

А. Ф. УРМАНЧЕЕВА,
Г. Ф. КУТУШЕВА,
Е. А. УЛЬРИХ

ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

(КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)



ИЗДАТЕЛЬСТВО Н-Л

Елена Ульрих

**Опухоли яичника: клиника,
диагностика и лечение**

«Эко-Вектор»

2012

Ульрих Е. А.

Опухоли яичника: клиника, диагностика и лечение /
Е. А. Ульрих — «Эко-Вектор», 2012

Проблема диагностики и лечения доброкачественных и злокачественных опухолей яичника остается одной из наиболее сложных в гинекологии и онкологии. В работе освещены вопросы этиологии, патогенеза, клиники различных новообразований яичника, современные методы диагностики и лечения этой патологии. Представленные материалы могут служить справочным пособием для акушеров-гинекологов, онкологов, хирургов, студентов медицинских вузов.

© Ульрих Е. А., 2012

© Эко-Вектор, 2012

Содержание

Введение	6
1. Эпидемиология	7
1.1. Заболеваемость, смертность и выживаемость	7
1.2. Этиология	9
Конец ознакомительного фрагмента.	11

**Адилия Феттяховна Урманчиева,
Галия Феттяховна Кутушева,
Елена Александровна Ульрих
Опухоли яичника (клиника,
диагностика и лечение)**

Авторы:

Урманчиева Адилия Феттяховна – д. м. н., профессор, профессор кафедры онкологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова МЗ РФ, ведущий научный сотрудник онкогинекологического отделения ФГБУ НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова МЗ РФ, директор Ассоциации онкологов-гинекологов России, заслуженный врач РФ.

Кутушева Галия Феттяховна – д. м. н., профессор, заведующая кафедрой детской гинекологии и женской репродуктологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии МЗ РФ.

Ульрих Елена Александровна – д. м. н., профессор кафедры детской гинекологии и женской репродуктологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии МЗ РФ и кафедры онкологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова МЗ РФ.

Рецензенты:

Д. А. Ниаури – д. м. н., профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета, ведущий научный сотрудник гинекологического отделения с операционным блоком отдела эндокринологии репродукции НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН, научный руководитель фтизи-огинекологической группы Санкт-Петербургского НИИ фтизи-опульмонологии. *В. В. Семглазов* – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой онкологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова МЗ РФ.

Введение

*Посвящается отцу и дедушке профессору Феттяху Халимовичу
Кутушеву*

Проблема диагностики и лечения новообразований яичников является одной из самых трудных в онкогинекологии. У большинства больных злокачественными опухолями яичников заболевание выявляется на поздних стадиях, а результаты их лечения остаются неутешительными. Несмотря на высокую чувствительность многих современных методов диагностики, их специфичность недостаточна для дифференциации доброкачественного и злокачественного процессов в яичниках, что не может обеспечить эффективный скрининг для раннего выявления злокачественных опухолей. Общая пятилетняя выживаемость больных раком яичников не превышает 35–40 %.

1. Эпидемиология

1.1. Заболеваемость, смертность и выживаемость

Большинство опухолей яичников являются эпителиальными. Все опухоли могут быть разделены на доброкачественные и злокачественные. Статистические сведения о частоте опухолей яичников в женской популяции касаются только их злокачественных форм. Среди злокачественных новообразований женских половых органов опухоли яичников (карциномы, стромальноклеточные и герминогенные опухоли) занимают третье место после рака шейки и тела матки, их доля достигает 30 %. Среди всех злокачественных новообразований у женщин рак яичников занимает седьмое место по частоте, составляя 4–6 %. По данным Международного агентства по изучению рака (МАИР), ежегодно в мире регистрируется более 200 000 новых случаев рака яичников, и более 100 тыс. женщин погибают от злокачественных новообразований яичников. Если удельный вес (%) рака яичников в онкологической заболеваемости женщин во всех странах мира примерно одинаков, то частота заболеваемости на 100 000 женского населения значительно варьирует. В Европе, особенно в Западных странах и Великобритании, а также в Северной Америке, стандартизованные показатели заболеваемости наиболее высокие (10 и более на 100 000). В Центральной и Южной Америке, Африке и Азии, включая индустриальные страны, такие как Япония, но исключая Израиль, эти показатели значительно ниже (7 и менее на 100 000). За последние 20 лет уровни заболеваемости раком яичников в большинстве стран с высоким риском (Скандинавия, Великобритания, США, Канада) остаются стабильными и даже несколько снижаются. В то же время отмечено повышение заболеваемости в странах с низким риском, таких как Япония, Индия, Сингапур, а также в некоторых странах Южной и Восточной Европы (Португалия, Испания, Югославия, Польша). В России ежегодно рак яичника выявляется более чем у 11 000 женщин (10 на 100 000), занимая седьмое место в структуре общей онкологической заболеваемости (5 %) и третье – среди гинекологических опухолей после рака тела и шейки матки. За последние 10 лет в стране произошел прирост заболеваемости на 8,5 %.

Интерпретация трендов в заболеваемости раком яичников крайне затруднительна, особенно в экономически развитых странах. С одной стороны, необходимо учитывать широкое применение оральных контрацептивов, обладающих протективным эффектом, подобным эффекту родов и лактации. С другой стороны, сокращение в цивилизованных странах числа беременностей и родов, приводящее к «непрекращающейся овуляции», возможно, способствует повышению риска развития неоплазии в яичнике, как и применение препаратов, стимулирующих овуляцию при лечении бесплодия, и эстрогенов в терапии климактерических расстройств. Кроме того, нельзя не учитывать и фактор питания. Повышенное потребление животных белков в рационе не исключает увеличения риска заболевания раком яичника.

По показателям смертности рак яичника опережает рак тела и шейки матки, занимая 5-е место среди причин смерти от всех опухолей у женщин. В большинстве индустриальных стран мира рак яичника имеет самые высокие показатели смертности среди всех гинекологических опухолей, что связано с поздней диагностикой заболевания. Летальность больных раком яичников на первом году после установления диагноза составляет 35 %. По сводным данным популяционных раковых регистров стран Европы, однолетняя выживаемость больных раком яичников составляет 63 %, трехлетняя – 41 %, пятилетняя – 35 %. За последнее десятилетие отмеченное в Европе увеличение пятилетней выживаемости больных злокачественными опухолями яичников на 3 % (с 32 % до 35 %), а в США – на 4 % (с 36 % до 40 %) объясняется не столько улучшением диагностики, сколько эффективным применением платиновой химиоте-

рапии в лечении диссеминированных форм рака яичников и герминогенных опухолей. Риск заболеть раком яичника на протяжении жизни составляет 1,5 %, и 1 из 100 женщин может умереть от этого заболевания.

1.2. Этиология

Причины возникновения большинства опухолей яичников остаются неизвестными. Обзоры эпидемиологических исследований указывают на высокую частоту рака яичника в индустриальных странах, за исключением Японии. Возможно, это обусловлено диетическими факторами, а именно, высоким потреблением животных жиров, хотя последние исследования не подтверждают связи развития рака яичника ни с высококалорийной пищей, ни с употреблением алкоголя, кофеина и никотина. Нет и убедительных доказательств возможного канцерогенного эффекта радиации, применяемой в диагностических и терапевтических целях, в развитии рака яичников, хотя в эксперименте модели опухолей яичников создавали путем облучения грызунов рентгеновскими лучами или при помощи пересадки ткани яичника в селезенку или другие органы портальной системы. В нескольких исследованиях развитие карцином яичников связывают с использованием талька в гигиенических целях.

Наибольшая роль в развитии рака яичников в настоящее время отводится гормональным и генетическим факторам. В многочисленных эпидемиологических исследованиях отмечено, что беременность снижает риск возникновения рака яичников, а большое число беременностей обладает значительным защитным действием. Бесплодие же повышает риск развития рака яичников, а препараты, стимулирующие овуляцию в течение более 12 циклов, увеличивают этот риск в 2–3 раза. В то же время, применение оральных контрацептивных препаратов снижает риск возникновения этого вида рака. В большом исследовании, проводившемся под эгидой ВОЗ, относительный риск развития рака яичников у женщин, когда-либо принимавших оральные контрацептивы, составил 0,75. Прием оральных контрацептивов в течение 5 лет у нерожавших женщин снижает риск до уровня рожавших. Длительный прием эстрогенов в менопаузе ассоциируется с увеличением риска рака яичника. Рак молочной железы в анамнезе увеличивает риск рака яичников в 2–4 раза так же, как и риск рака молочной железы повышен у больных раком яичника. Объяснения гормональным факторам, выявленным в многочисленных эпидемиологических исследованиях, можно найти в «овуляторной» гипотезе Фаталла, постулирующей, что риск развития рака яичников находится в прямой зависимости от числа овуляторных циклов на протяжении жизни женщины. Покровный эпителий яичника, из которого развивается большинство опухолей, подвергается пролиферации и репарации после каждого овуляторного цикла. Чем больше число овуляций, тем выше потенциальный риск отклонений в репаративных процессах, что ведет к злокачественной трансформации.

Наследственный фактор является одним из важных факторов риска в развитии рака яичников, хотя большинство карцином яичника (95 %) являются спорадическими по своей природе и их риск развития в популяции не превышает 1,5 %, т. е. заболевает 1 из 100 женщин. Тогда как к наследственным формам могут быть отнесены только 5 % случаев рака яичника, риск развития заболевания может возрасти до 50 %, т. е. заболевает каждая вторая. В настоящее время описаны три синдрома наследственной предрасположенности к возникновению рака яичника: семейный рак яичников, семейный рак молочной железы / яичников, синдром Линча II.

Семейный рак яичников. Риск развития заболевания зависит от числа ближайших родственников, заболевших ранее раком яичников. В семьях, в которых зарегистрирован один случай рака яичников у родственницы 1-й степени родства (у матери, дочери или родной сестры), риск заболеть в 2–3 раза выше, чем в популяции, и составляет 4–5 %. В семьях, где выявлен рак яичника у одной родственницы 1-й степени родства и одной родственницы 2-й степени родства (у бабушки, внучки, двоюродной сестры, тети или племянницы), риск возрастает в 4–5 раз по сравнению с популяционным и равняется 7 %. В семьях, где две родственницы 1-й степени родства заболевают раком яичника, рискует заболеть каждая вторая, т. е. риск равен

50 %. Поэтому при медико-генетическом консультировании крайне важен тщательный сбор семейного анамнеза.

Семейный рак молочной железы /яичников. В таких семьях ближайшие родственницы заболевают раком молочной железы в молодом возрасте (до 50 лет) и раком яичников. Степень риска заболеть раком этих локализаций также определяется числом заболевших родственниц различной степени родства. Кроме того, как уже упоминалось, у женщин, ранее заболевших раком молочной железы или яичников, риск развития второй опухоли в 2–4 раза выше, чем в популяции.

Синдром Линча II. При этом синдроме в семьях среди ближайших родственников прослеживается заболеваемость аденокарциномами различных локализаций, преимущественно колоректальным раком, раком молочной железы и эндометрия, раком яичников. Риск возникновения аденокарциномы среди членов семьи также зависит от числа заболевших родственников, и он в любом случае выше в 2 раза, чем в популяции.

Гены *BRCA1* в хромосоме 17 q12—21 и *BRCA2* в хромосоме 13 q12, являются ответственными за возникновение наследственных форм рака молочной железы и рака яичников. Выявление при описанных семейных синдромах мутаций в этих генах свидетельствует о наследственной передаче злокачественной опухоли. Однако рутинное генетическое тестирование ограничено по нескольким причинам. Во-первых, определение возможной точечной мутации на протяжении более 100 000 оснований гена у больной и ее родственников при выявленном семейном синдроме остается весьма трудоемким и не всегда эффективным даже в современных генетических лабораториях. Во-вторых, генетическое тестирование наследственных форм рака яичников и молочной железы несет в себе этические и социальные проблемы. Отсутствие мутации генов *BRCA1*

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.