

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ**

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ  
ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ**

**Учебное пособие для студентов и врачей интернов**

**Грозный 2016**

**Печатается по разрешению Ученого совета  
ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»  
Протокол № 3 от 21.04.2016 г.  
и учебно-методической комиссии  
ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»  
Протокол № 7 от 27.03.2016 г.**

**Составители:** **Л.Х. Хасханова** - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Медицинского института ЧГУ

**М.Б. Висаитова** - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии Медицинского института ЧГУ

**Рецензенты:** **М.Г. Сайдуллаева**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии с курсами функциональной диагностики, лучевой диагностики и терапии, профессиональных болезней и фтизиопульмонологии Медицинского института ЧГУ

**Л.В. Тарамова**, начальник отдела материнства МЗ Чеченской Республики.

**Хасханова Л.Х., Висаитова М.Б.** Доброкачественные опухоли яичников. Учебное пособие для студентов и врачей интернов. – Грозный: Издательство ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет», 2016. – 52 с.

© Хасханова Л.Х., Хациева М.С.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет», 2016

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Глава 1. Эмбриогенез, анатомия и эндокринная функция яичников. Этиология и патогенез опухолей яичников .....</b>	<b>5</b>
<b>Клинико-морфологическая характеристика и классификация опухолей яичников.....</b>	<b>7</b>
Клинические классификации .....	7
Гистологическая классификация .....	9
<b>СЕРОЗНЫЕ ОПУХОЛИ .....</b>	<b>13</b>
Доброкачественные серозные опухоли .....	14
Пограничные серозные опухоли .....	14
Поверхностная папиллома .....	17
<b>МУЦИНОЗНЫЕ ОПУХОЛИ.....</b>	<b>18</b>
Доброкачественные муцинозные опухоли .....	19
Пограничная муцинознаяцистаденома .....	19
Муциноматоз брюшины .....	21
<b>ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ ОПУХОЛИ .....</b>	<b>22</b>
Гисто-и патогенезэндометриоидных новообразований яичника.....	22
Доброкачественные эндометриоидные опухоли.....	22
Рецидивы эндометриоидных новообразований.....	25
Эндометриоидныеаденофибромы и цистаденофибромы.....	25
Пограничные эндометриоидные новообразования .....	26
<b>СВЕТЛОКЛЕТОЧНЫЕ (МЕЗОНЕФРОИДНЫЕ) ОПУХОЛИ.....</b>	<b>27</b>
<b>ОПУХОЛИ БРЕННЕРА .....</b>	<b>28</b>
<b>СМЕШАННЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ.....</b>	<b>30</b>
<b>ОЦУХОЛИ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА .....</b>	<b>31</b>
Гранулезоклеточная опухоль .....	31
Текома .....	32
Фиброма .....	33
Андробластома .....	35
Гинандробластома .....	35
Неклассифицируемые опухоли стромы полового тяжа .....	35
<b>ЛИПИДНОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ .....</b>	<b>36</b>
<b>ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ .....</b>	<b>36</b>
Тератомы .....	37
Смешанные герминогенныеопухоли.....	39
<b>ОПУХОЛИ, НЕСПЕЦИФИЧНЫЕ ДЛЯ ЯИЧНИКОВ .....</b>	<b>39</b>
<b>ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ПРОЦЕССЫ .....</b>	<b>39</b>
Лютеома беременности .....	39

Гиперплазия стромы яичника и гипертекоз .....	39
Массивный отек яичника .....	39
Единичная фолликулярная киста и киста желтого тела .....	39
Множественные фолликулярные кисты (поликистозные яичники; яичники при синдроме Штейна-Левенталя) .....	40
Множественные лютеинизированные фолликулярные кисты и кисты желтого тела .....	40
Поверхностные эпителиальные кисты включения (герминальные кисты включения) .....	40
Простые кисты .....	40
Воспалительные процессы .....	40
Параовариальные кисты .....	41
<b>ЭНДОМЕТРИОЗ. МОРФОЛОГИЯ И БИОЛОГИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ.....</b>	<b>41</b>
<b>Глава 3. Комплексная диагностика и лечение опухолей яичников.....</b>	<b>44</b>
Анамнез заболевания .....	44
Цитологическое исследование асцитической и плевральной жидкостей.....	45
Цитологическое исследование пунктатапрямокишечно-маточного (дугласова) пространства .....	45
Цистоскопия.....	46
Лапароскопия и кульдоскопия.....	46
Рентгенологические методы исследования .....	46
Лимфография .....	47
Цервикогистеросальпингография.....	47
Ультразвуковая диагностика опухолей яичников.....	48
Диагностическая лапаротомия .....	49
Лечение опухолей яичников .....	49

## **ЭМБРИОГЕНЕЗ, АНАТОМИЯ И ЭНДОКРИННАЯ ФУНКЦИЯ ЯИЧНИКОВ. ЭТИОЛОГИЯ и ПАТОГЕНЕЗ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ**

Эмбриогенез яичников изучен довольно подробно. Закладка половых желез происходит в первые недели внутриутробной жизни. На 20–21 день у человеческого эмбриона в области формирующихся первичных половых складок, расположенных на задней стенке брюшной полости (целома) и связанных с медиальной поверхностью первичной почки (вольфова тела или мезонефроса), появляются первичные половые клетки - гоноциты.

Первые признаки созревания фолликулов наблюдаются в яичниках 20–22-недельных плодов.

Начиная с пятого месяца внутриутробного развития плода, появляется слабовыраженная эндокринная функция яичников, оказывающая определенное стимулирующее действие на развитие фетального эндометрия, влагалища, труб и молочных желез. В последние три месяца беременности в яичниках обычно преобладают процессы дистрофии, вследствие чего уменьшается количество половых клеток и среди них сохраняются преимущественно зрелые.

Яичники женщин, достигших полового созревания, представляют парные, бобовидной или овоидной формы тела длиной 2,5 см, шириной 1,5 и толщиной 0,5–1,5 см, массой 5–10 г каждый; правый яичник обычно больше левого. Располагаются они в полости малого таза между листками широкой связки матки, свободно выступая в брюшную полость. Прикрепляются яичники к складке широкой связки, которая называется брыжейкой яичника. В области брыжейки есть две связки: собственная связка яичника, идущая к матке, и воронкообразная связка, прикрепляющаяся к стенке таза и брыжейке сигмовидной кишки. В месте прикрепления связок к яичнику расположены сосуды, нервы и лимфатические пути. Эта часть называется воротами яичника.

Топографически яичник прилежит к маточной трубе, прямой кишке, слева – к сигмовидной кишке, справа – к слепой кишке. С маткой яичник связан собственной связкой.

В яичниках выделяется два слоя: поверхностный или корковый, и более глубокий – мозговой. Поверхности яичника покрыта низким кубическим эпителием. Под эпителиальным покровом яичник имеет белочную оболочку, состоящую из

волокнистой соединительной ткани. Под белочной оболочкой располагается корковый слой яичника, в котором залегают яйцевые клетки и фолликулы, находящиеся на разных стадиях развития. Мелкие и наименее зрелые фолликулы называют первичными или примордиальными. Они состоят из собственно яйцевой клетки (овоцит), слоя гранулезных или фолликулярных клеток и оболочки яйца. Созревшие, развитые фолликулы обозначаются графовыми фолликулами или пузырьками. После разрыва фолликула (овуляции) и выхода яйцеклетки за пределы яичника просвет фолликула спадается, клетки гранулезы превращаются в клетки желтого тела.

Возрастные изменения яичников происходят в течение всей жизни женщины. Инволюция яичника протекает длительно. В пожилом возрасте прекращается образование графовых пузырьков, не развиваются желтые тела, уменьшается текаткань, наступает фиброз и диффузный склероз яичников. Это явление называется фиброзным превращением или атрофией яичников. Масса такого яичника обычно не превышает 2 г. Фолликулы яичников исчезают не сразу. Полное их отсутствие наступает лишь через 4–5 лет после прекращения менструаций.

## **ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ**

Несмотря на то, что в литературе о происхождении кист яичников представлено несколько теорий, источник опухолей яичников до сих пор окончательно не установлен. Причем утверждается, что для разных новообразований яичников тканевые их зачатки различны.

Однако есть основания считать, что для так называемых эпителиальных опухолей яичников источником их развития являются герминальные кисты включения, констатирующиеся в яичниках как пороки развития. Эпителий таких кист индифферентный, который способен при определенных патологических условиях превращаться в серозный, муцинозный, эндометриоидный или мезонефроидный (светлоклеточный).

В то же время овариальные кисты появляются исключительно при пороках развития яичников, когда в них остаются эмбриональные зачатки мюллера эпителия, способные расти при дисгормональном балансе в организме женщины.

Ведущая роль нарушениям гормонального равновесия относится системе: яичник – гипофиз – гипоталамус.

Итак, несмотря на то, что тканевые источники эпителиальных и неэпителиальных опухолей различны, фон, на котором они возникают, в большинстве случаев схож. В настоящее время считается, что решающая роль в патогенезе опухолей женских половых органов принадлежит нарушениям гормонального баланса – гиперпродукции эстрогенов и гонадотропинов. Также способствующим моментом возникновения опухолей является хроническое воспаление придатков матки, что подтверждается клиническим течением заболевания (нарушение менструального цикла, бесплодие).

## **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ**

### **КЛИНИЧЕСКИЕ КЛАССИФИКАЦИИ (Колосов А. Е., Коцуг С. Д., Мельников Р, А., 1990)**

По стадиям (FIGO):

Ia стадия – опухоль поражает только один яичник.

Ib стадия – опухоль поражает оба яичника.

Ic стадия – поражение ограничено одним или двумя яичниками, есть асцит с наличием клеток опухоли.

IIa стадия – опухоль поражает один или оба яичника с распространением на трубы и/или матку.

IIb стадия – опухоль поражает один или оба яичника и распространяется на другие тазовые органы и брюшину.

IIc стадия – распространение опухоли такое же, как при стадии IIa и IIb, есть асцит с наличием клеток опухоли.

**Примечание:** i - разрастаний на поверхности капсулы нет, ii – разрастания и/или разрыв капсулы есть.

III стадия – опухоль поражает один или оба яичника с наличием одиночных или множественных метастазов за пределами малого таза по висцеральной и/или париетальной брюшине, включая большой сальник, и/или парааортальные лимфатические узлы.

IV стадия – опухоль распространяется на один или оба яичника, но помимо внутрибрюшинных имеются и отдаленные метастазы.

По системе TNM:

При определении вида опухоли необходимо иметь гистологическое подтверждение диагноза, позволяющее делить опухоли по гистологическому типу. В связи с важностью гистологических данных должна быть установлена степень дифференцировки злокачественного роста.

TNM:

**T – первичная опухоль:**

T0 – первичная опухоль не определяется.

T1 – опухоль ограничена яичниками:

T1a – опухоль ограничена одним яичником, асцит нет;

T1a1 – опухоли на поверхности яичника нет, капсула не поражена;

T1a2 – опухоль на поверхности яичника и/или нарушение целостности капсулы;

T1b – опухоль ограничена двумя яичниками, асцит нет;

T1b1 – на поверхности яичника опухоли нет, капсула не поражена;

T1b2 – опухоль на поверхности одного или обоих яичников и/или также поражена капсула;

T1c – опухоль ограничена одним или двумя яичниками, в асцитической жидкости или смыве из брюшной полости имеются злокачественные клетки.

T2 – опухоль поражает один или оба яичника и распространяется на таз:

T2a – опухоль с распространением и/или метастазами в матку, и/или одну или обе трубы, но без вовлечения висцеральной брюшины и без асцита;

T2b – опухоль распространяется на другие ткани и/или поражает висцеральную брюшину, но без асцита;

T2c – опухоль распространяется на матку и/или одну или обе трубы, и/или на другие ткани таза. В асцитической жидкости или смыве из брюшной полости содержатся злокачественные клетки.

T3 – опухоль поражает один или оба яичника, распространяется на тонкую кишку или сальник, ограничена малым тазом, или имеются внутрибрюшные метастазы за пределами малого таза или в лимфатических узлах забрюшинного пространства.

Tx; – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

**N – регионарные лимфатические узлы:**

N0 – метастазы в регионарных лимфатических узлах не



определяются.

N1 – имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах.

NX – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

**M – отдаленные метастазы:**

M0 – нет признаков отдаленных метастазов.

M1 – имеются отдаленные метастазы.

MX – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

**TNM:**

pT, pN, pM – соответствуют категориям T, N, M,

**G – гистопатологическая градация:**

GX – степень дифференцировки не может быть установлена

GB – пограничная злокачественность

G1 – высокая степень дифференцировки

G2 – средняя степень дифференцировки

G3-4 – низкая степень дифференцировки или недифференцированные опухоли.

В последние годы Комитетом TNM Международного противоракового союза (Блинов Н. Н., 1994) сделано дополнение символов, определяющих инвазию лимфатических и венозных сосудов опухолью.

**L – инвазия лимфатических сосудов:**

LX – недостаточно данных для оценки инвазии лимфатических сосудов

L0 – инвазия лимфатических сосудов отсутствует

L1 – имеется инвазия лимфатических сосудов

**V – инвазия венозных сосудов:**

VX – недостаточно данных для оценки инвазии венозных сосудов

V0 – инвазия венозных сосудов отсутствует

VI – имеется микроскопическая инвазия венозных сосудов.

## **ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ**

С целью унификации диагнозов опухолей и патологических процессов яичников рекомендуется пользоваться классификацией, разработанной Международным центром ВОЗ (Серов С.Ф., Скалли Р.Щ. Собин Л.Г., 1977).

## **I. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ**

### **A. Серозные опухоли.**

1. Доброкачественные:
  - а) цистаденома и папиллярная цистаденома,
  - б) поверхностная папиллома,
  - в) аденофиброма и цистаденофиброма.
2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности):
  - а) цистаденома и папиллярная цистаденома,
  - б) поверхностная папиллома,
  - в) аденофиброма и цистаденофиброма.
3. Злокачественные:
  - а) аденокарцинома, папиллярная аденокарцинома и папиллярная цистаденокарцинома,
  - б) поверхностная папиллярная карцинома,
  - в) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма.

### **Б. Муцинозные опухоли.**

1. Доброкачественные:
  - а) цистаденома,
  - б) аденофиброма и цистаденофиброма.
2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности) :
  - а) цистаденома,
  - б) аденофиброма и цистаденофиброма.
3. Злокачественные:
  - а) аденокарцинома и цистаденокарцинома,
  - б) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма.

### **В. Эндометриоидные опухоли.**

1. Доброкачественные:
  - а) аденома и цистаденома,
  - б) аденофиброма и цистаденофиброма.
2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности):
  - а) аденома и цистаденома,
  - б) аденофиброма и цистаденофиброма.
3. З л о к а ч е с т в е н н ы е:
  - а) карцинома;
  - 1) аденокарцинома,
  - 2) аденоакантома,

- з) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма;
- б) эндометриоидная стромальная саркома,
- в) мезодермальные (мюллеровы) смешанные опухоли,

гомологичные и гетерологичные.

#### **Г. Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли.**

- 1. Доброкачественные:
  - а) аденофиброма.
- 2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности).
- 3. Злокачественные: карцинома и аденокарцинома.

#### **Д. Опухоли Бреннера.**

- 1. Доброкачественные.
- 2. Пограничные (пограничной злокачественности).
- 3. Злокачественные.

#### **Е. Смешанные эпителиальные опухоли.**

- 1. Доброкачественные.
- 2. Пограничные (пограничной злокачественности).
- 3. Злокачественные.

#### **Ж. Недифференцированные карциномы.**

#### **З. Неклассифицируемые эпителиальные опухоли.**

## **II. ОПУХОЛИ СТРОМА ПОЛОВОГО ТЯЖА**

#### **А. Гранулёзо-стромальноклеточные опухоли.**

- 1. Гранулёзоклеточная опухоль.
- 2. Группа теком-фибром:
  - а) текома,
  - б) фиброма,
  - в) неклассифицируемые.

#### **Б. Андробластомы: опухоли из клеток Сертоли и Лейдига.**

- 1. Высокодифференцированные:
  - а) тубулярная андробластома; опухоль из клеток Сертоли.
  - б) тубулярная андробластома с накоплением липидов;
 Опухоль из клеток Сертоли с накоплением липидов (липидная фолликулома Лесена),
  - в) опухоль из клеток Сертоли и Лейдига,
  - г) опухоль из клеток Лейдига; опухоль из хилюсных клеток.
- 2. Промежуточные (переходной дифференцировки).
- 3. Низкодифференцированные (саркоматоидные).
- 4. С гетерологическими элементами,

**В. Гинандробластома.**

**Г. Неклассифицируемые опухоли стромы полового тяжа.**

### **III. ЛИПИДНОКЛЕТОЧНАЯ (ЛИПОИДНОКЛЕТОЧНАЯ) ОПУХОЛЬ**

#### **IV. ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ**

**А. Дисгерминома.**

**Б. Опухоль эндодермального синуса.**

**В. Эмбриональная карцинома.**

**Г. Полиэмбриома.**

**Д. Хорионэпителиома.**

**Е. Тератомы:**

1. Незрелые.

2. Зрелые:

а) солидные,

б) кистозные: дермоидная киста; дермоидная киста с маммолизацией.

3. Монодермальные (высокоспециализированные):

а) струма яичника,

б) карциноид,

в) струма яичка и карциноид,

г) другие.

**Ж. Смешанные герминогенные опухоли.**

#### **V. ГОНАДОБЛАСТОМА**

**А. Чистая (без примеси других форм).**

**Б. Смешанная с дисгерминомой и другими формами герминогенных опухолей.**

#### **VI. ОПУХОЛИ, НЕСПЕЦИФИЧНЫЕ ДЛЯ ЯИЧНИКОВ**

(Доброкачественные и злокачественные мезенхимальные, гемопозитические, невrogenные и другие)

#### **VII. НЕКЛАССИФИЦИРУЕМЫЕ ОПУХОЛИ**

#### **VIII. ВТОРИЧНЫЕ (МЕТАСТАТИЧНЫЕ) ОПУХОЛИ**

#### **IX. ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ПРОЦЕССЫ**

**А. Лютеома беременности.**

**Б. Гиперплазия стромы яичника и гипертекоз.**

**В. Массивный отек яичника.**

- Г. Единичная фолликулярная киста и киста желтого тела.
- Д. Множественные фолликулярные кисты (поликистозные яичники).
- Е. Множественные лютеинизированные фолликулярные кисты и/или желтые тела.
- Ж. Эндометриоз.
- З. Поверхностные эпителиальные кисты включения (герминальные кисты включения).
- И. Простые кисты.
- К. Воспалительные процессы.
- Л. Параовариальные кисты.

### **СЕРОЗНЫЕ ОПУХОЛИ**

Среди эпителиальных новообразований яичников, которые составляют 90% всех опухолей этого органа, серозные опухоли встречаются наиболее часто – в 70% случаях.

Гистологически они характеризуются эпителием, напоминающим эпителий маточных труб или поверхностный эпителий яичника.

Макроскопическое строение серозных опухолей различно. Они бывают однокамерные и многокамерные. Величина полостей, заполненных чаще всего прозрачной жидкостью, иногда достигает больших размеров. Могут быть кисты на ножках. При обследовании внутренних стенок камер прогностически важно не пропустить сосочковые зоны, которые могут быть в виде незаметной шероховатости. Толщина стенок кист также варьирует. Встречаются солидно-кистозные опухоли с распадом солидных узлов и кровоизлияниями в них. Такие композиции преобладают при злокачественных вариантах серозных опухолей.

Поражаются женщины всех возрастов, но предпочтительно в возрасте от 41 до 50 лет, в периоде менопаузы. Из клинических симптомов довольно часто отмечаются боли внизу живота и пояснице. При перекручивании ножки кисты наступают приступы острых болей, требующие немедленного хирургического вмешательства. В просвете подобных кист может быть кровянистое содержимое. Нарушения менструального цикла бывают относительно редко. Встречаются нарушения со стороны кишечника и мочеиспускания. Гормональной активностью эти опухоли обычно не обладают.

Жалобы на общую слабость, похудание, потерю аппетита, боли в костях, увеличение живота или чувство тяжести за счет накопления свободной жидкости в брюшной полости наблюдаются чаще в запущенных случаях серозного рака яичников. Рецидивирующей геморрагический перикардит также относят к проявлению аденокарциномы яичников.

Доброкачественные, пограничные и злокачественные серозные опухоли в ранней стадий не имеют патогномоничных симптомов и не отличаются макроскопически. Только лишь гистологическое или цитологическое исследования устанавливают природу процесса.

## **ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ СЕРОЗНЫЕ ОПУХОЛИ**

### **Цистаденома и аденома**

Серозные цистаденомы и аденомы представлены эпителием и соединительной тканью. Эпителиальный покров полиморфный, но однорядный с кубическими или уплощенными формами клеток.

Строма доброкачественных цистаденом и аденом имеет плотноволокнистое строение.

По морфологическому строению простые серозные цистаденомы и аденомы представляют собой более или менее однородную группу доброкачественных, неактивных опухолей. Однако нельзя исключить того, что в серозной цистаденоме наряду с неактивными клетками могут появиться отдельные клетки с повышенной жизнеспособностью.

## **ПОГРАНИЧНЫЕ СЕРОЗНЫЕ ОПУХОЛИ**

### **Пограничная цистаденома**

Пограничная или пролиферирующая цистаденома наиболее трудна для диагностики из-за большого разнообразия в строении. В части случаев она стоит ближе к простой (неактивной) цистаденоме, в других наблюдениях проявляет бурную пролиферативную активность с последующей малигнизацией и может оставаться от начала и до конца без изменений, занимая промежуточное положение. Нередко описываются метастазы в парааортальных лимфатических узлах пограничных серозных опухолей

Морфологическая неоднородность пролиферирующих цистаденом дает основание подразделять их на подгруппы. В повседневной практике необходимо отмечать тенденцию к малигнизации, то есть ставить диагноз «пролиферирующая»

цистаденома и «пролиферирующая цистаденома с подозрением на малигнизацию».

Для более точного определения характера серозных цистаденом в ряде случаев необходимо применение, дополнительных методов количественного анализа. Наиболее надежными из них являются цитофотометрия, цитокариометрия, определение митотической активности и полового хроматина. С нарастанием пролиферации отмечается заметное увеличение ДНК, размеров клеток и ядер, повышение митотической активности, но понижение хроматина .

Серозная аденокарцинома и цистаденокарцинома гистологически полиморфны. В зависимости от темпов роста; стадии процесса и уровня дифференцирования эпителий, выстилающий кистозные полости и сосочки, выглядит различно. Но при всем этом отмечается его атипия, многослойность или многорядность, выраженная митотическая активность, нередко гигантские клетки.

Для серозного рака яичника характерны имплантаты по брюшине и перенос опухолевых клеток в полость труб и матки. На первом месте по частоте метастазирования стоит карциноматоз брюшины, на втором – поражение забрюшинных лимфатических узлов, затем следуют большой сальник, подвздошные лимфоузлы, печень, малый сальник, второй яичник, плевра и диафрагма, лимфоузлы брыжейки, брыжейка тонкого кишечника, параметральная клетчатка, паховые лимфоузлы, легкие, селезенка, матка, шейные лимфоузлы, почки, надпочечники, центральная нервная система и пупок. Метастаз в пупок иногда является первым симптомом, заставляющим больную обратиться к врачу, в то время как фактически процесс находится уже в терминальной.

При гистологической диагностике бросается в глаза сложность строения серозных раков. Поэтому большая часть серозных аденокарцином может быть обозначена как мультиформная карцинома, хотя более всего типичной следует считать медуллярную, солидную структуру.

Для стромы серозных карцином высокая степень лимфоплазмочитарной инфильтрации, что следует учитывать при решении диагностических вопросов. Среди низкодифференцированных карцином с летальными исходами в короткие сроки отмечается относительное уменьшение

лимфоплазмоцитарной инфильтрации на фоне нарастания фиброза.

В тех случаях, когда общепринятые морфологические признают карциномы (атипизм, гиперхроматоз ядер, большое число митозов, прорастание клеток опухоли в строму и сосуды) отсутствуют или представлены нечетко, степень оценки подвержена субъективной интерпретации. Поэтому необходимо проведение более точных, лишенных субъективизма методов исследования. Такими методами являются определение содержания ДНК» размеров клеток и ядер, подсчет количества митозов с выявлением патологических их форм и определение процента полового хроматина.

Стали внедряться в практику также цитогенетические исследования серозного рака яичников. Анализ хромосомных изменений является особенно перспективным при установлении механизмов регрессии опухолей и наиболее оптимальных режимов лучевого, химиотерапевтического и гормонального воздействия. В процессе лечения злокачественных опухолей яичников ТиоТЭФ чувствительность к его действию неуклонно падает, что проявляется уменьшением количества аберраций и aberrантных метафаз, несмотря на продолжение обработки опухолевых клеток препаратом. Уменьшение количества аберраций в опухолевой ткани при продолжающемся воздействии химиопрепаратом является морфологически проявлением возникновения лекарственной резистентности.

Для определения чувствительности химиопрепаратов используется метод тканевых культур карцином яичников.

Биопсия тонкой иглой, цитологии дугласова пространства (прямокишечно-маточное углубление) является информативной. Диагноз подтверждается гистологически. Таким методом диагностики выявляется рак яичников, цистаденомы, дермоидные кисты, «шоколадные» кисты, фибромы и воспалительные процессы.

Внутрибрюшную цитологию успешно применяют также в процессе контроля лекарственного лечения и для изучения патоморфоза рака яичников.

## **АДЕНОФИБРОМА И ЦИСТАДЕНОФИБРОМА**

Простые серозные аденофибромы и цистаденофибромы гистологически характеризуются наличием эпителиальных трубок и кист разного размера и ткани типа фибромы или текомы. Выстилка



трубок и полостей образована мерцательным эпителием типа трубного эпителия. Величина железистых структур определяет название опухоли: солидные опухоли с мелкими железами и кистами называются аденофибромами, с крупными кистозными полостями – цистаденофибромами. Типичные аденофибромы и цистаденофибромы макроскопически имеют вид фибромы, которая на разрезе мелко- или крупнопористого строения. Необходимо помнить также и о сходстве с опухолью Бреннера. Как и опухоль Бреннера, аденофиброма может расти отдельным узлом очень различных размеров или же в качестве органической составной масти кисты, но не муцинозной, как опухоль Бреннера, а серозной.

Пограничные или пролиферирующие аденофибромы и цистаденофибромы отличаются от простых тенденцией эпителиального компонента к росту, что гистологически проявляется укрупнением клеток и формированием многорядных пластов, а также митотической активностью. Соединительнотканная часть опухоли при этом не изменяется и соответствует фиброме или строме коркового слоя яичника.

**Злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма** гистологически включает в себя типичную картину серозной аденокарциномы, развивавшейся на фоне фиброматоза стромы. Иными словами, здесь комбинация аденокарциномы или цистаденокарциномы с фибромой либо текомой, причем соотношение эпителиального и фиброзного компонентов в пользу последнего.

### **ПОВЕРХНОСТНАЯ ПАПИЛЛОМА**

Простая доброкачественная поверхностная папиллома или папилломатоз яичника встречается редко, преимущественно у молодых и бесплодных женщин. При достаточной степени выраженности поверхность яичника макроскопически становится бархатистой или бородавчатой. Чаще этот процесс имеет гнездный характер. При микроскопическом исследовании на поверхности яичника видны массивные, богатые стромой ворсинки, покрытые сочным мезотелиальным покровом. Признаки дифференцировки эпителия, покрывающего полипозные выросты, как правило, отсутствуют.

Поверхностную папиллому следует дифференцировать с микропапиллезом яичников, нередко наблюдающимся у старых женщин и протекающим без каких-либо клинических признаков,

при котором сосочки чрезвычайно мелкие, обычно выявляются при микроскопическом исследовании и построены из корковой стромы яичника, покрытой мезотелием.

Пограничная или пролиферирующая поверхностная папиллома отличается от простой тем, что в ней констатируются массивные эпителиальные разрастания в виде сосочков с отечной, богатой ШИК-положительными веществами стромой. Эпителиальные клетки крупные, цилиндрической формы с вытянутыми гиперхромными ядрами, располагаются местами многорядно. Эти пролиферирующие клеточные элементы сосочковых структур, свободно лежащие на поверхности яичника, способны рассеиваться в брюшной полости и давать имплантаты по брюшине.

## **МУЦИНОЗНЫЕ ОПУХОЛИ**

Частота муцинозных опухолей составляет 15–20%.

Гистологически – это опухоли, эпителиальный компонент которых включает значительное количество наполненных муцином клеток.

Макроскопическое строение состоит в том, что типичной формой для муцинозных опухолей является многокамерная киста круглой или овальной формы, нередко бугристая, с различной толщиной стенок. Однокамерные варианты встречаются значительно реже. В просвете камер характерное слизеобразное содержимое. Размеры муцинозных кистозных опухолей различны, описаны опухоли массой до 36 кг. Они также, как и серозные новообразования, могут быть на ножках и перекручиваться. Двусторонность процесса отмечается в 1/3 наблюдений.

Поражаются женщины всех возрастов. Однако средний возраст больных муцинозными опухолями несколько выше, чем у больных серозными новообразованиями (муцинозных – 50, серозных – 45). Большая половина пациентов поступает в клинику в периоде менопаузы. Из клинических симптомов довольно часто отмечаются увеличение живота или ощущение тяжести в животе, за счет величины самой опухоли, и боли в животе. Резких клинических отличий между доброкачественными, пограничными и злокачественными вариантами муцинозных опухолей установить, как правило, невозможно. Это решается только с помощью дополнительных методов исследования (гистологического, цитологического и других).

## **ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ МУЦИНОЗНЫЕ ОПУХОЛИ**

Муцинозная цистаденома.

Муцинозная цистаденома представлена однорядным призматическим эпителием и стромой. Покровный эпителий в высшей степени характерен: высокопризматический, с четкими клеточными границами, со светлой эозинофильной или чуть базофильной цитоплазмой, с темными ядрами, лежащими в основании клетки. Он обладает сходством с эпителием канала шейки матки и ее желез. Высота покровного эпителия колеблется в широких пределах как в одной и той же кисте, так и в разных ее камерах. Форма и структура ядер может быть разной в зависимости от функционального состояния клетки и степени наполнения ее секретом. При перенаполнении клетки муцином ядро нередко приобретает уплощенную, вплоть до серповидной, форму. Для простых, секреторирующих (сецернирующих) муцинозных цистаденом характерно отсутствие митоза. В цитоплазме определяются мелкие капельки слизи, которая в одних случаях окрашивается метиленовым синим в голубой, муцикармином розовый цвет, в других – дает положительную ШИК-реакцию.

### **ПОГРАНИЧНАЯ МУЦИНОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА**

Пограничная или пролиферирующая муцинозная цистаденома.

Наиболее существенным признаком пролиферирующей муцинозной цистаденомы является образование на внутренней поверхности кисты истинных сосочков, то грубых, то нежных, с тонкой ножкой, образованной капиллярными сосудами. Количество и форма сосочков варьируют. Эпителий, покрывающий сосочки, может сохранять структурное сходство с цервикальным эпителием, преимущественно однослойный. Но клетки становятся несколько полиморфными, их ядра располагаются на разных уровнях. Иногда видны гигантские клетки. Митозы встречаются редко.

Биологически пролиферирующие муцинозные цистаденомы равноценны такому же роду цистаденом серозной природы. Те и другие в условиях практической работы подчас бывает трудно отграничить от малигнизированных. Ситуация усложняется тем, что пролиферация возникает не только мультицентрично, но и неодномоментно. Поэтому в разных участках кисты обнаруживаются различные картины, от «спокойных» до вызывающих сомнение в своей доброкачественности. Также как и

серозные опухоли, муцинозные пролиферирующие цистаденомы по своему составу неоднородны. Выделяются такие подгруппы муцинозных опухолей: 1. цистаденома с начальной пролиферацией; 2. Пролиферирующая цистаденома с атипией эпителия.

Для постановки диагноза, особенно в неясных случаях, выполняются серийно-ступенчатые срезы, дополнительные окраски, гистохимические реакции, морфометрический количественный анализ и электронная микроскопия.

## **МУЦИНОЗНАЯ АДЕНОФИБРОМА И ЦИСТАДЕНОФИБРОМА**

Муцинозная аденофиброма и цистаденофиброма относятся к категории редких доброкачественных опухолей. Макроскопически подобные опухоли имеют вид плотного узла, напоминающего фиброму, в толще которого определяются кисты разной величины. В цистаденофибромме кисты имеют большие размеры, чем в аденофибромме, но не достигают тех величин, что при обычных цистаденомах, оставаясь на уровне микрокист.

Микроскопически аденофиброма состоит из железистых трубок, вмонтированных в фиброзную ткань, а цистаденофиброма – из кистозных полостей. Стенки камер и трубок выстланы однорядным высокопризматическим эпителием, неотличимым от цервикального эпителия. Митозы отсутствуют. В редких случаях фиброзный компонент бывает богат внутриклеточными липидами, что клинически может проявляться гиперэстрогенизмом. Муцикармин окрашивает как цитоплазму эпителиальных клеток, так и содержимое кист. Иногда слизь имбибирует окружающую микро-кисту ткань фибромы.

**ПОГРАНИЧНАЯ ИЛИ ПРОЛИФЕРИРУЮЩАЯ АДЕНОФИБРОМА И ЦИСТАДЕНОФИБРОМА** Макроскопически не отличимы от простой аденофибромы и цистаденофибромы. На разрезе поверхность опухоли волокнистая, однородная, белесоватого вида с микрокистами, заполненными слизистым секретом. Если опухоль входит в состав цистаденомы, то она выделяется в виде плотного солидного узла или утолщения стенки кисты и перегородки между кистами.

Гистологически основа опухоли представлена зрелой соединительной тканью. Эпителиальные включения чаще имеют форму микрокист, стенки которых покрыты цилиндрическим или

кубическим эпителием; ядра располагаются базально. В очагах пролиферации клетки располагаются настолько компактно, что кажутся сплюснутыми и сдавленными с обеих сторон, ядра в таких зонах принимают вытянутую форму. В некоторых подобных камерах в выстилающем пласте встречаются участки многорядного эпителия. Строма папиллярных разрастаний отличается большим разнообразием как по толщине, так и по степени зрелости. Бывает, что стромой являются только капилляры.

Также как и в пограничных муцинозных цистаденомах, при пограничных муцинозных аденофибромах и цистаденофибромах по степени выраженности пролиферации эпителия можно выделить две группы: 1. опухоли с очаговой пролиферацией эпителия; 2. опухоли с выраженной пролиферацией эпителия и с атипией.

**МУЦИНОМАТОЗ БРЮШИНЫ** является специфическим осложнением течения муцинозных опухолей яичников, которое не совсем точно именуют «псевдомиксомой» брюшины.

Источниками муциноматоза брюшины чаще всего являются муцинозные цистаденомы и цистаденокарциномы, а также кисты или дивертикулы червеобразного отростка.

Различают две формы муциноматоза брюшины – ограниченную и диффузную. Диссеминация брюшины делится на два типа: при одном – в полость брюшины изливается лишь содержимое кист и дальнейшее увеличение его количества определяется поступлением новых порций муциноматозных масс из лопнувшей кисты. В других случаях, наряду с излиянием содержимого, брюшная полость обсеменяется покровными клетками кистозной опухоли, продолжающими отделять слизь повсюду, где они прижились. Разливаются истинные дочерние кисты брюшины и большого сальника, которые, в отличие от ложных, организованных кист, способны сами непрерывно продуцировать коллоид. Так что слизистых масс в брюшной полости может накапливаться более 30кг.

Псевдомиксома брюшины – тяжелое, трудно распознаваемое заболевание, по своей природе всегда являющееся результатом попадания слизи из какой-либо первичной кисты, чаще всего яичника. Называть этот процесс правильнее муциноматозом брюшины, относя в рубрику осложнению.

## **ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ ОПУХОЛИ**

Эндометриоидные опухоли яичников развиваются из гетеротопического эндометриоза, поражают женщин преимущественно детородного возраста и с дисбалансом половых гормонов. При макроскопическом обследовании операционного материала почти всегда выявляются узлы или полости разных размеров, выполненные красноватым и коричневатым содержимым. Гистологически они состоят из относительно мономорфного эпителия, напоминающего эндометрий, и стромы различной степени зрелости. Обнаружение гемосидерина, свежих кровоизлияний, ксантомных клеток, эпидермоидных структур и остатков овариального эндометриоза подтверждают эндометриоидный характер процесса. Эндометриоидные раки обладают более благоприятным течением и прогнозом, чем серозные карциномы.

### **ГИСТО- И ПАТОГЕНЕЗ**

#### **ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКА**

В настоящее время происхождение эндометриоидных опухолей «связывается с овариальным эндометриозом. По поводу происхождения овариального эндометриоза описано множество теорий. Из первой теории явствует, что эндометриоз яичников является следствием имплантации клеток эндометрия в яичник во время месячных или в момент производства аборта. Эктопированный эндометрий вначале образует небольшие узелки, которые затем превращаются в кистозные полости. Данная точка зрения подкрепляется еще и тем, что эндометриоз яичников выявляется в 73,3% случаях у женщин в молодом в детородном возрасте. По другой теории эндометриоз развивается не из имплантатов, а из участков зародышевого (герминативного) эпителия, обладающего способностью к формированию трубного, эндоцервикального и эндометриального эпителиев.

#### **ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ ОПУХОЛИ**

Эндометриоидная аденома и цистаденома. По морфологии эндометриоидные аденомы почти не отличимы от овариального эндометриоза. Тем более, что в гистогенетическом отношении они идентичны. Решающим моментом в дифференциальной диагностике эндометриоидных аденом и эндометриоза является

комплексная клинико-анатомическая оценка того и другого страдания.

Эндометриоидная цистаденома представляет собой кисту, выстланную эпителием эндометриального типа. Кровянистое содержимое этих кист, обусловленное функцией эндометриоидных компонентов, придает ему различные цвета и оттенки. Отсюда старые названия эндометриоидных цистаденом: «шоколадная» киста, «дегтярные» и «чайные» кисты яичников.

Как уже отмечалось, овариальный эндометриоз и эндометриоидные цистаденомы («шоколадные» кисты), имеют общий пато- и гистогенеза. «Шоколадная» киста – это благоприятный предел роста и развития кистозного овариального эндометриоза. Иными словами, «шоколадную» кисту можно определить как макрокистозный эндометриоз яичника.

Следовательно, железистый вариант эндометриоза близок к эндометриоидной аденоме, а кистозный к эндометриоидной цистаденоме.

Аденофибромы и цистаденофибромы различаются из-за преобладания стромы над эпителиальной частью. В аденофибромах среди фиброзной ткани располагаются железистые трубочки; цистаденофибромы, наряду с этим, вмещают в себя еще кисты смешанных форм и размеров.

Ведущим гистологическим ориентиром, позволяющим относить эндометриоидные процессы к доброкачественной категории новообразований, является пролиферативная активность их клеточных элементов. Здесь она или не выражена совсем, или проявляется в очень слабой степени.

Клиническая диагностика эндометриоидных новообразований трудна. У 50% больных подобные заболевания устанавливаются только через год после первого обращения к врачу. Клиника доброкачественных эндометриоидных новообразований яичника не имеет яркого симптомокомплекса. В литературе акцентируется внимание на том, что эндометриоидные процессы в яичниках длительно текущие заболевания, удел молодых женщин. В возрасте до 40 лет они выявляются в 73.3% случаев. Среди жалоб это ноющие и тянущие боли в нижних отделах живота или пояснично-крестцовой области. При спаечном процессе – запоры, вздутие кишечника, дизурические явления и т. п. Иногда боли накануне и во время месячных усиливаются (альгодисменорея). При

гинекологическом осмотре обнаруживается новообразование бугристого характера, болезненное при пальпации, обычно не превышающее 10–15 см в диаметре, резко ограниченное в подвижности в результате спаек и сращений.

Макроскопическая картина играет существенную роль в диагностике эндометриоидных новообразований яичников. При вырезке операционного материала требуется рассмотрение всей поверхности разреза опухоли. В пользу эндометриоидной природы склоняет кровянистое содержимое кист и пестрота солидных узлов. Причем такая архитектоника в эндометриоидных новообразованиях, в отличие от серозных, превалирует. Но не исключено, что может встретиться опухоль беловато-серого цвета на разрезе с мелкими полостями, заполненными прозрачной жидкостью. Тогда при вскрытии таких кист на внутренней поверхности их нужно искать коричневатые участки. Эти «ржавые» зоны брать на исследование крайне необходимо. Они нередко выдают эндометриоидную природу процесса. Другой яичник, на вид не пораженный опухолью, следует тоже тщательно обследовать. В нем бывают мелкие очаги эндометриоза или эндометриоидные герминогенные кисты включения.

Отсюда вытекает серьезный вывод – при эндометриоидных поражениях яичников желательна более скрупулезная вырезка операционного материала, чем при серозных опухолях.

Микроскопическое исследование опухоли. Правильность диагностики зависит от учета следующих гистологических особенностей эндометриоидных новообразований яичника.

Эпителий мономорфный, светлый, состоит из кубических или цилиндрических клеток с крупными овальными ядрами и нежной сетью хроматина. Эндометриоидный эпителий не отличим от эндометриального тела матки.

Содержимое кист и желез эндометриоидных опухолей обусловлено слабой функциональной активностью эпителиальных клеток. Оттого в просвете желез и кист жидкости мало, на поверхности клеток ШИК-позитивная и гликогеносодержащая пленка. Ведущий ориентир – наличие крови, свежей и гемолизированной, и зерен гемосидерина.

Строма эндометриоидных опухолей может быть цитогенна, но чаще фиброзная с участками разрыхления, ксантоматоза и кровоизлияний.



Эндометриоидные новообразования чаще возникают и развиваются на фоне атрофии генеративного аппарата, микрофолликулярных кист и текоматоза стромы. Прежде всего из-за этого у больных нередко отмечаются: позднее начало менструаций, бесплодие, дисгормональные пролифераты в матке, молочной железе гиперплазия эндометрия, внутренний эндометриоз. Исходя из чего строится профилактика и лечебная тактика, направленная на снижение гормональных проявлений фоновых структур яичников, в частности, гиперэстренизма.

### **РЕЦИДИВЫ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ**

В прогностическом плане доброкачественные эндометриоидные новообразования наиболее благоприятные. Частота появления опухолей в яичнике, оставленном после экстирпации кистозно-измененного второго яичника, составляет 11,2%. Причем такие кистозные поражения яичников наиболее часты в период родовой активности женщин, когда функционирует ось: гипоталамус – гипофиз – яичники.

**ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ АДЕНОФИБРОМЫ И ЦИСТАДЕНОФИБРОМЫ** по многим параметрам сходны с описанными выше аденомами и цистаденомами яичников. Некоторые своеобразные черты их следующие: встречаются чаще у старых женщин, клинически могут имитировать фиброму или опухоль Бреннера. Прогноз аденофибром и цистаденофибром большей частью благоприятный.

При морфологическом обследовании операционного материала цистаденофибром складчатость внутренних поверхностей кист создает ложное впечатление папиллярности. Складчатость тут создается по причине резкого фиброзирования подэпителиального слоя кисты, а не за счет пролиферации эпителиальных клеток. Окончательный диагноз ставится после микроскопического исследования опухолевого узла.

Гистологически аденофибромы и цистаденофибромы представляют собой стабильный вариант железистого и кистозного эндометриоза, при котором среди обширных фиброзных полей располагаются трубочки либо кисты, выстланные эндометриоидным эпителием. В стромальных участках, в просветах желез и кист постоянно находится гемосидерин, известь, кровоизлияния и воспалительные инфильтраты. Сосуды с резко

утолщенными стенками, просветы их сужены.

**ПОГРАНИЧНЫЕ ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ** (потенциально низкой степени злокачественности) эндометриоидные аденомы, цистаденомы, аденофибромы и цистаденофибромы впервые четко очерчены и выделены в самостоятельную категорию эпителиальных опухолей в Международной гистологической классификации опухолей яичников. Этот тип опухоли может быть охарактеризован как опухоль, имеющая некоторые, но не все признаки злокачественности, которые встречаются в различных комбинациях: стратификация эпителиальных клеток, очевидное обособление клеточных групп от места их возникновения, митотическая активность и ядерные изменения, промежуточные между таковыми в явно доброкачественных и, несомненно, злокачественных опухолях подобного типа. С другой стороны, очевидная инвазия прилегающей стромы отсутствует.

Различия между пограничными и, несомненно, злокачественными формами еще не точно определены для всех эпителиальных опухолей. Пока нет уверенности, что будут разработаны единые критерии, применяемые для такого различия. Практическая ценность этого диагностического подхода доказана высокой степенью выживаемости больных с пограничными опухолями даже в тех случаях, когда они были осложнены брюшинными имплантатами, а также типичным вялым течением этих опухолей при наличии распространения за пределы яичника и иногда спонтанной регрессией брюшинных имплантатов. Однако для установки морфологически объективного диагноза и определения прогноза диагноз должен быть основан только на изучении опухоли яичника, не принимая, во внимание, имеется ли распространение за пределы яичника.

Доброкачественные, пограничные и злокачественные формы могут сосуществовать при любой опухоли, поэтому долг патоморфолога их обнаружить и правильно оценить.

Эндометриоидные опухоли пограничного типа встречаются в 1–2% случаев всех опухолей. В повседневной практической работе к пограничным или промежуточным кистозным новообразованиям яичников относятся пролиферирующие и сосочковые формы. Эта группа неоднородная, мозаичная. В одних случаях заболевание может пойти в направлении доброкачественного течения и

закончиться выздоровлением. В других, наоборот, станет проявляться злокачественность. Поскольку с помощью микроскопа предсказать биологическое поведение и направление априори не всегда возможно, то сомнительность ситуации определяется термином «пограничная» аденома или «пограничная» цистаденома.

В момент поступления в стационар, кроме болей внизу живота и пояснице, иногда связанных с периодом месячных, женщины предъявляют жалобы: на маточные кровотечения и расстройства менструального цикла. Наряду с этим, у таких женщин отмечается позднее начало менструаций (с 15 лет и старше) и позднее начало половой жизни (с 23 лет и старше); среди пациентов значительная доля незамужних и нерожавших женщин. В анамнезе заболевания характерны перенесенные ранее воспаление придатков, кровотечения, дисгормональные пролиферативные процессы в матке и молочных железах. Асцит при эндометриоидных аденокарциномах выявляется у 38% больных, что почти в 2 раза реже, чем это бывает при серозных цистаденокарциномах. В 11,8% случаев асцит сочетается с гидротораксом. Наличие гидроторакса без асцита обычно не отмечается.

### **СВЕТЛОКЛЕТОЧНЫЕ (МЕЗОНЕФРОИДНЫЕ) ОПУХОЛИ**

Светлоклеточные (мезонефроидные) эпителиальные опухоли встречаются сравнительно редко и не превышают 3% от общего числа случаев эпителиальных новообразований яичника.

Гистологически – это опухоли, состоящие из светлых клеток, содержащих гликоген и сходных с элементами почечно-клеточного рака н клеток, имеющих форму «обойного гвоздя», характеризуются небольшим количеством цитоплазмы и большими ядрами, которые выступают в просвет. Гистогенетически светлоклеточные опухоли тесно связаны с эндометриозом яичника.

Макроскопические размеры их разнообразны, нередко очень крупные. Опухоль может иметь форму кисты с узлами солидного строения, выступающими в полость кисты. В злокачественных вариантах видны зоны распада. Содержимое камер чаще светлое или прозрачное, иногда коричневое.

Светлоклеточные опухоли в подавляющем большинстве случаев встречаются у женщин старше 40 лет, гормонально не активны, Пути метастазирования их аналогичны другим эпителиальным опухолям яичника.

Светлоклеточные (мезонефроидные) аденомы, аденофибромы, цистаденомы и цистаденофибромы чаще бывают односторонними, разнообразных размеров, нередко очень крупные, плотной консистенции. Поверхность опухоли гладкая, на разрезе она фиброзного строения, белого или серовато-желтого цвета, солидного, либо мелкокистозного вида. Содержимое кист кровянистое или серозное.

Диагноз устанавливается только при гистологическом исследовании. Микроскопически опухоль построена из железистых трубок или микрокист, погруженных в ткань типа фибромы. Эпителиальные клетки кубической формы с круглыми, хорошо окрашивающимися ядрами. Такая структура является итогом функционального истощения клетки, что подтверждается явно дистрофическим видом этих клеток. Выстилка части кист и трубок может быть образована «пустыми» клетками разной формы и величины, причиной просветления которых является переполнение цитоплазмы гликогеном.

В пограничных или пролиферирующих светлоклеточных (мезонефроидных) аденомах, цистаденомах, аденофибромах и цистаденофибромах в отдельных кистах наблюдается сосочковая пролиферация типичного темного эпителия. Некоторые из полостей и трубок могут быть выстланы полиморфными клетками, выдающимися в просвет, с большими светлыми ядрами.

## **ОПУХОЛИ БРЕННЕРА**

Опухоли Бреннера встречаются довольно редко, в пределах 0,5% по отношению ко всем первичным опухолям яичников. Преобладают доброкачественные варианты, но встречаются и злокачественные формы.

Гистологически – это фиброэпителиальные опухоли, состоящие из стромы яичника и гнезд многогранных или крупных эпителиальных клеток эндоцервикального или уротелиального типа.

Данные клетки часто содержат ядра, напоминающие по форме кофейные зерна. Считается целесообразным в доброкачественном типе опухоли Бреннера выделять мелко- и крупноклеточный солидный, кистозный и смешанный варианты, а в пограничном типе – стромальный и эпителиальный варианты. Злокачественный тип может существовать тоже в разных вариантах.

Макроскопически опухоль Бреннера разнообразна. Размеры от

2 до 20 см, в виде плотных бугристых узлов округлой или овальной формы, напоминающих фиброму. На разрезе опухоль мелко- или крупнопористого вида с полостями диаметром 0,2–1,0 см. в которых слизеподобное содержимое. Иногда опухоль Бреннера может быть двусторонней, сопровождаться асцитом и синдромом Мейгса. Возраст больных пожилой (средний, – 62 года), в периоде менопаузы. Клинические симптомы не характерны. Опухоль может себя выдать только лишь в момент пальпации своей резкой плотностью. Прогноз при опухолях Бреннера чаще всего благоприятный. Способность к метастазированию представляет собой казуистику.

В группе доброкачественных опухолей Бреннера выделяются следующие типы опухолей: солидный вариант (крупно- и мелкоклеточный); кистозный и смешанный кистозно-солидный.

Солидный и крупноклеточный вариант признается классическим. Гистологически на фоне фиброзной, местами гиалинизированной стромы выявляются эпителиальные комплексы в форме изолированных островков или ветвящихся тяжей. Данному варианту всегда соответствует фон типа плотной фибромы с гиалинозом стромы и нередко с очагами петрификатов. Этот вариант отличается выраженностью дистрофических процессов как эпителиального, так и стромального компонентов опухоли. Эндометрий, как правило, атрофичный, соответствует возрасту больной. Солидный светлоклеточный вариант характеризуется диффузной или очаговой стромальной гиперплазией.

Солидный мелкоклеточный тип опухоли может сопровождаться гиперпластическими процессами в матке, начиная от очаговой железистой гиперплазии на фоне атрофии, до резко выраженной диффузной железисто-кистозной гиперплазии эндометрия.

Кистозный вариант опухоли Бреннера представляет собой множественные разнокалиберные полости на фоне текоматозной стромы. В строме изредка встречаются мелкоклеточные структуры микроочагов бреннера типа Эпителиальная выстилка кист разнообразна. Однослойный покров цилиндрического, кубического или уплощенного эпителия встречается реже. Чаще покров многослойный, из не очень крупных светлых клеток с овальными или несколько вытянутыми ядрами, с вертикальной ориентацией как клеток, так и ядер. На свободной поверхности слой уплощенных

клеток, иногда кубических или цилиндрических, последние весьма близко напоминают эпителий муцинозных кист аденомы яичника или шейки матки. Под пластом цилиндрического эпителия часто можно наблюдать овальные или круглые клетки тядь базальных, подобных резервным клеткам шейки матки.

Смешанный солидно-кистозный вариант вмещает в себя гистологические композиции кистозного и солидного разнообразия с преобладанием того или иного компонента. Чаще всего бывают горшчально-активные типы опухолей.

Дифференцировать доброкачественную опухоль Бреннера нужно прежде всего с аденофибромами иного гистогенеза и фибромами яичникового типа.

В пограничной категории опухолей Бреннера пролиферации подвергаются обе составные части – эпителиальная и фиброзная. Эпителиальные фокусы расположены тесно друг к другу, клетки преимущественно вытянутой и овальной формы с четкими границами, располагаются хаотично, местами с вертикальной ориентацией. Много полиморфных, гиперхромных веретеновидных клеток. Ядра овальной формы, большие с характерной продольной складкой, придающей ядру форму кофейного зерна. Встречаются единичные фигуры митозов. Строма опухоли состоит из пучков тесно лежащих вытянутых полиморфных клеток с нечеткими границами и довольно гиперхромными ядрами. Нередко в них определяются фигуры митозов. Помимо чисто пучковых структур стромальные клетки формируют причудливые орнаменты. Одним словом, общий вид стромы может производить впечатление подобие саркомы.

### **СМЕШАННЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ**

Смешанные эпителиальные опухоли встречаются редко. Клиническая диагностика их трудна, так как они не имеют патогномоничных симптомов.

Макроскопическая картина смешанных эпителиальных опухолей целиком и полностью зависит от преобладающего типа эпителия, секрет которого определяет внешний вид содержимого камер. Типичная смешанная эпителиальная опухоль яичника на разрезе представлена разнообразными камерами, которые выполнены: одни слизью и коллоидом, другие – прозрачной серозной жидкостью, а третьи имеют вид «шоколадной» кисты. Иногда, кроме этого, встречаются участки, напоминающие

фиброму.

Гистологический диагноз вмещает в себя перечисление всех отмеченных эпителиальных структур с указанием их биологической природы.

Доброкачественные смешанные эпителиальные опухоли представляют собой кистозные и кистозно-железистые новообразования, в которых наряду с эпителием принимает участие и соединительная ткань. Поэтому их следует трактовать как смешанные цистаденомы и цистаденофибромы.

В пограничных вариантах пролиферация любого эпителия, входящего в состав смешанной опухоли, проявляется однообразно. Эпителий, формирует истинные сосочки с соединительнотканной основой.

Пролиферация может происходить только лишь в одном из эпителиальных компонентов смешанной опухоли.

## **ОПУХОЛИ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА ГРАНУЛЕЗОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ**

Гранулезоклеточная опухоль раньше именовалась «фолликуломой». Она относится к группе ожествляющих (эстрогенпродуцирующих) новообразований. Феминизирующий эффект проявляется преждевременным половым развитием у детей, кровотечениями у женщин в периоде менопаузы, наличием метрорагий и менорагий, а также аменорей в детородном возрасте, в развитии сопутствующих фибромиом матки, внутреннего эндометриоза, нагрубании молочных желез. Некоторые больные пожилого возраста выглядят моложе своих лет, а их наружные половые органы не имеют признаков атрофии. В отдельных случаях отмечается повышение либидо. Кроме того, такие женщины часто бывают стерильны или имеют выкидыши. Удаление опухоли приостанавливает все указанные симптомы, однако они могут вновь появляться, если имеет место рецидив или метастаз опухоли. Встречаются упомянутые опухоли сравнительно редко, в 2–3% случаев среди всех первичных опухолей яичников. Поражаются все возрасты – от детского, до преклонного. Обычно эти опухоли односторонние.

Наиболее вероятным источником гранулезоклеточных опухолей сейчас признается гранулеза фолликулов яичника.

Макроскопически мгранулезоклеточные опухоли

представляют собой разных размеров солидные узлы с кистами между ними. На разрезе узлы в капсуле, желтоватого цвета, в просвете камер прозрачное содержимое.

Гистологически клетки гранулезоклеточной опухоли могут формировать различные структуры, включая фолликулярные (микрофолликулярные и макрофолликулярные), трабекулярные, инсулярные и диффузные (саркоматоидные). Обычно в одной и той же опухоли наблюдается сочетание разных тканевых структур; текаклетки обнаруживаются в дополнение к гранулезным клеткам. Клетки любого типа могут содержать липиды, но гликогена и муцина в цитоплазме не бывает. Микрофолликулярный тип характеризуется наличием в полостях белкового эозинофильного секрета или телец Колл-Экснера,

Пролиферирующие гранулезоклеточные опухоли или пограничные с низкой степенью злокачественности отличаются клинически медленной эволюцией либо поздними, метастазами. Частота рецидивов находится в пределах от 20 до 70%, причем подчеркивается большой процент поздних рецидивов, через 5–15 лет после операции.

## **ТЕКОМА**

Текомы также как и гранулезоклеточные опухоли, относятся к группе ооцитостимулирующих (эстрогенпродуцирующих) новообразований. Феминизирующий эффект тоже проявляется в нарушениях овариально-менструального цикла, гиперплазией эндометрия, гипертрофией миометрия и дегормональными изменениями ткани молочных желез, исчезающими после удаления опухоли. Однако текомы, в отличие от гранулезоклеточных опухолей, поражают преимущественно пожилых женщин в периоде мено- и постменопаузы, а у детей практически не встречаются. Частота обнаружения их почти идентична гранулезоклеточным опухолям 2,5%.

Макроскопически текомы солидного строения, в капсуле, плотной консистенции, с мелкими кистозными полостями дистрофической природы. Они плотнее гранулезоклеточных опухолей, часто напоминают фиброму. На разрезе желтовато-оранжевого цвета, встречаются участки распада и кровоизлияний.

Гистологически текома – это стромальная опухоль, многие клетки которой содержат большое количество богатой липидами



цитоплазмы и напоминают текаклетки внутренней оболочки фолликула. Количество фиброзного Компонента варьирует.

Текомы следует дифференцировать от диффузных гранулезоклеточных опухолей и фибром яичника. Окраска ретикулина выделяет большое количество фибрилл, индивидуально оплетающих текаклетки, и относительно небольшое количество фибрилл, окружающих группы гранулезных клеток, что часто помогает дифференциальной диагностике. При текомах в клетках содержатся липиды.

Иногда встречаются текаклеточные опухоли сложного строения – текома в комбинации с гранулезоклеточной опухолью, гранулезоподобная или филликулоподобная текома, плеоморфная текома.

При разграничении теком и фибром Следует учитывать гормональный эффект опухоли. Известно, что эстрогенный гормон опухоли находится непосредственно в жировых вакуолях цитоплазмы текаклеток, а в веретенообразных клетках фибромы, которые гормонально неактивны, жирате содержится, что легко устанавливается при окраске суданом.

### **ФИБРОМА**

Фибромы яичника встречаются редко и не проявляют гормональной активности. Проще говоря, это текомы без гормонального эффекта. Поражается в основном пожилой контингент женщин, у которых такая опухоль вызывает асцит, иногда гидроторакс (синдром Мейгса). Фибромы чаще всего односторонние, самой различной величины.

Макроскопически они плотные, округлой или овальной формы, на разрезе волокнистого строения, перламутрового вида; встречаются очаги обызвествления, отека, распада и кровоизлияний.

Гистологически фиброма построена из веретеневидных клеток типа фибробластов различной степени зрелости, продуцирующих обильное количество коллагена.

В повседневной практике приходится сталкиваться со смешанными вариантами мистромальных опухолей, относящихся к группе теком – фибром. Это опухоли, образующие непрерывный ряд переходных форм от опухолей, полностью состоящих из клеток, напоминающих фибробласты и продуцирующих коллаген, до опухолей с преобладанием клеток, напоминающих богатые липидами текаклетки. Среди текафибром выделяют

склерозирующие варианты, которые отличаются псевдолобулярным строением за счет отечной и склерозированной стромы, клеточными полями с характерной смесью полигональных и веретенчатых форм и небольшим числом перстневидных клеток. В опухоли отсутствуют некрозы, в центральных отделах – кальцификаты. Для склерозирующих текафибром характерно поражение более молодого возраста (4 из 5 больных моложе 30 лет) и отсутствие гормональной активности.

### **АНДРОБЛАСТОМА**

Андробластома раньше именовалась « арренобластомой ». Она относится к группе гормональноактивных омужествляющих новообразований. Клинически омужествление (вирилизация) женского организма проявляется сначала дефеминизацией: аменорея, атрофии молочных желез, отвращение к половой жизни, а затем «маскулинизацией: мужская фигура, волосы мужского типа (на теле, и лице), борода, облысение головы по мужскому типу, огрубение голоса, увеличение гортани, гипертрофия клитора, стерильность. После иссечения новообразования женский облик больной восстанавливается. Бывает, что гормональный эффект андробластомы отсутствует или проявляется по типу феминизации с симптомами эстринизма и в редких случаях может быть сочетание маскулинизации и феминизации (амбипотентность).

Частота андробластом значительно ниже гранулезоклеточных и текаклеточных опухолей. Чаще они поражают контингент женщин от 20 до 40 лет, развиваются длительно, в течении многих лет, и чаще всего бывают доброкачественными. Происходят из стромы полового тяжа.

Макроскопически андробластомы солидного строения, узлы гладкие, без спаек, округлой или овальной формы, диаметром до 10 см, на разрезе пестрые серовато-желтые и красновато-коричневые. Опухолевые узлы обычно одиночные и односторонние. Специфично то, что сохранившийся противоположный яичник всегда атрофичен, фиброзного типа, в основном у старых женщин.

Гистологически андробластомы необычайно разнообразны. Они повторяют в несовершенной форме стадии тестикулярного развития и состоят из клеток Сертоли-Лейдига (сустентоцитов) различной степени зрелости; клеточные элементы могут накапливать липиды. Патогномоничный признак лейдиговых клеток - белковые кристаллы Рейнкев цитоплазме. В некоторых случаях

обнаруживаются индифферентные гонадные клетки эмбрионального вида.

### **ГИНАНДРОБЛАСТОМА**

Гинандробластома – редкая опухоль, локализуется так же, как и андробластома преимущественно в мозговом слое яичника, реже – в воротах и корковой зоне. Размеры опухолевых узлов небольшие, чаще в капсуле, на разрезе мягкой консистенции, солидного или мелкозернистого строения, беловато-желтоватого вида, могут быть участки кровоизлияний и некрозов.

Гистологически гинандробластома представляет собой смесь двух структур – андробластомы и гранулезоклеточной опухоли (фолликуломы). Микроскопическое строение таких опухолей зависит от типа андробластомы, с которой, смешивается гранулезоклеточная часть новообразования. Практически все разновидности андробластом в сочетании со структурами гранулезоклеточных опухолей могут дать самые различные типы гинандробластом; уровень дифференцировки опухоли также может быть разным.

Наличие комбинированных картин строения опухоли, когда она в одних участках может быть построена по типу андробластомы, в других как гранулезоклеточная опухоль и текома, причем граница между ними обычно нечетко очерчена, дает повод к допущению дифференцировки зачатка сертолиевого эпителия в гранулезу.

Характер продуцируемых опухолью гормонов определяется типом клеток, их относительным количеством и уровнем дифференцировки. Возраст больных от 20 до 50 лет. Прогноз в большинстве случаев благоприятный.

Диагностируются исключительно гистологический.

Ультраструктура гинандробластомы складывается из элементов гранулезоклеточной опухоли и андробластомы, подробно описанных выше.

### **Неклассифицируемые опухоли стромы полового тяжа.**

К этой группе относятся редкие опухоли, построенные из элементов полового тяжа без признаков половой дифференцировки. Наблюдаются в молодом возрасте и у детей, нередко при наличии синдрома Пейтца-Егерса (пигментация слизистых оболочек и кожи в сочетании с полипозом желудочно-кишечного тракта).

Микроскопически характеризуются разрастанием канальцев, заполненных мелкими клетками со светлой цитоплазмой, формирующими розетки, просвет которых заполнен гомогенным гиалиновым веществом. Строма рыхлая, мезенхимоподобная, нередко с участками обызвествления. От гонадобластомы эта опухоль отличается отсутствием зародышевых клеток.

### **ЛИПИДНОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ**

Липидноклеточная (липоидноклеточная) опухоль яичников относится к разряду, казуистики. Они чаще гормональноактивны, в частности, вирилизирующие (бмужествляющие) новообразования. Иногда реакция Ашгейм-Цондека на гонадотропные гормоны бывает резко положительной. Тканевая природа их и гистогенез до сих пор не ясны.

Гистологически опухолевые клетки светлые, пенистые, напоминают лютеиновые клетки, клетки Лейдига или клетки коры надпочечника. Обычно они располагаются диффузно или образуют альвеолярные структуры. Строма опухоли образована капиллярами или прослойками соединительной ткани разной степени зрелости.

Макроскопически на разрезе они неизменно желтого цвета.

Описано несколько наблюдений злокачественных (саркоматозных) форм липидноклеточных опухолей яшшиков с метастазами в лимфоузлы брыжейки и области пупка.

Ультраструктура липидно клеточной опухоли однообразна и проста. Опухоль состоит из многочисленных светлых и немногих темных клеток. Светлые клетки содержат в цитоплазме липидные капли, в темных клетках они отсутствуют. Возможно, темные клетки – это светлые в состоянии дегенерации .

### **ГЕРМ ИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ ДИСГЕРМИНОМА**

Это злокачественна опухоль, относящаяся к группе герминогенных (зародышевых) новообразований. Дисгерминома яичника аналогична семиноме яичка, развивается она из половых клеток, не подвергающихся дифференцировке. Гормональная активность ей не свойственна. Дисгерминома высокочувствительна к лучевой терапии; в сыворотке крови больных повышается уровень лактат-дегидрогеназы (ЛДГ).

Дисгерминомы растут и метастазируют быстро, возраст пациентов молодой, чаще страдают инфантильные женщины с

замедленным половым развитием и с признаками псевдогермафродитизма. Встречаются такие опухоли сравнительно редко, составляя от 0,6 до 5% случаев всех опухолей яичников. Чаще поражается один из яичников; нередко опухоль имеет ножку.

Макроскопически дисгерминома представляет из себя опухоль плотноэластической консистенции, полностью замещая яичник, иногда с прорастанием капсулы и срастанием с окружающими тканями и органами в один общий конгломерат. Величина колеблется в широких пределах. На разрезе опухоль обычно серого цвета или пестрая, из-за кровоизлияний и некрозов.

Прогноз при дисгерминомах различный. У детей они протекают более доброкачественно, чем у взрослых. «Чистые» формы дисгермином обладают высокой радиочувствительностью и поэтому полное излечение даже при наличии метастазов реально. Опухоль с выраженной лимфоидной инфильтрацией прогностически более благоприятна, протекает без рецидивов и метастазов, а дисгерминомы с незначительной лимфоидной инфильтрацией склонны к ранним и множественным метастазам.

Метастазируют дисгерминомы как по лимфатическим путям, так и гематогенно. Чаще всего метастазы выявляются в парааортальных лимфатических узлах, органах грудной полости, средостения и головы; нередко поражаются надключичные лимфатические узлы. Большой сальник почти всегда интактен.

## **ТЕРАТОМЫ**

Тератомы относятся к категории герминогенных (зародышевых) опухолей, поражают главным образом молодых женщин в возрасте от 20 до 40 лет, но нередки и у девочек. Растут медленно, не имеют специфических клинических симптомов, за исключением некоторой склонности к нагноению и спаечным процессам. Частота их обнаружения колеблется в пределах 10–20% по отношению к общему числу опухолей яичников; преобладает одностороннее поражение.

Макроскопически тератомы представляют собой различной величины кистозно-солидные узлы, мягкоэластической консистенции, на разрезе солидные участки опухоли беловато-желтого цвета, в камерах может быть сало, волосы или желеобразная масса.

Различают зрелые (доброкачественные) тератомы и незрелые

(злокачественные) тератомы (тератобластомы), которые происходят из какого-либо или из всех трех зародышевых листков (эктодермы, мезодермы, энтодермы).

Зрелая тератома гистологически состоит из зрелых структур тканей и органов зародыша. При этом встречаются: кожа, зубы, зачатки глаза, нервная ткань, челюсти, слюнные железы, кишечная трубка, мочевыводящие пути, щитовидная железа, соединительная ткань, хрящ, кость, сосуды или гладкая мускулатура и другое.

Зрелые тератомы также подразделяются на солидные (без кист) и кистозные. К кистозным зрелым тератомам относятся: дермоидная киста, включающая в себя эпидермис в сопровождении его придатков, и эпидермоидная киста, в которой тоже имеется эпидермис, но без его придатков. Выделяют еще монодермальные (высокоспециализированные) тератомы – струму яичника и карциноид яичника, которые идентичны по строению обычной ткани щитовидной железы и кишечным карциноидам.

При злокачественном превращении дермоидных кист (дермоидная киста с малигнизацией) возникает плоскоклеточный рак. Аденокарцинома, саркома и меланома встречаются редко.

Незрелые тератомы (тератобластомы) гистологически додержат незрелые эмбриональные структуры, состоящие в основном из двух компонентов – эпителиального и стромального. Причем эмбриональный железистый эпителий отличается своей индифферентностью, а строма – мезенхимной архитектоникой, то есть она рыхлая и отечная.

Незрелые (злокачественные) тератомы (тератобластомы) растут быстро, часто рецидивируют и метастазируют как по току лимфы, так и гематогенно.

В рецидивах опухоли и в метастазах структура новообразования резко отличается от первичной незрелой тератомы и может быть представлена лишь одним тканевым компонентом.

Незрелая тератома может сочетаться с опухолью энтодермального синуса, дисгерминомой, эмбриональным раком, полиэмбриомой или хорионэпителиомой.

Дифференцировать незрелую тератому следует в первую очередь от смешанной мезодермальной опухоли яичника.

## **СМЕШАННЫЕ ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ**

Смешанные герминогенные опухоли состоят из комбинации одного или более указанных выше типов. Такие сочетания могут быть разнообразными, например, дисгерминомы и эмбриональной карциномы, дисгерминомы и хориокарциномы, опухоли эндодермального синуса и полиэмбриомы.

## **ОПУХОЛИ, НЕСПЕЦИФИЧНЫЕ ДЛЯ ЯИЧНИКОВ**

К этой группе относятся доброкачественные и злокачественные мезенхимальные, гемопоэтические, невrogenные и другие опухоли. Их следует классифицировать в соответствии с гистологической классификацией мягких тканей.

## **ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ПРОЦЕССЫ**

Лютеома беременности (нодулярная текалютеиновая гиперплазия).

Единичные или множественные четко очерченные поля лютеиновых клеток обычно развиваются в последние 3 месяца беременности. От желтого тела беременности отличается большими размерами и множественностью узлов, а также отсутствием фиброзного центра, свойственного желтому телу.

### **Гиперплазия стромы яичника и гипертекоз**

Двусторонние опухолевидные разрастания, состоящие из пролиферирующей стромы яичника. Наличие разбросанных групп лютеиновых клеток в гиперпластической строме подтверждает диагноз гипертекоза.

### **Массивный отек яичника**

Заметное увеличение одного или обоих яичников за счет накопления отечной жидкости в строме, разделяющей нормальные фолликулярные структуры.

### **Единичная фолликулярная киста и киста желтого тела**

Одиночная фолликулярная киста с прозрачным содержимым и покровом из мелких кубических клеток. Появляются из графовых пузырьков или из кистоатрезирующихся фолликулов. Фолликулярная киста часто сочетается с воспалительными процессами матки и миомами матки.

Киста желтого тела сходна по строению с желтым телом и отличается от него лишь размерами, выстлана слоем лютеиновых клеток. Содержимое прозрачное или кровянистое. В больших

кистах, как и в фолликулярных, типичная клеточная выстилка может отсутствовать. В таких случаях их необходимо дифференцировать с так называемыми «шоколадными» кистами эндометриоидного генеза.

**Множественные фолликулярные кисты** (поликистозные яичники; яичники при синдроме Штейна-Левенталя)

Склерокистозное поражение яичников чаще бывает двусторонним. При этом яичники увеличены, плотные, с наличием многочисленных мелких кист. Гистологически характеризуются развитием соединительной ткани с резким фиброзом и гиалинозом как в белочной оболочке яичника, так и в корковом и мозговом слоях, среди которой располагаются фолликулярные кисты. Как правило, отмечается дистрофия примордиальных фолликулов, кистозная атрезия и облитерация зреющих фолликулов.

**Множественные лютеинизированные фолликулярные кисты и кисты желтого тела**

Эти кисты могут быть связаны с трофобластической болезнью, нормальной беременностью двойней, а также приемом препаратов, вызывающих овуляцию.

Внутренняя поверхность стенок кистозных образований выстлана слоем текалютеиновых клеток.

**Поверхностные эпителиальные кисты включения** (герминальные кисты включения)

Зародышевые микрокисты располагаются в строме коркового слоя и возникают из поверхностного эпителия яичника. Они могут являться предшественниками некоторых кистозных новообразований. Обычно выстланы индифферентным эпителием либо эпителием серозного или эндометриоидного типа.

По современным взглядам, рассматриваются как аномалия развития.

**Простые кисты**

Тонкостенные, множественные или единичные мелкие кисты с прозрачным содержимым иногда типа гидатид или гроздей винограда. Выстланы кубическим либо цилиндрическим эпителием без распознаваемой гистогенетической природы.

**Воспалительные процессы**

Опухолеподобное увеличение придатков может быть связано с бактериальной инфекцией, патогенными грибами и паразитами.

Чаще всего воспалительные процессы в яичниках развиваются



вторично как проявление сальпингита или аднексита.

Различают острый и хронический оофорит, абсцесс яичника, туберкулез, актиномикоз и эхинококкоз.

Та или иная форма оофорита может вызвать воспаление предшествовавших кист яичника различных типов происхождения.

### **Параовариальные кисты**

Развивается параовариальная киста бессимптомно и является большей частью случайной находкой при гинекологическом обследовании. Это групповое обозначение всех кистозных образований, встречающихся за пределами яичников, в мезосальпинксе. Возможно, что некоторые из параовариальных кист возникают в добавочной овариальной ткани. Они могут быть мюллерова и мезонефроидного происхождения. Поэтому неэпителиальные опухоли яичника также иногда встречаются в параовариальной области. Типичная параовариальная киста располагается между трубой и яичником, обычно односторонняя, тонкостенная, с прозрачным серозным содержимым, выстлана однорядным кубическим или цилиндрическим эпителием. Очаги пролиферации и малигнизации эпителия выявляются редко.

## **ЭНДОМЕТРИОЗ**

### **МОРФОЛОГИЯ И БИОЛОГИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ**

Морфологическая картина эндометриоза яичников однообразная. По микроскопическому строению эндометриоз яичников может быть неоднороден – диффузным и узловатым, кистозным и некистозным. По морфологии различаются следующие варианты эндометриоза яичников: железистый, железисто-кистозный, кистозный (микро-и макрокистозный) и стромадный. Железистые структуры расположены в цитогенной или фиброзной стромеи преобладают надпорной тканью, а также микрокистами. Клетки эпителия высокопризматические с крупными ядрами в центре, расположены в ряд на базальной мембране. Железистый эндометриоз по распространенности чаще очаговый (внутрикорковый), железисто-кистозный эндометриоз яичников – наиболее частый и типичный варианта.

Эндометриоз и эндометриоидные кисты. Это, конечно, один патологический процесс, отличающийся только степенью и направлением развития.

Кистозный вариант эндометриоза, в двух видах: микрокистозный и макрокистозный. В обоих из них железистые очаги обычно отсутствуют.

Стромальный эндометриоз морфологически представляет собой участки разрастания цитогенной ткани, среди которой встречаются зерна гемосидерина, свежие кровоизлияния и крайне редко в них можно было видеть остатки дистрофированных железистых трубочек эндометриоидного типа. Иногда цитогенная строма может подвергаться фиброзу и даже гиалинозу. Стромальный эндометриоз также подразделялся на очаговый и диффузный.

Направление развития эндометриоза яичников имеет большое практическое значение, так как приближает к проблеме малигнизации. По направлению развития эндометриоза выделяется несколько групп: растущий (пролиферирующий), стабильный (фиброзный), регрессивный (дистрофический) и малигнизированный.

Растущий эндометриоз яичника характеризуется образованием железистых комплексов, эпителий которых состоит либо из призматических клеток, лежащих на базальной мембране, с крупными округлыми ядрами в центре, светлыми и гиперхромными, с митозами, либо эпителий утолщается за счет увеличения количества клеток и расположения их в два-три ряда. Тем не менее базальная мембрана сохранена.

Стабильный эндометриоз.

Морфологические картины более или менее однородны. Среди фиброзной, местами гиалинизированной ткани, разбросаны железистые трубки и мелкие кисты, выстланные цилиндрическим или кубическим эпителием. Ядра клеток лежат в центре цитоплазмы, округлые или слегка вытянутые, преимущественно гиперхромные. Во всех случаях фиброзная строма явно преобладает. Гемосидерин распылен почти под самой базальной мембраной. Могут быть свежие кровоизлияния.

Регрессивный эндометриоз яичников.

Морфологическая картина его напоминает фиброзный вариант, но эпителий в состоянии выраженной дистрофии. На первом плане кистозные полости разной величины и формы с резко уплощенным и гиперхромным эпителием или без эпителиальной выстилки. Строма чаще фиброзная. Эндометриоидную природу

этих процессов выдают, зерна гемосидерина, очаги ксантомных клеток и свежие кровоизлияния. В строме нередко известковые тельца и воспалительные инфильтраты.

Отношение эндометриоза яичников к раку - наиболее сложный вопрос. Эндометриоидная аденокарцинома из эндометриоза составляет большинство раков яичника. При этом у одиноких женщин и при бесплодии увеличивается риск развития как эндометриоидных кист, так и эндометриоидного рака яичников.

Эндометриоидные раки скрываются среди массы малигнизированных серозных кист и часто не учитываются в качестве отдельной нозологической единицы.

С опухолевидными процессами эндометриоз сближает способность к инфильтрирующему росту, что может приводить к опасным для жизни стриктурам мочеточников и толстой кишки и распространению по лимфатическим и кровеносным сосудам с образованием вторичных очагов. Вместе с тем эндометриоз принципиально отличается от злокачественной опухоли по целому ряду критериев: отсутствие выраженной клеточной атипии, способности к автономному безостановочному росту и другие. Клиноморфологические сопоставления свидетельствуют, что эндометриоз – дисгормональный процесс, протекающий в условиях абсолютной или относительной гиперэстрогении и прогестероновой недостаточности. Длительная ановуляция создает предрасположенность к возникновению предраковых заболеваний и рака, поэтому больных с эндометриозом следует относить в группу высокого риска по возникновению рака. Причем высокий риск определяется не только возможностью малигнизации эндометриоза, но и наличием в организме гормональных нарушений, предрасполагающих к возникновению рака репродуктивных органов.

Итак, следует различать следующие гистологические разновидности эндометриоза яичников:

- I. По распространенности:
  1. Очаговый (внутрикорковый).
  2. Диффузный (корково-мозговой).
  3. Односторонний.
  4. Двусторонний.
  5. С экстраовариальной диссеминацией.
  6. Без экстраовариальной диссеминации.

- II. По морфологии:
1. Железистый.
  2. Железисто-кистозный.
  3. Кистозный (микро- и макрокистозный).
  4. Стромальный.

- III. По направлению развития:
1. Растущий (пролиферирующий).
  2. Стабильный (фиброзный).
  3. Регрессивный (дистрофический).
  4. Малигнизированный.

Эндометриоз яичников и «шоколадные» кисты - гистогенетически единое новообразование отличающееся лишь стадией развития.

## **КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ**

### **АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

По предложению проф. И.Д. Нечаевой, руководителя Международного клинического центра по опухолям яичников, принята следующая схема сбора анамнеза:

1. Считает ли женщина себя больной.
2. Имеются ли жалобы, точная характеристика (боли внизу живота, запоры, дизурические явления, увеличение живота).
3. Не изменилось ли общее состояние за последнее время (легкая слабость, утомляемость, понижение работоспособности).
4. Менструальная функция (возраст первой менструации, время становления, продолжительность, количество теряемой крови, болезненность и длительность менструальных циклов, регулярность их в течение всей жизни, дата последней менструации, продолжительность менопаузы - спонтанная или искусственная).
5. Начало половой жизни, регулярность, характер либидо. Предохраняется или нет (методы и средства контрацепции).
6. Детородная функция (общее число беременностей). Если не беременела, выяснить причину бесплодия. Число и хронология родов (сроки и исходы каждого). Число самопроизвольных и медицинских аборт (сроки и характеристика каждого).
7. Перенесенные гинекологические заболевания (какие, когда, связь с родами и абортами). Характер проводимого лечения после

операции (когда, какие, по поводу чего). Было ли и какое дополнительное лечение после операции. С особым вниманием следует относиться к больным, которые в прошлом были оперированы по поводу «язвы» или «доброкачественной» опухоли желудка и молочной железы. Это позволит исключить метастатический характер опухоли яичников. Во всех случаях необходимо уточнить гистологический диагноз удаленной ранее опухоли. С этой целью желательно: запросить для повторного просмотра микропрепараты удаленной опухоли.

8. Подвергалась ли обследуемая когда-либо гинекологическому профилактическому осмотру. Что выявлено? Не наблюдается ли у гинеколога по поводу фибромы, кисты, - хронического воспаления придатков и прочее.

9. Инфекционные и соматические, заболевания, перенесенные в детстве, в детородном возрасте.

10. Наследственность.

Важно помнить, что в начальном периоде заболевания каких-либо жалоб или субъективных ощущений при наличии опухоли яичника чаще всего может и не быть. Поэтому большее значение для постановки правильного, диагноза имеет тщательность, и целенаправленность собирания анамнеза. Ничего не должно быть оставлено без внимания и разбора.

## **ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АСЦИТИЧЕСКОЙ И ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТЕЙ**

Производится пункция брюшной и плевральной полостей, изготавливаются мазки и направляются в цитологическую лабораторию для обнаружения опухолевых клеток яичника. При известном опыте цитолог может констатировать не только степень злокачественности процесса, но и гистологический тип новообразования.

## **ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПУНКТАТА ПРЯМОКИШЕЧНО-МАТОЧНОГО (ДУГЛАСОВА) ПРОСТРАНСТВА**

Производится пункция заднего свода влагалища и смыв с брюшины прямокишечно-маточного (дугласова) пространства. Цитологическое исследование полученных при этом мазков имеет большое диагностическое значение для выявления ранних стадий

рака яичников. Пункция этого пространства имеет большую ценность еще и потому, что способствует постановке диагноза в дооперационном периоде.

## **ЦИСТОСКОПИЯ**

Инструментальное, обследование внутренней поверхности мочевого пузыря позволяет установить степень поражения его овариальным карциноматозным процессам, что важно для выработки плана хирургического вмешательства.

## **ЛАПАРОСКОПИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ**

Оптическим прибором-визуально обследуется внутренняя поверхность брюшной полости и выполняется биопсия. При этом определяется степень распространения опухолевого процесса и получается морфологическая верификация диагноза.

Кульдоскопия (дугласоскопия через задний влагалищный свод) предпочтительна у рожавших женщин с хорошо выраженным задним сводом влагалища, а также в случаях, когда опухоль локализуется в прямокишечно-маточном (дугласовом) пространстве.

## **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Рентгенография грудной клетки выявляет наличие гидроторакса и метастазов в легких.

Рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта позволяет установить локализацию опухоли в желудке или кишечнике и отношение прямой кишки и сигмовидной к опухолевому процессу в яичниках.

Обзорная рентгенография таза дает возможность рентгенологически выявить очаги обызвествления и костные включения в опухолях яичников. Причем известь чаще встречается в эпителиальных опухолях, а костные образования – в тератомах.

Пневмонельвиография (ППГ), пневмомопель-виография (ПТПГ):. Тазовая рентгенография с последующей томографией на фоне введенного таза позволяет с определенной уверенностью разрешить дифференциально-диагностические затруднения между фибриомой матки и опухолью яичника. Специальное изучение этого вопроса показало, что уточнение диагноза должно начинаться с ППГ, которая при необходимости дополняется ПТПГ.

Чрезматочная тазовая флебография. Благодаря специальному контрастированию вен матки и ее придатков, выявляется фибромиома матки и определяется локализация фиброматозных узлов.

### **ЛИМФОГРАФИЯ**

Лимфография – рентгенологическое исследование контрастированных лимфатических узлов, позволяющее выявить топографию метастазов и тем самым степень распространения опухолевого процесса.

### **ЦЕРВИКОГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЯ**

Цервикогистеросальпингография – метод исследования внутренних половых органов женщины с применением водорастворимого контрастного вещества (ВКВ). Рентгенологическая картина после фракционного введения ВКВ в цервикальный канал, матку и трубы на фоне производства серийных снимков оказывается весьма полезной в дифференциально-диагностическом отношении и позволяет выявить многие варианты гинекологической патологии. Рентгенологические Признаки опухолей яичников могут проявляться в виде непосредственного обволакивания поверхности опухоли контрастным препаратом и смещения опухолью яичника матки в противоположную сторону, так называемого симптома «вытянутой трубы», удлинения последней, распластанной по периферии опухоли. Эти признаки и наблюдаются при проходимости трубы, хотя бы в пределах истмической части ее на стороне опухоли. Будучи как бы натянутым на опухоли или по ее окружности, контрастированный яйцевод значительно облегчает постановку диагноза.

К косвенным признакам относятся также смещение матки кверху (если опухоль яичника находится в заднем дугласовом пространстве) и некоторые увеличения ее полости. Следует отметить, что непосредственное обволакивание опухоли контрастным веществом позволяет иногда определить не только величину, но и характер поверхности опухоли (ровная, волнистая, узурированная). Выявление этих дополнительных признаков имеет существенное значение в выборе соответствующего хирургического лечения.

Однако необходимо иметь в виду, что при злокачественных опухолях яичников, в отличие от доброкачественных, особенно в

запущенных случаях, при наличии инфильтрации окружающих тканей, поверхность опухоли не всегда обволакивается контрастным веществом, несмотря на проходимость маточных труб.

## **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ**

Эндометриоидные кисты представлены однокамерными образованиями, внутренние контуры размыты. В 85% случаев кисты располагаются сбоку и сзади от матки. При этом наполненный мочевого пузырь не вытесняет их из малого таза, что связано с характерным для них перифокальным спаечным процессом. Для опухолей наиболее характерными эхографическими признаками считаются следующие: наличие больших по размерам жидкостных образований (иногда с несколькими внутренними перегородками) и четкость внутренних контуров. Основной особенностью муцинозных кистом считается наличие множественных диффузно рассеянных внутренних эхосигналов. Определенное значение в диагностике кистом имеют и размеры образования – чаще муцинозные кистомы больших размеров. Кроме того, на эхограмме таких кистом нередко выявляются перегородки, что подтверждает их многокамерное строение.

Наиболее надежным признаком муцинозных кистом является наличие в них мелкодисперсной взвеси, которую создает муцин. В отличие от крови или гноя эта взвесь не оседает при длительном пребывании и не смещается после перкуссии образования.

Ранняя диагностика рака яичника крайне актуальна. В настоящее время описан ряд признаков, характеризующих злокачественную опухоль яичников: нечеткость контуров новообразований, смешанное внутреннее строение, наличие перегородок и уплотнений, асцит. В зависимости от внутреннего строения принято разделять злокачественные опухоли яичников на 4 варианта: кистозный, кистозно-солидный, солидно-кистозный, солидный. Второй и четвертый варианты наиболее характерны для рака.

Особое значение следует придавать обследованию женщин в период менопаузы. Ведущим для диагностики рака в этот период является определение размера яичников. Увеличение яичников в 2 раза с высокой степенью достоверности говорит об опухолевом процессе.



Эхографические изображения тератом отличаются выраженной пестротой ультразвуковых картин. Однако удалось установить ряд характерных для опухолей яичников признаков: расположение выше дна матки, наличие в образовании плотных пристеночных компонентов, вызывающих акустическое появление тени, расслоение внутреннего содержимого на уровни. Точность эхографической диагностики составляет 87,5%.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОТОМИЯ**

Диагностическая лапаротомия относится к заключительному этапу обследования больной и способствует установлению окончательного диагноза. Этому же в высокой степени способствует и то, что при чревосечении имеется возможность выполнять биопсию для гистологической верификации опухолевого процесса яичников и уточнения степени его распространенности.

## **ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ**

План лечения больной должен быть составлен на длительный период с учетом целого ряда моментов, стадии процесса, гистотипа опухоли, возраста пациентки, общего состояния, предшествующего лечения. План лечения составляется так, чтобы преждевременно не истощить реактивность организма больной и одновременно достигнуть максимального эффекта.

Лечение новообразований яичников должно быть направлено:

- на удаление опухоли с максимально возможным сохранением здоровой яичников ткани;
- профилактику рецидива опухоли;
- сохранение и восстановление репродуктивной функции;
- профилактику осложнений опухолей яичников.

Органосохраняющие операции на яичниках могут проводиться в объеме резекции одного или двух яичников, односторонней овариоэктомии, удаления одного и резекции второго яичника.

Больным до 40 лет при **односторонних серозных цистаденомах** (после срочного гистологического исследования опухоли во время операции) производят удаление одного яичника. При **дермоидных кистах** допустима резекция яичника. Женщинам после 40 лет резекцию яичников выполнять не следует, а проводят овариоэктомию.

При **серозных и муцинозных опухолях** у пациенток старше

40 лет целесообразны радикальные операции (ампутация матки с придатками, резекция большого сальника) из-за значительного риска поражения контралатерального яичника и большой опасности малигнизации.

У женщин в пре- или постменопаузе, даже при визуальном одностороннем опухолевом поражении, следует удалять и второй, макроскопически не измененный яичник, так как большая часть цистаденом имеют высокий риск малигнизации, а поражение яичников с обеих сторон при злокачественных опухолях выявляют в 70% случаев.

Прежде чем выполнять хирургическое вмешательство у больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников, необходимо решить вопрос хирургического доступа.

Основания для отказа от лапароскопии в пользу лапаротомии:

- обоснованное подозрение на злокачественный процесс;
- технические сложности при выполнении лапароскопии.

Все остальные факторы имеют условное значение.

При операциях на яичниках важно понимать различие между анатомической и хирургической ножкой опухоли.

**Анатомическая ножка опухоли** включает часть яичника, из которой происходит опухоль, связку, подвешивающую яичник, собственную связку яичника, дубликатуру широкой связки матки, а также сосуды и нервы, проходящие в них.

**Хирургическая ножка опухоли** – ткани, пересекаемые для удаления опухоли. В ее состав входят все элементы анатомической ножки и перерастянутая маточная труба.

Подписано в печать 25.10.2016 г. Формат 60x90 1/6  
У.п.л. 2.27. Бумага офисная. Печать-ризография.  
Тираж 100 экз.

---

Издательство ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»  
Адрес: 364037 ЧР, г. Грозный,  
ул. Киевская, 33.

