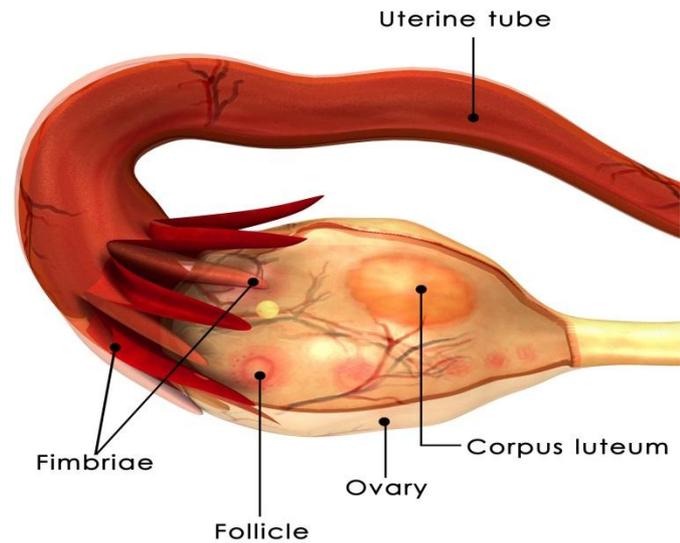


Лекция
Профессор
Симрок В.В.



Опухоли и опухолевидные образования яичников

Введение

- Рак яичника (РЯ) является одной из самых сложных проблем онкогинекологии, занимает 7-е место в структуре заболеваемости и 4-е — среди причин смертности от всех злокачественных опухолей у женщин, а в структуре опухолей женской репродуктивной системы — соответственно 4-е (после рака грудной железы, тела и шейки матки) и 1-е места.
- По данным Международного агентства по изучению рака, в мире ежегодно регистрируют около 225 тыс. новых случаев злокачественных опухолей яичника (ОЯ) и 140 тыс. женщин умирают от этого заболевания. За последние 10 лет в странах СНГ отмечают прирост заболеваемости РЯ на 8,5%. Наивысшие показатели заболеваемости фиксируют в развитых странах Европы (страны Северной Европы, Великобритания) и США [Воробьева Л.И.].

Актуальность проблемы

- Опухоли яичников - серьезная проблема среди женщин всехвозрастных групп, занимающая 7-ое место (или 4%) в структуре всех злокачественных опухолей у женщин.
- 5-10% женского населения подвергаются хирургическому лечению по поводу опухолей яичников,
- у 13-21% оперированных обнаруживаются злокачественные' опухоли.
- У беременных частота выявления опухолей придатков матки может достигать 3,2%, а частота злокачественных форм достигает 6,8% от всех опухолей у беременных .

Возрастные особенности эпидемиологии ДОЯ

- В детском возрасте:
- функциональные кисты -65%
- доброкачественные опухоли – 28%,
- злокачественные опухоли - 8 %.
- **представлены:** дисгерминомами, опухолями эндодермального синуса, эмбриональными карциномами и незрелыми тератомами.

Другие возрастные периоды

- **В репродуктивном возрасте:** доброкачественные опухоли, преобладают серозная цистаденома, зрелая тератома, функциональные кисты.
- **В возрасте старше 50 лет** одинаково часто встречаются
- как опухолеподобные образования яичников, так и истинные (доброкачественные серозные или муцинозные опухоли, доброкачественные опухоли из группы теком-фибром, зрелые тератомы и эндометриоидные кисты).
- **У беременных** - 0,15 - 3,4 % кисты желтого тела, которые спонтанно регрессируют в течение 2 - 4 месяцев
- **В перименопаузе** распространенность злокачественных опухолей не превышает 13 %, увеличиваясь к периоду постменопаузы до 45 % .
- *При этом ранний рак яичников обычно является операционной находкой.*

Ключевой момент! NB!

- Постменопаузальный период **исключает** возможность функциональных кист и эктопической беременности.
- Объемное образование придатков матки в постменопаузе требует исключения первичного и метастатического рака яичников

Факторы риска рака яичников у пациенток с объемными образованиями придатков матки

- **возраст - интегральный фактор риска онкопатологии любой локализации (категория рекомендаций А)**
- **Пременопауза или постменопауза**
- **злокачественное новообразование любой локализации в анамнезе (установленными**
- **предрасполагающие мутации BRCA1, BRCA2, P53, STK11 синдром Пейтц-Егерса), генов репарации ДНК (синдром Линча – наследственный неполипозный колоректальный рак), RAD51C, DICER и др., а также отягощенный генетический анамнез по раку молочных желез, яичников, эндометрия, толстой кишки, желудка, почек, легких)**

Ключевой момент! NB!

- **Показания к медико-генетическому консультированию и генетическому исследованию на носительство предрасполагающих мутаций определяются на основании тщательного анализа генетического анамнеза среди родственников первой линии родства, как по женской, так и мужской л и н и и**
- Анамнестическое указание на одну родственницу первой линии родства, страдающую раком яичников, увеличивает риск с общепопуляционного 1,4% до 5%; двух родственниц - до 7% (категория рекомендаций В)

Отягощенный семейный онкологический анамнез по раку яичников, толстой кишки и молочных желез, свидетельствующий в пользу высокой вероятности носительства предрасполагающих мутаций

- две и более родственницы первой линии родства, как по отношению к пробанду, так и между собой, страдающих раком яичников;
- одна родственница первой линии родства, страдающая раком яичников и вторая родственница первой линии родства, заболевшая раком молочных желез до 50 лет (или родственник, заболевший раком грудных желез), которые также состоят в прямом родстве между собой;
- • одна родственница, заболевшая раком яичников в любом возрасте и две родственницы, состоящие в прямом родстве между собой, заболевшие раком молочных желез до 60 лет (для мужчин-родственников – раком грудных желез);
- • три и более кровных членов семьи, страдающих колоректальным раком, или два - колоректальным и один - раком желудка, (яичников,эндометрия, мочевыделительной системы, тонкой кишки в двух поколениях.
- У одного из родственников рак должен быть диагностирован до 50 лет,а пораженные члены семьи должны состоять в прямом родстве;
- • одна родственница, страдающая первично множественным раком
- **молочных желез и яичников**

Данные дополнительных исследований

- ультразвуковые признаки злокачественности в соответствии с рекомендациями IOTA;
- значение индекса риска малигнизации (RMI) 250 и более;
- значение индекса ROMA **7,39 %** и более в пременопаузе; **25, 29 %** - в постменопаузе

Дополнительные факторы, повышающие риск злокачественных новообразований яичников

- отсутствие беременностей в анамнезе,
- предшествующие стимуляция овуляции,
- эндометриодное поражение яичников в анамнезе,
- односторонняя овариоэктомия в анамнезе,
- раннее менархе и поздняя менопауза (для опухолей I типа по R.J.Kurman),
- позднее менархе и ранняя менопауза (опухолей ,II типа по R.J.Kurman),
- диета с высоким содержанием жиров и легко усвояемых углеводов,
- ожирение,
- сахарный диабет 2 типа,
- хронический сальпингоофорит (для серозных опухолей),
- асбест.

факторы, снижающие риск рака яичников

- • многодетность,
- • перенесенная гистерэктомия,
- • хирургическая стерилизация или двусторонняя тубэктомия,
- • двусторонняя аднексэктомия,
- • прием комбинированных оральных контрацептивов (категория рекомендаций А)

Группы умеренного риска

- Злокачественное новообразование экстраовариальной локализации в анамнезе
- Объемное образование яичников кистозного строения в постменопаузе
- Сочетание двух и более дополнительных факторов риска.
- **Группа низкого риска**
- Общая популяция.
- Женщины без основных и дополнительных факторов риска.

Патогенез.

- ОЯ возникают в условиях нарушения гормонального баланса в системе «гипофиз-яичник».
- ведущая роль отводится гонадотропной гиперстимуляции яичников.
- ***Гипотеза гиперстимуляции яичников***
- ***Гонадотропиновая гипотеза,***
- ***Гипотеза гормональной стимуляции***
- ***Гипотеза воспаления***

Возможные механизмы предрасположенности к возникновению РЯ

Таблица. Возможные механизмы предрасположенности к возникновению РЯ

Гипотеза	Предполагаемый механизм	Подтверждения
Постоянная овуляция	ПЭЯ повреждается во время овуляции, а восстановительные процессы повышают подверженность к мутациям	Риск РЯ снижается при уменьшении числа овуляторных циклов (при беременности, завершившейся родами, кормлении грудью, приеме ПК)
Стимуляция гонадотропинами	ФСГ и ЛГ стимулируют рост опухоли, клеточное деление и мутагенез	Повышение риска РЯ при бесплодии, СПКЯ; снижение риска при приеме прогестагенных препаратов; ФСГ повышает экспрессию многих онкогенов и стимулирует опухолевый рост (экспериментальные данные)
Гормональная стимуляция	Высокие концентрации андрогенов в микроокружении опухоли стимулируют канцерогенез, в то время как прогестагены снижают риск РЯ	Состояния, сопровождающиеся высоким уровнем циркулирующих андрогенов (СПКЯ), повышают риск РЯ, андрогены — преобладающие гормоны в инклюзионных кистах; применение прогестагенов снижает риск РЯ
Воспаление	Повреждение ПЭЯ при овуляции вызывает воспаление, которое стимулирует перестройку ткани и повышает подверженность к мутациям	Возможность снижения риска РЯ при приеме НПВС; высокое содержание воспалительных медиаторов в опухолевой ткани

Классификация.

- гистологическая классификация опухолей яичников, принятая ВОЗ 2014 года, с учетом современных представлений о патогенезе опухолей яичника, а также их молекулярно-генетических и биологических особенностей.
- 1. Опухолоподобные поражения яичников: фолликулярные кисты, кисты желтого тела, лютеомы беременности и др.
- 2. Опухоли яичников: эпителиальные, мезенхимальные, смешанные эпителиально-мезенхимальные, опухоли полового тяжа и стромы, зародышевоклеточные, смешанные зародышевоклеточные и полового тяжа и стромы, мезотелиальные.
- Каждая из морфологических групп подразделяется на доброкачественные и злокачественные варианты. Среди эпителиальных опухолей яичников также охарактеризованы пограничные новообразования.

Ключевой момент NB!

- **Цистаденома яичников - доброкачественная опухоль яичников кистозного строения.**
- **Киста яичников - ретенционное *функциональное* образование яичников кистозного строения (киста желтого тела или фолликулярная киста).**

Гистологическая классификация опухолей яичников

- эпителиальные,
- стромальные,
- мезенхимальные опухоли,
- опухоли стромы полового тяжа,
- герминогенные опухоли,
- смешанные,
- лимфопролиферативные заболевания,
- опухолеподобные заболевания,
- вторичные (метастатические) опухоли.
- **NB! Окончательно судить о характере процесса (доброкачественный / злокачественный), и прогнозе заболевания, возможно только после получения результата развернутого морфологического исследования удаленного макропрепарата.**

Клинические симптомы опухолей яичников

- **Опухоли яичников
(доброкачественные и
злокачественные) характеризуются
длительным бессимптомным течением**

При ОЯ нет специфических симптомов за исключением гормонопродуцирующих

Симптомы заболевания зависят от величины и расположения опухоли.

- Боли внизу живота: разный характер и локализация, однако именно боли чаще всего заставляют женщину обращаться к врачу.
- Нарушение менструального цикла вторая по частоте жалоба (21,7%).
- Нарушение работы кишечника и мочеиспускания (20%).
- Чувство тяжести и увеличение объема живота- 18%.
- Слабость и одышка – 14,7%
- Бесплодие – 7,8%.
- Доброкачественные ОЯ нередко сочетаются с другими гинекологическими заболеваниями. В 24% - с хр.воспалением придатков матки, патологические изменения шейки матки (эрозия, хр. эндоцервицит и т.д. в 27%). У каждой 3-4й больной с доброкачественной ОЯ имеется или был в прошлом воспалительный процесс в придатках матки.

Клинические симптомы

появляются при:

- • возникновении осложнений (перекрут ножки опухоли, разрыв, кровоизлияние, нагноение ОЯ) - симптомы «острого живота»;
- • развитии асцита, гидроторакса в сочетании с наличием яичникового новообразования (описаны как для доброкачественных (синдром Мейгса), так и злокачественных опухолей яичников);
- • гормональной активности опухоли (симптомы гиперпродукции тех или иных гормонов): андрогенов или эстрогенов при опухолях стромы полового тяжа;
- реже - других гормонов (например, при дисгерминомах, симптомы гипертиреоза при struma ovarii).

Признаки андроген- продуцирующих опухолей

- • развитие вирилизации - исчезновение женских вторичных половых признаков, олиго-/ аменорея,
- • появление вторичных мужских половых признаков (гирсутизм, перераспределение отложения жировой клетчатки по мужскому типу, огрубение голоса).

Признаки эстроген- продуцирующих опухолей

- • преждевременное половое созревание девочек;
- • нарушение менструального цикла по типу метrorрагии в репродуктивном возрасте;
- • развитие гормон-индуцированной гиперплазии эндометрия,
- эндометриальной интраэпителиальной неоплазии и высокодифференцированного
- рака эндометрия;
- • отсутствие признаков возрастной атрофии наружных и внутренних гениталий в постменопаузе.

неспецифические жалобы, на которые следует обратить внимание

- носят постоянный или частый характер (12 и более в месяц).
- • увеличение живота, чувство его переполнения или вздутия;
- • чувство быстрого насыщения при приеме пищи или потеря аппетита;
- • хроническая боль в животе, в том числе нижних отделах;
- • учащенное мочеиспускание или ложные позывы к мочеиспусканию.
- • Другие симптомы могут включать: кровотечения в постменопаузе; необъяснимая потеря веса; повышенная утомляемость; изменения в работе кишечника.

Скрининг ОЯ

- не существует общепринятого золотого стандарта не инвазивной ранней диагностики, позволяющей идентифицировать злокачественные новообразования яичников на этапе пограничных опухолей и ранних стадий малигнизации.

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППЫ РИСКА

- *В группах умеренного риска:* (злокачественное новообразование экстраовариальной локализации в анамнезе, объемное образование яичников кистозного строения в постменопаузе), **а** также *начиная с постменопаузы* – ежегодное определение СА 125 сыворотки крови в сочетании с трансвагинальной эхографией органов малого таза в дополнение к общему и специальному гинекологическому осмотру;

NB! Ключевой момент

- Стойкие нерегрессирующие кисты яичников следует
- пересматривать через 3 месяца, а затем на выборочной основе каждые 6 месяцев. Рекомендуется проводить ежегодные трансвагинальные УЗИ в течение 3 лет и СА 125 в течение 5 лет с момента постановки диагноза (Американский колледж акушерства и гинекологии (ACOG))
- простые однокамерные кисты яичников распространены в постменопаузе, имеют низкий злокачественный потенциал и, чаще остаются стабильными или самостоятельно регрессируют без хирургического вмешательства.
- NB! Увеличение размера кисты или повышение уровня СА 125 должно побудить врача рассмотреть возможность хирургического лечения

группы высокого риска наследственного рака

ЯИЧНИКОВ

- рекомендуется трансвагинальная эхография органов малого таза
- и определение СА 125 каждые 6 месяцев, начиная с 30 лет или за 5-10 лет до наименьшего возраста дебюта рака яичников у родственницы.

В то же время!

- комбинация эхографии органов малого таза
- и определения СА 125 сыворотки крови признаны *неэффективным скринингом ранних стадий рака яичников* и не снижают смертность от рака яичников
- Трансвагинальная эхография выявляет объемное образование придатков матки (клинический синдром), который требует дальнейшего дифференциально-диагностического поиска **НВ!** Нормативные значения СА 125 (менее 35 МЕ/мл) не исключают наличие рака яичников

Диагностика и дифференциальная диагностика опухолей яичников

- исключения злокачественной патологии является весьма важным, так как в настоящее время эффективных скринговых программ для выявления рака яичников не разработано.
- • Осмотр в зеркалах, бимануальное ректовагинальное исследование позволяет определить размеры опухоли, консистенцию, подвижность, консистенцию опухолевых масс, исследовать Дугласово пространство, заднюю поверхность прямой кишки, параметров и т.д. Однако у пациенток с ИМТ более 30 кг/м² имеет ограничение к применению УЗИ органов малого таза.
- • Трансвагинальное УЗИ должно использоваться на первичном этапе обследования всех возрастных групп пациенток, при больших размерах опухоли трансвагинальное УЗИ должно быть дополнено трансабдоминальным УЗИ (категория рекомендаций А)
- ***определения онкомаркеров сыворотки крови СА 125 (расчет индекса RMI), или эхографии и совокупного определения СА 125 и HE4 с подсчетом индекса ROMA***

онкомаркеры

- Большинство биохимических маркеров являются опухольассоциированными, т.е. неспецифическими. Их уровни повышаются лишь при значительном объеме опухолевых масс, распространении процесса, в то время как на ранних стадиях их концентрация обычно не превышает пороговые показатели. Поэтому, для первичной диагностики их использование ограничено. У беременных женщин могут быть повышены уровни опухолевых маркеров р-ХГ, АФП, СА 15-3, SCC и СА125

Маркер или маркёр?

- **СА 125** - маркер злокачественных эпителиальных опухолей яичников и эпителиальных опухолей другой локализации (кишечника, легких, поджелудочной железы, молочной железы). СА 125 коррелирует с величиной опухолевых масс, нормализуясь после радикальной операции и химиотерапии, и повышаясь при рецидиве заболевания. Успешно используется как маркер эффективности химиотерапии, для прогнозирования рецидивов, прогноза выживаемости
- **HE 4**, который более чувствителен и специфичен,
- чем СА 125 для диагностики рака яичников (73% против 43,3% и 95% против 76,4% соответственно). Однако он повышается при эндометриозе и может быть ложноположительным при доброкачественных опухолях .

Онкомаркерами, специфичными для герминогенных опухолей яичника, могут быть:

- - хорионический гонадотропин - уровень более 10 000 нг/мл
- свидетельствует о распространенности процесса, плохом прогнозе и наличии в опухоли элементов хориокарциномы;
- - альфа-фетопротеин - патогномоничен для герминогенных
- опухолей, особенно для опухолей желточного мешка (эндодермального синуса). Уровень более 1000 нг/л свидетельствует о плохом прогнозе;
- - лактатдегидрогеназа - специфичный маркер для чистой
- дисгерминомы (повышается практически в 100% случаев).
- В настоящее время не доказана польза рутинного исследования дополнительных онкомаркеров: ракового эмбрионального антигена (РЭА), СА 72-4, СА 19-9, а-фетопротеина (АФП), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и бета-
- хорионического гонадотропина (Р-ХГ) (категория рекомендаций В)

Расчет IRM (индекс риска малигнизации)

- IRM основан на возрасте женщины, данных УЗИ, уровне СА 125. По каждому показателю начисляются баллы (таблица). Все баллы и уровень СА 125 умножаются. В норме IRM не превышает 200.
- Повышение его выше 200 является предиктором развития рака яичников (категория рекомендаций А).

Индекс риска малигнизации для объемных образований в малом тазу (по Jacobs et al, 1990)

Признак		Бальная система	Пример
менопауза	пременопауза	1	
	постменопауза	3	3
УЗИ данные	многокамерное		
	Солидный компонент	Нет ни одного признака=0 баллов	
	двухсторонние	1 признак+1 балл	1+1+1=3 балла
	асцит	2-5 признаков=3 балла	
	метастазы		
СА 125	Абсолютное значение		90
ИРМ=(УЗИ данные)х(менопаузальные данные)х СА 125			3х3х90=810

Расширенный

диагностический поиск

- **Подразумевает: исключение экстраовариальных злокачественных новообразований, часто метастазирующих в яичники: рака желудка, толстой кишки, молочных желез, эндометрия (категория рекомендаций В)**
- Компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) и позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ-КТ) не рекомендованы для первичного обследования, направленного на выявление опухолей яичников (категория рекомендаций В), однако, при подозрении на злокачественную опухоль рекомендовано проведение КТ брюшной полости и грудной клетки с контрастированием
- и МРТ брюшной полости с контрастированием

МРТ с контрастированием

- улучшает доморфологическую диагностику рака яичников в большей степени, чем КТ, эхография с ЦЦК или МРТ без контрастирования (категория рекомендаций В) и показана для уточнения анатомических взаимоотношений исследуемых структур, характера роста опухоли, асцита; пациенткам, у которых эхография органов малого таза оказалось
- неинформативной.

Пункция

- Пункция образования яичника кистозного строения
- не рекомендована за исключением пациенток с распространенной формой рака яичников при невозможности хирургического лечения для определения гистотипа опухоли перед химиотерапией (категория рекомендаций B).
- Аспирационная биопсия содержимого опухоли мало информативна, ее чувствительность для дифференциальной диагностики не превышает 25%. При диагностической лапароскопии может быть взята биопсия только солидной опухоли со срочным интраоперационным морфологическим исследованием и цитологическим исследованием перитонеальной жидкости.
- Также рекомендовано интраоперационное цитологическое исследование смывов или отпечатков с брюшины (категория рекомендаций B)

Лечебно-диагностическая тактика при объемных образованиях яичников в различные возрастные периоды

- Репродуктивный и пременопаузальный период: **NB!** Назначение комбинированных оральных контрацептивов не ускоряет регресс функциональных кист яичников (категория рекомендаций А) .
- **NB!** Аспирация содержимого кисты в качестве лечебно]по метода
- вагинальным или лапароскопическим доступом ассоциирована с высоким
- риском рецидива кисты яичника (категория рекомендаций В)
- В случае отсутствия показаний для госпитализации в стационар онкологического профиля, установленных онкологом,
- пациентка может быть госпитализирована в стационар гинекологического профиля. I
- **NB! Методом лечения опухолей яичников является хирургический.**
- В репродуктивном периоде (18-44 года) предпочтение отдается
- эндоскопическому доступу (лапароскопии), органопластическому объему
- операции (резекция яичников или цистэктомия).
- **NB! Лапароскопический доступ является методом выбора-для ДОЯ**
- без клинических, лабораторных и эхографических признаков
- малигнизации (категория рекомендаций А)

Объем оперативного вмешательства при ОЯ зависит от

- возраста больной
- гистологического строения опухоли
- состояния второго яичника
- сопутствующих заболеваний и желания женщины иметь детей

В репродуктивном возрасте

- объемом оперативного лечения при подозрении на пограничную опухоль яичников или ранний рак яичников является аднексэктомия, резекция контрлатерального яичника, резекция большого сальника, биопсия имплантов, сопровождающиеся аспирацией
- перитонеальной жидкости и перитонеальными смывами из всех этажей брюшной полости с полным стадированием опухоли

В пременопаузальном и постменопаузальном возрасте

- с опухолью низкого риска (ДОЯ), согласно совокупной оценке анамнестических, эхографических, лабораторных и интраоперационных макроскопических
- характеристик является двусторонняя аднексэктомия (двусторонняя аднексэктомия.
- с опухолью яичников умеренного и высокого риска, согласно совокупной оценке анамнестических,
- эхографических, лабораторных и интраоперационных макроскопических
- характеристик является пангистерэктомия, резекция большого сальника, интраоперационное стадирование процесса.

Постменопаузальный период

- У женщин в постменопаузе, имеющих острую боль в животе, следует
- исключать диагноз осложненной опухоли яичника (например, перекрут, разрыв кисты, кровоизлияние) (GPP, хорошая клиническая практика)
- Бессимптомные, простые, односторонние, однокамерные кисты
- яичников диаметром менее 5 см имеют низкий риск злокачественной
- опухоли. При нормальных уровнях СА 125 сыворотки крови тактика ведения консервативная, с повторным обследованием через 4-6 месяцев. Если через 1 год киста остается неизменной или уменьшается в размере, уровень СА 125 нормальный, возможно наблюдение 1 раз в год, однако следует принять во внимание пожелания пациентки и степень хирургического риска .
- У женщин в постменопаузе показана лапаротомия при всех кистах
- яичников с подозрением на малигнизацию, на что указывает RMI I > 200, результаты КТ, клиническая оценка или результаты лапароскопии. Объем – пангистэктомия, резекция большого сальника

Лучевая терапия

Показания к облучению:

- наличие изолированного метастатического очага, входящего в зону облучения;
- предположительная чувствительность к лучистой энергии.

Противопоказания к применению лучевой терапии при раке яичника:

- общее тяжелое состояние (высокая температура тела, одышка, распад опухоли, сопутствующие тяжелые заболевания);
- очень большой объем опухолевых очагов;
- низкое количество лейкоцитов;
- очень мощный жировой слой на передней и задней брюшной стенке;
- наличие асцита;
- относительно дифференцированный характер опухоли.

Химиотерапия

- после операции по полному удалению новообразования, для предупреждения развития метастазов и рецидива опухоли;
- после операции по частичному удалению опухолей III или IV степени, для торможения роста или разрушения остатков злокачественных тканей;
- после паллиативного лечения, когда операция проводится не радикально, а только с целью облегчить состояние пациентки; в таком случае химиотерапия может значительно повлиять на выживаемость больных раком;
- перед оперативным вмешательством, для улучшения эффективности операции.

Схемы химиотерапии при раке

Одной из наиболее часто применяемых схем при химиотерапии рака яичников является **яичников** схема CAP

- Цисплатин в дозировке 50 мг/м;
- Циклофосфан в дозе 400 мг/м;
- Адриабластин по 30 мг/м.
- При лечении герминогенных опухолей активна и эффективна схема VFC:
- Винкристин в дозировке 1 мг/м;
- Циклофосфан по 400 мг/м;
- Актиномицин D по 0,25 мг/м.
- Схема PVB также часто применяется при опухолях герминогенного характера:
- Цисплатин по 50 мг на метр;
- Винбластин по 0,2 мг на кг;
- Блеомицин в дозе 105 миллиграмм.
- Если произошел рецидив рака или раковая опухоль оказалась нечувствительной к проводимой ранее химиотерапии при раке яичника, могут применяться другие схемы введения лекарственных веществ.
- Схема TIP:
- Палитаксел 175 мг на квадратный метр;
- Ифосфамид 3-5 г на метр квадратный;
- Цисплатин по 75 мг на метр квадратный.

Противопоказанием к химиотерапии при раке

яичников

- являются тяжелые сопутствующие болезни или любой недуг в стадии декомпенсации.
- Нарушенная функция почек, печени, кроветворения; значительные отклонения от нормы показателей креатинина; общий билирубин более 40 мм/л; АЛТ - выше 1,8; АСТ - выше 1,3; нейтрофилы – ниже 1500 мм³; количество тромбоцитов меньше, чем 100 тысяч/мм³.
- Нарушения неврологического характера выше второй степени.
- Нарушения интеллекта и поведения, которые могут повлиять на способность согласиться на химиотерапию.
- Реакции гиперчувствительности на предлагаемые химиопрепараты, аллергия.

Профилактика осложнений

- следующие правила:
- полностью отказаться от вредностей, таких как прием спиртных напитков, курение, наркотики;
- вовремя обращаться к врачу по поводу любых заболеваний половой сферы;
- питаться правильно и полноценно;
- избегать воздействия на организм радиации, рентген-излучений, химических агентов;
- один раз в полгода пациентка должна проходить профилактический осмотр у гинеколога и онколога, с обязательным ультразвуковым исследованием и анализом венозной крови на онкомаркеры.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ

- применяются гормоны или препараты, блокирующие действие гормонов.
- При эпителиальном раке яичников гормональная терапия применяется редко. Чаще всего она используется для лечения стромальных опухолей яичников.
- **Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона**
- **Антиэстрогены**

Метастазы рака яичников

meduniver.com



Прогноз рака яичников

Стадия	Количество больных	5-летняя выживаемость (%)	meduniver.com
Стадия I	751	61	
Ia	528	65	
Ib	130	52	
Ic	80	52	
Стадия II	401	40	
IIa*	40	60	
IIb	205	38	
Стадия III	539	5	
Стадия IV	101	3	

Реабилитация онкологических больных

- должна проводиться группой специалистов:
 - онкогинекологом, при необходимости:
 - эндокринологом, - сексопатологом,
 - психологом, - социологом,
 - юристом, - экспертом по труду.
- Реабилитационные мероприятия направлены на нормализацию нервно-психологического статуса больной, максимальное восстановление физической, психической, социальной и профессиональной деятельности.
- Больным с далеко зашедшими стадиями заболевания показана паллиативная терапия – обезболивание

Дермоидная киста

Источник:

https://kista-guide.com/photo/dermoidnaya_kista_yaichnika_foto.html

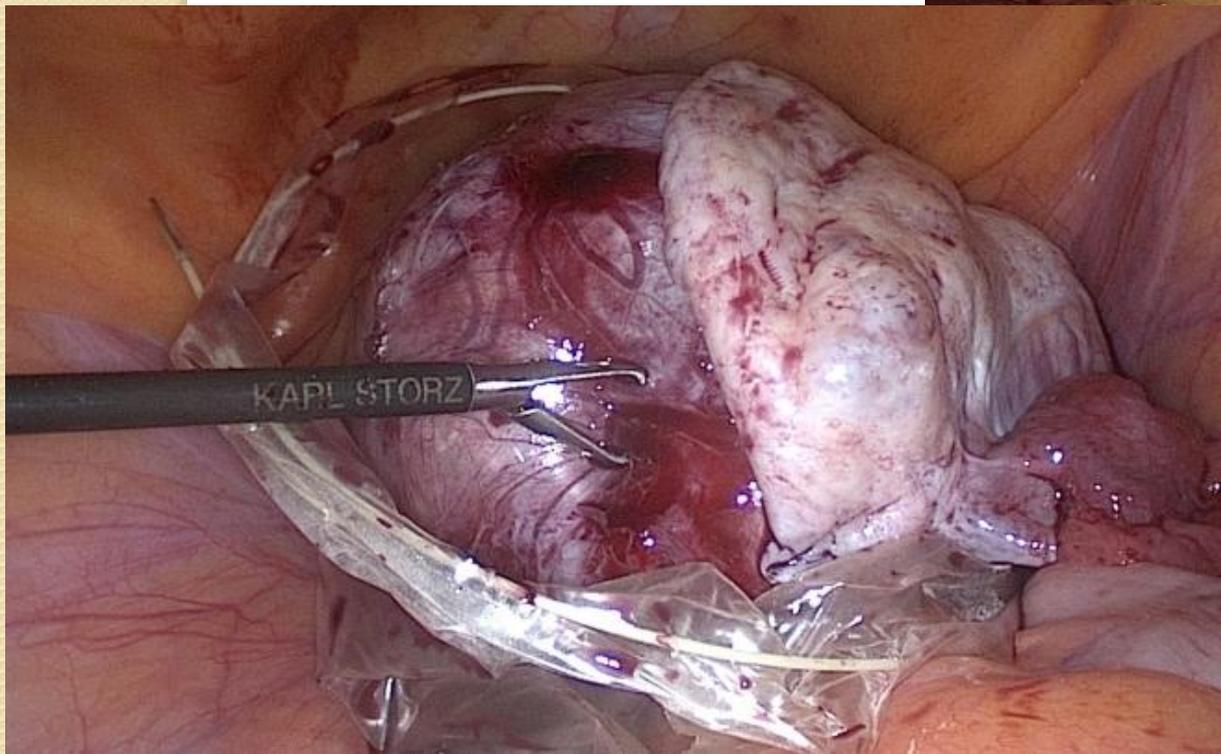
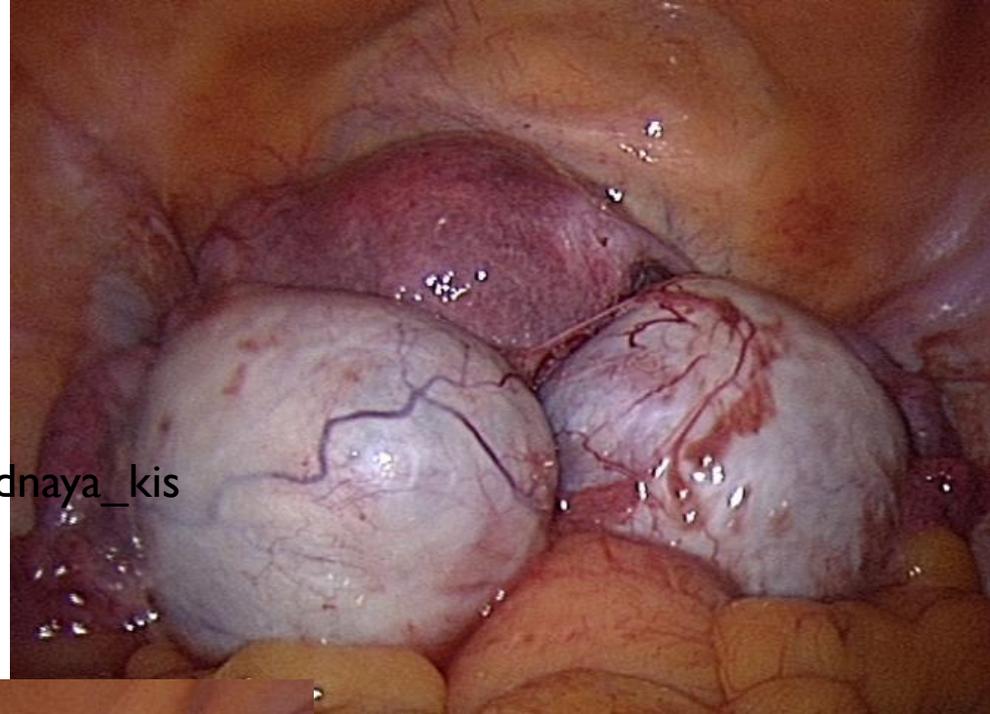
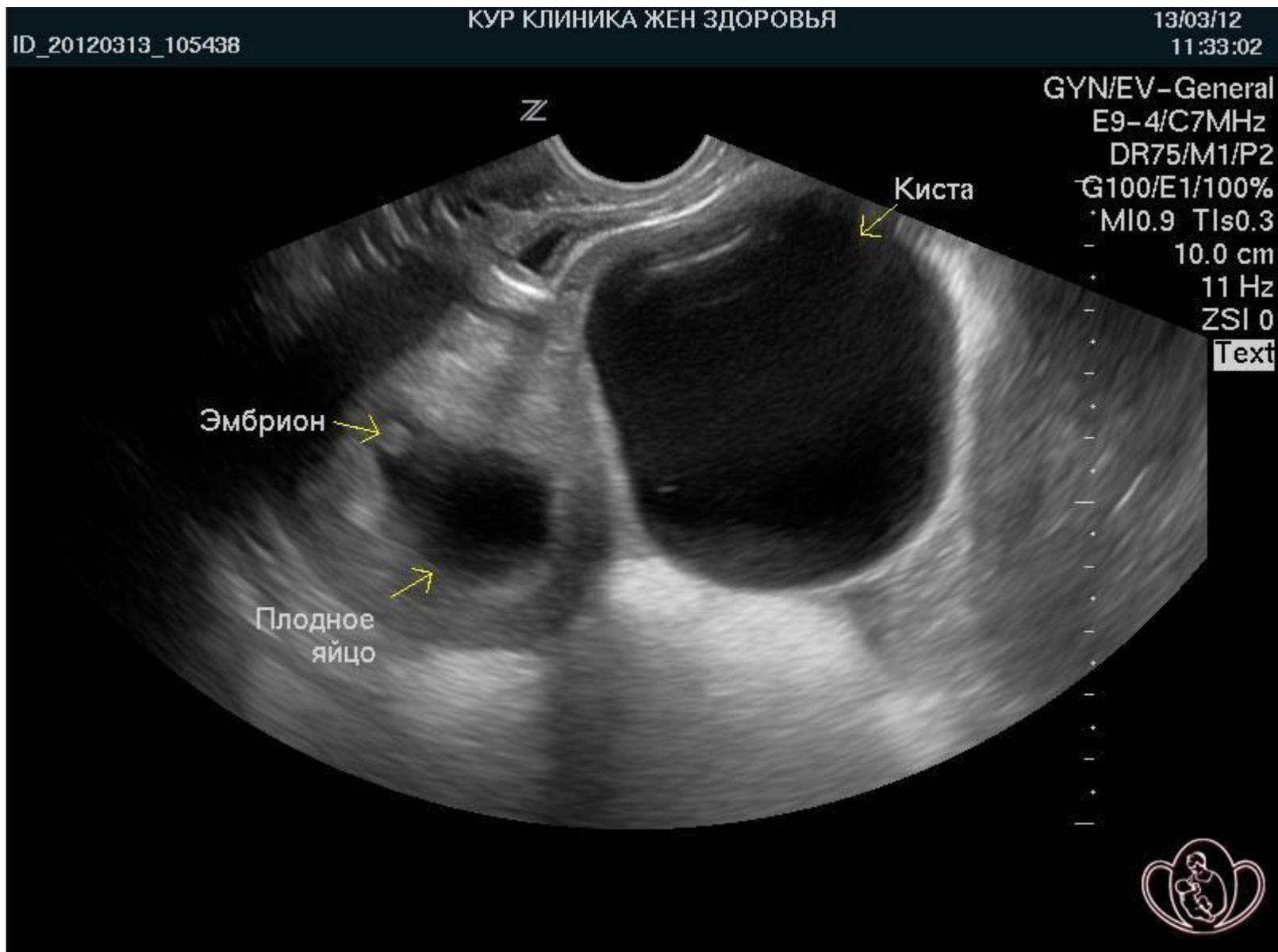


Фото фолликулярной кисты и беременности 6-7 недель

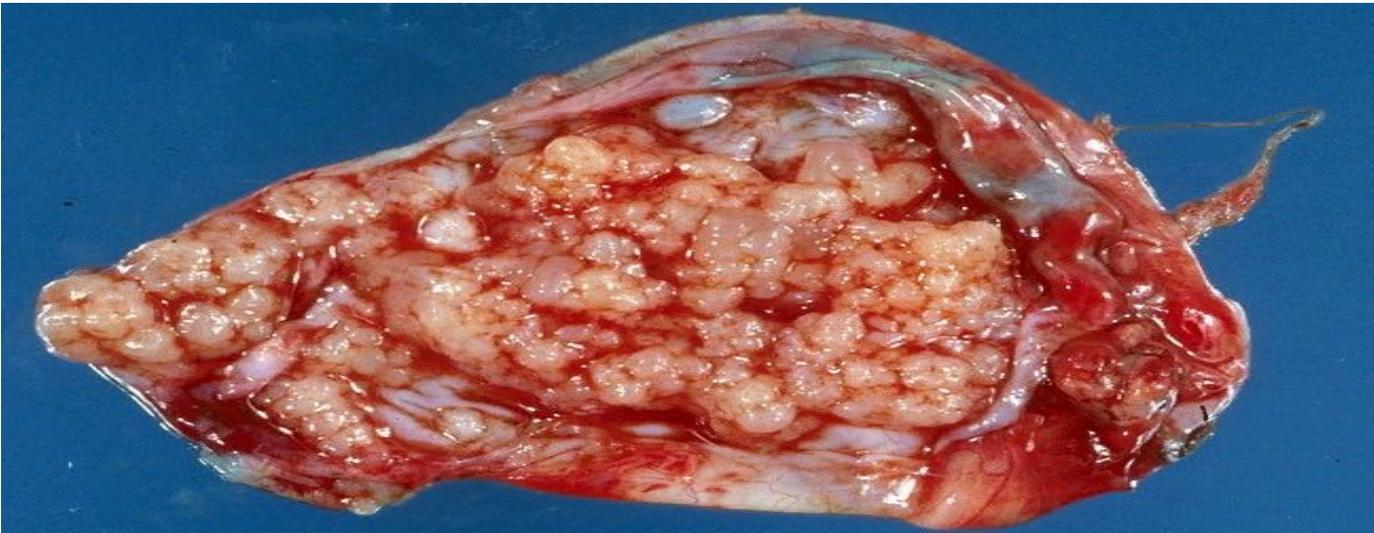


Сосочковая (папиллярная)

цистаденома



Пограничная цистаденома





Папиллярная муцинозная цистаденома
яичника

Источник: <https://tvoiyaichniki.ru/kista/vidy/mu-tsinoznaya>