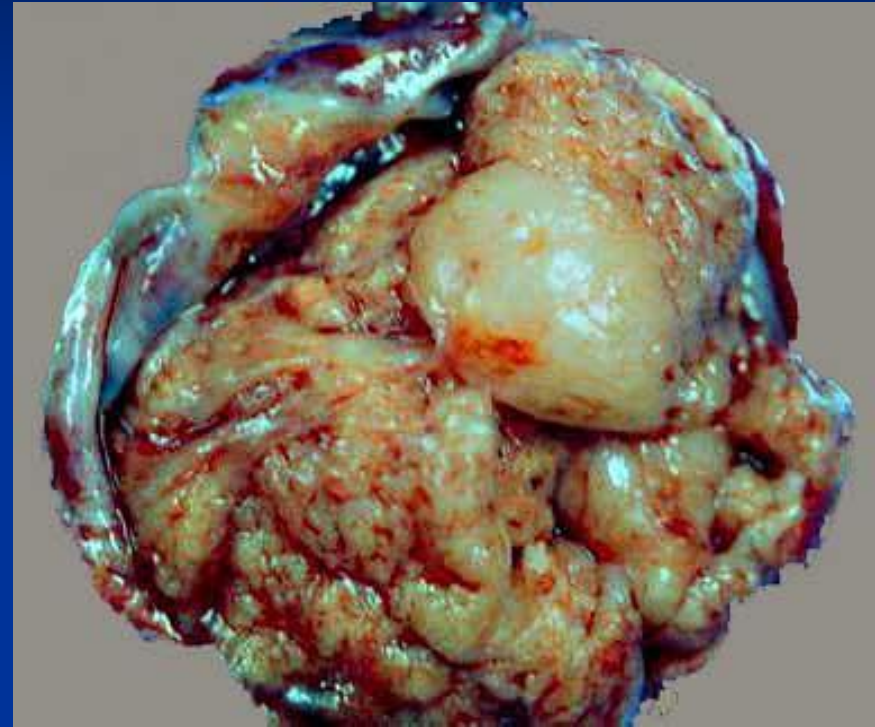
Рак яичников

Стадия	Описание	Частота обнаружения	5-летняя выживаемость
<i>I</i>	Опухоль в пределах яичников	20%	73%
<i>II</i>	Распространение в пределах малого таза	5%	45%
<i>III</i>	Поражение брюшной полости и забрюшинных лимфатических узлов	58%	21%
<i>IV</i>	Отдаленные метастазы	17%	5%

СВЕТЛОКЛЕТОЧНАЯ
АДЕНОКАРЦИНОМА



ПАПИЛЛЯРНАЯ СЕРОЗНАЯ
ЦИСТАДЕНОКАРЦИНОМА



Лечение функциональных кист яичников

- Наблюдение в течение 2-3 месяцев
- Гормональная терапия
- Пункция кисты с цитологическим исследованием пунктата и последующим динамическим наблюдением
- При рецидивах – хирургическое лечение

Лечение доброкачественных опухолей яичников

- Все доброкачественные опухоли яичников после исключения функциональных кист требуют оперативного лечения
- Операция необходима для решения вопроса о злокачественности процесса
- Преимущественно применяется лапароскопический метод

Лечение доброкачественных опухолей яичников

Объем операции

- Цистэктомия
- Резекция яичника
- Овариэктомия
- При наличии сочетанной патологии матки – экстирпация матки с удалением придатков матки
- По показаниям – интраоперационно срочное гистологическое исследование опухоли

Лечение рака яичников

- Хирургические методы
- Химиотерапия
- Лучевая терапия

Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей

- Абластика
- Зональность
- Футлярность
- Антибластика

Химиотерапия рака яичников первой линии

Платиновые производные:

первое поколение – цисплатин

второе поколение – карбоплатин

третье поколение – оксалиплатин

Таксаны:

паклитаксел (Таксол)

доцетаксел

Химиотерапия рака яичников второй линии

- паклитаксел
- топотекан
- этопозид
- доксорубицин
- тамоксифен

Фазы деления клетки

1. Пресинтетическая (g1)
2. Синтетическая (s)
3. Постсинтетическая (g2)
4. Митотическая (M)
5. Покоя (g0)

Цитостатики

Антиметаболиты

Алкилирующие

Алкалоиды



Химиотерапия рака яичников

■ Схема CF

- Циклофосфан – 100 мг/м² внутримышечно с 1 по 14 день
- Фторурацил – 500 мг/м² внутривенно в 1, 8, 15 дни
- Интервал между курсами 4-6 нед

■ Схема CMF

- Циклофосфан – 100 мг/м² внутримышечно с 1 по 14 день
- Метотрексат – 20 мг/м² внутримышечно в 1 и 8 дни
- Фторурацил – 500 мг/м² внутривенно в 1 и 8 дни

■ Схема TMF

- ТиоТЭФ - 10 мг/м² внутримышечно через день №7
- Метотрексат – 20 мг/м² внутримышечно в 1 и 8 дни
- Фторурацил – 500 мг/м² внутривенно в 1 и 8 дни

■ Схема CAF

- Циклофосфан – 100 мг/м² внутримышечно с 1 по 14 день
- Адриамицин (фарморубицин) – 30 мг/м² внутривенно в 1 и 8 дни
- Фторурацил – 500 мг/м² внутривенно в 1 и 8 дни