

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА «ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ» ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

*В. П. Нефедов, Г. Н. Кольцова, Л. Д. Пароник*

*Кафедра общей клинической патологии (зав.— заслуж. деят. науки ТАССР проф. И. М. Рахматуллин) и кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— заслуж. деят. науки ТАССР проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

**Резюме.** Ретроспективное клинко-морфологическое изучение 534 «эпителиальных» опухолей яичников показало, что для ранней их диагностики большое значение имеет учет анамнестических данных о дисгормональных процессах, гинекологических и общесоматических заболеваниях. Выявлена определенная зависимость характера и формы роста «эпителиальных» опухолей женских гонад от гистологического типа. Установлено, что частота метастазирования рака яичников находится в прямой зависимости от возраста больных, распространенности опухоли, ее макро- и микроскопической характеристики.

Ключевые слова: яичники, опухоли.

3 таблицы. Библиография: 6 названий.

Подавляющее большинство злокачественных «эпителиальных» опухолей яичников исходит из доброкачественных серозных, муцинозных и эндометриодных кистом [2, 4, 5а]. Вопросы о предопухолевых состояниях яичников и клинической морфологии «эпителиальных» опухолей нашли отражение в немногочисленных работах [1, 3].

В 1973 г. ВОЗ была принята новая международная «Гистологическая классификация опухолей яичников», опубликованная в отечественной печати в 1974 г. [5 б]. Внедрение ее в практику послужит мощным стимулом к дальнейшему изучению этой сложной и актуальной проблемы. Несомненным достоинством этой классификации явилось выделение в группе «эпителиальных» опухолей яичников шести основных гистологических типов (серозных, муцинозных, эндометриодных, светлоклеточных, опухоли Бреннера и смешанных), а также выделение трех форм опухолей по степени их зрелости — доброкачественных, пограничных, злокачественных.

Цель нашей работы заключалась в ретроспективном клинко-морфологическом анализе «эпителиальных» опухолей яичников у больных, находившихся в последние 8 лет на лечении в гинекологических отделениях городского и республиканского онкодиспансеров.

Задачи исследования: 1) выявить факторы повышенного риска, могущие играть определенную роль в патогенезе «эпителиальных» опухолей яичников; 2) выяснить частоту гистологических типов «эпителиальных» опухолей яичников с учетом новой международной классификации; 3) оценить макро-микроскопические особенности роста опухоли в зависимости от гистологического типа и степени ее зрелости; 4) определить частоту и характер метастазирования рака яичников в зависимости от возраста больных, размеров опухолей, их макро- и микроскопической формы, гистологического типа.

Одновременно с гистологическим изучением операционного материала (534 «эпителиальных» новообразований яичников) мы проводили анализ историй болезни по схемам, разработанным нами, где сгруппированы 19 признаков для доброкачественных опухолей и 25 признаков для злокачественных. Полученные данные регистрировали на перфокартах с последующей ручной их обработкой.

Доброкачественных опухолей было 275, пограничных — 59, злокачественных — 200 (см. табл. 1).

Таблица 1

**Гистологические типы «эпителиальных» опухолей яичников и степень их зрелости**

Гистологический тип	Степень зрелости опухоли			
	доброкачественные	пограничные	злокачественные	всего
Серозный . . . . .	139 (47,9%)	39 (13,5%)	112 (38,6%)	290
Муцинозный . . . . .	78 (63,0%)	18 (14,5%)	28 (22,5%)	124
Эндометриодный . . . . .	49 (60,5%)	2 (2,5%)	30 (37,0%)	81
Опухоль Бреннера . . . . .	5			5
Смешанный . . . . .	4			4
Недифференцируемый . . . . .			30	30
Итого . . . . .	275 (51,5%)	59 (11,0%)	200 (37,5%)	534

Из литературы известно, что «эпителиальные» опухоли яичников чаще развиваются после 40 лет, когда в организме женщины появляются те или иные гормональные сдвиги. По нашим данным, 75% всех «эпителиальных» опухолей и 86% рака яичников выявлено у женщин старше 40 лет. Наиболее многочисленную группу больных раком яичников (экстенсивный показатель) составили женщины в возрасте 41—50 лет (32,5%). Однако, учитывая мнение И. С. Краевской (1960) о целесообразности использования интенсивных показателей для определения частоты рака яичников, мы провели подсчет в каждой возрастной группе и убедились в том, что наиболее поражаемый возраст — 51—60 лет, где интенсивный показатель равен 48% (в группе 41—50 лет — 42%).

При дифференцированном (отдельно в группах женщин, страдающих доброкачественными, пограничными и злокачественными опухолями) анализе факторов повышенного риска, которые могут играть определенную роль в патогенезе «эпителиальных» опухолей яичников, мы считали достоверными и информативными те факторы, которые встретились в каждой группе более чем в 20% случаев. Изученный материал позволяет отнести к факторам повышенного риска следующие: позднее начало менструаций (в 20,7—31,0%), раннее и позднее наступление менопаузы (в 48,7—58,4%), аборт (в 54,0—58,0%), хронические воспалительные процессы в придатках матки (в 49,0—63,0%), отягощенный соматический статус (в 25,0—31,0%), причем по частоте на первом месте оказались хронические воспалительные заболевания органов брюшной полости, на втором — гипертоническая болезнь. О гормональной дисфункции у женщин с «эпителиальными» опухолями яичников свидетельствует высокий процент фибромиом (45,6—21,4) и патологических изменений в эндометрии — гиперплазий, эндометриоза, полипов (53,0—45,0). Бесплодие выявлено лишь у 18,7% женщин, операции на брюшной полости в прошлом перенесли 19,6%, меноррагии отмечены у 16,0%. Вероятно, последние три фактора не имеют принципиального патогенетического значения в развитии этих новообразований яичников.

Таблица 2

Частота двусторонней локализации «эпителиальных» опухолей яичников в зависимости от их гистогенеза и степени зрелости

Гистологический тип	Степень зрелости опухоли		
	доброкачественные, %	пограничные, %	злокачественные, %
Серозный . . . . .	17,0	30,7	53,5
Муцинозный . . . . .	3,8	16,6	25,0
Эндометриоидный . . . . .	47,0	—	36,5
Недифференцируемый . . . . .	—	—	66,6

Правый и левый яичники по нашим данным одинаково часто поражаются «эпителиальными» новообразованиями, как доброкачественными (соответственно 112 и 113 случаев), так и злокачественными (52 и 50 случаев). Двустороннее поражение яичников наблюдается в 2,4 раза чаще при злокачественных опухолях, чем при доброкачественных. Из табл. 2 видно, что частота двусторонней локализации опухолей зависит не только от степени зрелости их, но и от гистологического типа. Так, в группе доброкачественных опухолей самый большой процент (47,0) двусторонней локализации приходится на эндометриоидные аденомы, в то время как в группе злокачественных опухолей — на недифференцируемые и серозные карциномы (соответственно 66,6 и 53,5).

По величине «эпителиальные» опухоли яичников разделены на малые (до 5 см в диаметре), средние (6—10 см), большие (11—20 см) и гигантские (21 см и более). В группе серозных кистом на долю больших и гигантских новообразований пришлось 63%, в группе муцинозных — 90%, в то время как в группе эндометриоидных кистом преобладали опухолевые узлы средней величины (53,4%). Пограничные и злокачественные опухоли были преимущественно большими.

Доброкачественные серозные и эндометриоидные цистаденомы более чем в половине наблюдений имели однокамерное строение, а муцинозные цистаденомы в 70% — многокамерное. У подавляющего большинства доброкачественных новообразований (от 70 до 90% в каждом гистологическом типе) при микроскопическом исследовании установлена железистая форма роста. Пограничные опухоли более чем в 70% имели многокамерное строение и железисто-сосочковую форму роста. Эвертирующая форма роста обнаружена нами у 2 доброкачественных и 5 пограничных папиллярных цистаденом. Доброкачественные аденофибромы выявлены в 11 наблюдениях (10 из них — серозные, 1 — муцинозная), а пограничные аденофибромы — в 2 (серозного типа). 4 серозные опухоли имели строение поверхностной папилломы.

Стадии рака яичников различного гистогенеза представлены в табл. 3. Характерно, что более чем у 50% больных с муцинозными и эндометриоидными формами рака была I—II стадия заболевания, в то время как у 56,2% больных с серозными формами и у 26 из 30 больных с недифференцируемым раком яичников оказалась III—IV стадия. В отличие от данных Н. И. Шуваевой (1973) мы нашли, что большинство недифференцированных раков выявляется не у молодых женщин, а после

Распределение рака яичников различного гистогенеза по стадиям заболевания

Гистологический тип	Стадия				Всего
	I	II	III	IV	
Серозный . . . . .	29	20	16	47	112
Муцинозный . . . . .	15	3	4	6	28
Эндометриоидный . . . . .	12	4	5	9	30
Недифференцируемый . . . . .	2	2	6	20	30
Итого . . . . .	58	29	31	82	200

50 лет. Среди изученных карцином превалировал рак, развившийся из серозных кистом (56%), другие гистологические варианты рака яичников наблюдались примерно с одинаковой частотой.

Внешнее сходство раковой опухоли яичника с цистаденомой часто затрудняет диагностику рака даже во время операции. Вот почему значение срочной биопсии в таких случаях резко возрастает. Действительно, мы чаще всего наблюдали многокамерный инкапсулированный рост (в 36%) раковой опухоли, когда микроскопически ее легко можно было принять за доброкачественную цистаденому. Однако второе и третье место по частоте занимали карциномы яичников с эвертирующим (23,5%) и инфильтрирующим (16%) ростом. Чуть реже встретились раковые опухоли яичников с узло-вазо-солидной инкапсулированной формой роста (15,7%), а на долю однокамерных инкапсулированных карцином пришлось 8,8% наблюдений.

Большой практический и теоретический интерес представляет вопрос о путях и характере метастазирования рака яичников. Известны три пути метастазирования рака яичников: 1) диссеминация процесса по тазовой и брюшной полости, 2) гематогенное распространение, 3) метастазирование по основному лимфооттоку (преимущественно в регионарные парааортальные лимфоузлы). Следует отметить, что способностью к метастазированию обладают даже пограничные «эпителиальные» опухоли яичников. Нами выявлены метастазы у 2 из 59 больных с пограничными опухолями и у 59% больных, оперированных по поводу карцином яичников. Наиболее часто мы наблюдали диссеминацию ракового процесса по брюшине — в 45%; у 40% больных обнаружены метастазы в сальнике. Гораздо реже встретились метастазы в маточных трубах, матке, втором яичнике, печени.

Нами установлена зависимость частоты метастазирования от ряда факторов. Так, у молодых женщин (до 50 лет) метастазы определялись в 53%, а у женщин старше 50 лет — в 64,5%. При поражении одного яичника метастазы обнаружены в 43%, при двусторонней локализации рака частота метастазирования увеличилась до 75,5%. При различных вариантах инкапсулированного рака яичников частота метастазирования колебалась в пределах 30—56%, а при прорастании опухоли своей капсулы метастазирование резко возрастало — до 80—85%. Интересно отметить, что частота метастазирования обратно пропорциональна размерам злокачественной опухоли: чем крупнее были опухолевые узлы, тем реже метастазы. Малые раки дали метастазы в 100%, средние — в 65%, большие — в 60%, гигантские — в 50% наблюдений. Раковые опухоли папиллярного и железистого строения отличаются более редким метастазированием (в 46—53%), чем солидная форма карцином и ее варианты (в 62—82%). Отсюда понятно, что недифференцируемые раки яичников, которые чаще имели микроскопически определяемое солидное строение, намного чаще метастазируют (в 90%), чем серозные, муцинозные и эндометриоидные (соответственно в 57, 36 и 47%).

Таким образом, результаты клинко-морфологического изучения 534 «эпителиальных» опухолей яичников свидетельствуют, что для ранней их диагностики весьма важно учитывать наличие в анамнезе указаний на дисгормональные процессы, гинекологические и общесоматические заболевания. Тщательное морфологическое исследование «эпителиальных» новообразований яичников с уточнением характера и формы роста, с верификацией гистологического типа и степени зрелости опухоли способствует более обоснованному прогнозированию в каждом конкретном случае.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бычков В. И., Селезнева Н. Д., Серов В. И., Смирнова В. С. Кисты и кистомы яичников. М., Медицина, 1969.— 2. Глазунов М. Ф. Опухоли яичников. Л., Медгиз, 1961.— 3. Краевская И. С. Рак яичников. М., Медгиз, 1960.— 4. Михайлов В. П. Гистогенез эпителиальных опухолей яичников. М., Изд-во АМН СССР, 1949.— 5. Серов С. Ф. а) Вопр. онкологии, 1970, 9; б) Там же, 1974, 9.— 6. Шуваева Н. И. Химиотерапия злокачественных эпителиальных опухолей яичников. Автореф. докт. дисс., М., 1973.

Поступила 1 ноября 1978 г.