

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКА



Л.С. Болгова, А.Н. Грабовой,
С.В. Мариненко, Т.Н. Туганова,
Т.М. Ярошук, Е.Н. Рутковская

Адрес:
Болгова Людмила Севастьяновна
03022, Киев, ул. Ломоносова, 33/43
Национальный институт рака
Тел.: (044) 257-51-59
E-mail: Bolgova2006@ukr.net

44

Ключевые слова: новообразова-
ния яичника, гистологические
типы, возраст.

Изучены гистологические типы доброкачественных, злокачественных и пограничных новообразований яичника у 677 женщин различного возраста. Злокачественные опухоли выявлены у 57%, доброкачественные — у 40% и пограничные — у 3% прооперированных больных. В возрасте до 30 лет преобладают доброкачественные, а 41–60 лет — злокачественные новообразования.

Среди опухолей яичника (ОЯ) выделяют различные по характеру роста и клиническому течению доброкачественные, злокачественные и пограничные гистологические типы. Отличающиеся по морфологической структуре новообразования яичника (НЯ) развиваются, как указано в Международной гистологической классификации [10], из множества источников: поверхностные эпителиально-стромальные опухоли; опухоли полового тяжа яичника; герминогенные опухоли; гонадобластома; смешанные опухоли из герминогенных клеток и производных полового тяжа или стромы яичника негонадобластомного типа; опухоли сети яичника; мезотелиальные опухоли; неясного генеза и смешанные опухоли; гестационная трофобластическая болезнь; мягкотканые опухоли, не специфичные для яичника; злокачественные лимфомы и лейкозы; неклассифицированные опухоли; вторичные (метастатические) опухоли; опухолеподобные поражения (которых насчитывают 14 форм). При этом возникает более 150 типов первичных и вторичных НЯ [10].

В связи с этим структура ОЯ отличается необычайной мозаичностью, многообразием сочетаний различных ростков женской гонады и вызывает значительные сложности при их морфологической диагностике [4, 9].

В каждом случае определение гистологического типа НЯ основывается на оценке тканевого состава и его роста, особенностей структурных изменений, признаков атипии, наличия и количества митозов, а также характеристик клеточного состава [1–6, 10].

Установление морфологической формы и распространенности опухолевого процесса предопределяет объем оперативного вмешательства, характер

консервативной терапии и прогноз течения заболевания [4, 5, 7, 8]. Этим объясняется необходимость морфологического исследования до, во время и после операции [6, 8, 9].

В литературе чаще всего представлена гистологическая характеристика эпителиально-стромальных ОЯ. Имеются отдельные сообщения об опухолях полового тяжа, герминогенных опухолях, гонадобластомах и других редко встречающихся НЯ [1, 10].

Статистический учет в Украине ведется только по заболеваемости и смертности больных со злокачественными НЯ [6].

О заболеваемости женщин различными ОЯ имеются немногочисленные сведения, которые значительно разнятся [1, 2, 4].

В то же время выполнение банка данных о частоте выявления больных разного возраста с различными по гистологической структуре, характеру роста НЯ является актуальным. Результаты подобных исследований в виде эпидемиологических и клинических данных можно использовать при уточнении прогностических и социальных аспектов в развитии онкогинекологического заболевания.

Для клинической и морфологической диагностики важно иметь достоверные данные о распространенности всех нозологических форм ОЯ, а также клинические характеристики больных, которые проходят обследование и лечение в настоящее время. Этим требованиям во многом отвечают полученные нами результаты гистологического исследования операционного материала.

Цель — проанализировать и представить гистологические типы НЯ по генезу, характеру роста и возрастному аспекту у больных, обследованных и леченных в клинике Национального института рака (НИР).

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ гистологических исследований операционного материала от 677 больных с НЯ, которые проходили обследование и лечение в 2008–2011 гг. в отделении онкогинекологии НИР. Гистологические препараты окрашивали гематоксилином и эозином, при необходимости применяли дополнительные методы окраски. Микроскопическую оценку операционного материала проводили согласно современной Международной гистологической классификации ОЯ [10]. В зависимости от характера роста, источника развития, гистологического типа опухоли и возраста пациенток данные систематизированы и представлены в виде таблицы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка гистологических препаратов ОЯ вызывает значительные сложности ввиду наличия в их составе нескольких возможных тканевых ростков и различной степени выраженности пролиферации, метаплазии, диспластических изменений и атипичи клеточного состава. При этом учитывают характер разрастания опухолевых зачатков по отношению к окружающим тканям и распространение на мезотелий брюшины, а также другие характеристики опухолевого роста.

При микроскопическом исследовании удаленных во время операции ОЯ в зависимости от степени зрелости клеточного состава и характера роста новообразования подразделили на 3 гистологических типа: злокачественные — 383 (57%), доброкачественные — 269 (40%) и пограничные — 25 (3%) случаев. Изучили также возраст больных в каждой из исследованных групп опухолей (табл. 1).

У девочек в возрасте до 10 лет среди 10 новообразований также преобладали злокачественные опухоли. Они диагностированы у 7 (70%) больных.

Доброкачественные образования преобладали в возрастной группе 21–30 лет, в которую вошли 64 (24%) пациентки.

Пограничные опухоли с наибольшей частотой выявляли в возрасте от 11 до 30 лет. Данную группу сформировали 17 (68%) больных из 25 с гистологически верифицированными пограничными опухолями. Проведен анализ поражения опухолевым процессом яичников в зависимости от возрастных групп (см. табл. 1).

Как свидетельствуют данные табл. 1, в возрастной группе до 20 лет выявлено 68 (10%) НЯ, у женщин в репродуктивном возрасте 21–40 лет — 190 (28%), в возрастной период 41–60 лет — 291 (43%), в возрасте 61–70 лет — 105 (15%), а по-

сле 70 лет — 23 (3%) опухоли данной локализации.

Таким образом, наибольшую группу составили больные в возрастном диапазоне от 41 года до 60 лет, значительно меньшую — в репродуктивный период.

Анализ результатов проведенных гистологических исследований по определению генетических источников развития НЯ позволил выделить несколько групп и установить частоту их распространения в зависимости от возраста (табл. 2).

Анализ приведенных данных свидетельствует о преобладании групп больных с поверхностно-эпителиальными опухолями, которые диагностированы у 498 (73,5%) пациенток. Опухоли сети яичника выявлены в 9%, реже отмечены герминогенные опухоли — в 8% и опухоли полового тяжа — в 6% случаев. О сложностях определения гистологического типа НЯ свидетельствует тот факт, что в операционном материале 9 (1%) пациенток отмечены различные структуры нескольких тканевых разрастаний, которые не позволили идентифицировать определенную гистологическую форму. Метастатические поражения яичника выявляли редко, в основном в возрасте старше 40 лет — у 13 (2%) больных.

Данные о конкретных нозологических формах НЯ, которые диагностированы в различном возрасте, представлены в табл. 3.

При анализе гистологических типов НЯ установлено, что у девочек и девушек в возрасте до 20 лет тератомы и дермоидные кисты, а также простые фолликулярные и андометриоидные кисты составили больше ¼ всех новообразований. С такой же частотой определяли группу опухолей полового тяжа, стромы яичника и герминогенные опухоли. Пограничные опухоли выявлены у 2 (3%) пациенток. Злокачественные ОЯ подтверждены у 9 (13%) пациенток, из них у 7 диагностированы в возрасте до 10 лет.

В репродуктивном возрасте от 21 года до 40 лет среди 186 больных наиболее часто отмечали злокачественные НЯ — в 70 (38%) случаях. Тератомы и кисты, различные по генезу и структуре, выявляли также довольно часто — у 58 (31%) больных. Следует особо отметить, что в репродуктивном возрасте наиболее часто по сравнению с другими возрастными группами диагностировали пограничные опухоли — у 17 (9%) пациенток, в то время как в других группах эти опухоли составили 3%.

Обращает на себя внимание тот факт, что пик частоты НЯ приходится на воз-

Таблица 1. Распределение НЯ по зрелости клеток, характеру роста и возрасту больных

Возраст больных, лет	Морфологические типы НЯ по характеру зрелости							
	Злокачественный		Доброкачественный		Пограничный		Всего	
	п	%	п	%	п	%	п	%
1–10	7	2	3	1	0	0	10	1
11–20	13	3	37	14	8	32	58	10
21–30	25	6	64	24	9	36	98	15
31–40	49	13	40	15	3	12	92	13
41–50	103	27	36	13	3	12	142	21
51–60	105	28	43	16	1	4	149	22
61–70	69	18	36	13	0	0	105	15
71–90	12	3	10	4	1	4	23	3
Всего	383	100	269	100	25	100	677	100

Таблица 2. Распределение НЯ по гистогенетическим источникам развития

№ п/п	Генетический источник развития	Количество больных	
		п	%
1	Поверхностные эпителиально-стромальные новообразования	498	73,5
2	Опухоли полового тяжа и стромы яичника	44	6
3	Герминогенные опухоли	54	8
4	Опухоли сети яичника	56	9
5	Опухоли неясного генеза и смешанные опухоли	9	1
6	Мягкотканые опухоли, не специфичные для яичника	3	0,5
7	Вторичные (метастатические) опухоли	13	2
Всего		677	100

Таблица 3. Наиболее частые гистологические типы НЯ в различные возрастные периоды

Нозологическая форма	Возраст, лет					
	<20		21–40		41–60	
	п	%	п	%	п	%
Тератома, киста	24	35,5	58	31	25	8
Цистаденома, цистаденофиброма	9	13	32	17	48	17
Опухоль полового тяжа, стромы яичника, герминогенные опухоли	24	35,5	9	5	18	6
Пограничные опухоли	2	3	17	9	9	3
Злокачественные опухоли	9	13	70	38	185	64
Метастазы	–	–	–	–	5	2
Всего	68	100	186	100	290	100

раст от 41 года до 60 лет. Так, среди 677 пациенток они диагностированы у 290 (43%) этой возрастной категории. Из них у 185 (64%) больных идентифицированы злокачественные опухоли. Серозные и муцинозные цистаденомы установлены по материалам 48 (17%) больных. Опухоль Крукенберга диагностирована у 5 (2%) прооперированных пациенток. В возрасте старше 70 лет ОЯ определялись значительно реже и диагностированы лишь у 23 (3%) пациенток.

ВЫВОДЫ

1. Проведенный анализ гистологических исследований операционного материала от 677 больных, получивших лечение в 2008–2011 гг. в клинике НИР, позволил выявить ряд особенностей проявления морфологических типов НЯ, их гистогенетические источники развития, степень дифференцировки (злокачественные, доброкачественные и пограничные), а также частоту возникновения в различных возрастных периодах.

2. Установлено, что преобладают злокачественные опухоли — 383 (57%) случая, реже развиваются доброкачественные — 269 (40%) и сравнительно редко — пограничные — 25 (3%).

3. У пациенток в возрасте младше 20 лет преобладают доброкачественные новообразования: тератомы, дермоидные и простые фолликулярные и эндометриозные кисты, цистаденомы и цистаденофибромы, которые диагностированы у 33 (48,5%) больных. У девочек в возрасте до 10 лет из 10 наблюдений злокачественные опухоли идентифицированы в 7 (70%) случаях.

4. В репродуктивном возрасте от 21 года до 40 лет развиваются чаще доброкачественные — у 90 (48%) и реже — злокачественные ОЯ — у 70 (38%) больных. Пограничные опухоли в данном возрастном диапазоне отмечены у 17 (9%) пациенток, что в 3 раза превышает частоту этих новообразований в других группах.

5. Злокачественные ОЯ наиболее часто диагностированы в возрасте от 41 года до 60 лет — у 185 (64%) больных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Высоцкий М.М. (2012) Новое в морфогенезе и эпидемиологии рака яичников. Служ. женск. репрод. системы, (2): 39–43.
2. Вотинцев А.А., Разин А.П. (2006) Морфологическая диагностика и оценка прогрессии эндометриозного овариального рака. Фунд. исслед. биол. мед., 9: 46–48.
3. Карсиладзе А.И. (2005) Клинико-морфологическая диагностика опухолей яичников. Арх. патол. (Приложение), Москва, 64 с.
4. Протасова Е.А., Орлова Р.В., Раскин Г.А. (2011) Новые возможности верификации злокачественных опухолей яичника. Служ. жен. репрод. системы, 4: 84–86.
5. Рыбалка А.Н., Заболотнов В.А., Румянцева З.С. и др. (2011) Морфологическая характеристика образований яичников в детском возрасте. Крым. журн. эксп. клин. мед., 1(3–4): 112–117.
6. Федоренко З.П., Гайсенко А.В., Гулак Л.О. та ін. (2012) Рак в Україні 2010–2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. нац. канцер-реєстру України, 13: 1–53.
7. Шлома Е.Н., Фридман М.В., Шелкович С.Е. и др. (2012) Пограничные эпителиальные опухоли яичников: клиническое течение и проблемы морфологической диагностики. Бел МАПО, Минск.
8. Soslov R.A. (2008) Histologic subtypes of carcinoma: an overview. Int. J. Gynecol. Patol., 27: 161–174.
9. Wenham R.M. (2011) Ovarian cancer: a bright future. Cancer Control., 18: 4–5.
10. World Health Organization Classification of tumours Pathology Genetics (2003). Tumours of Breast and Female Genital Organs. Lyon, 365 p.

Деякі аспекти вивчення гістологічних типів новоутворень яєчника

Л.С. Болгова, О.М. Грабовий, С.В. Мариненко, Т.М. Туганова, Т.М. Ярошчук, О.М. Рутковська

Національний інститут раку, Київ

Резюме. Вивчено гістологічні типи доброякісних, злоякісних і граничних новоутворень яєчника у 677 жінок різного віку. Злоякісні пухлини виявлено у 57%, доброякісні — в 40% і граничні — у 3% прооперованих хворих. У віці до 30 років переважають доброякісні, а 41–60 років — злоякісні новоутворення.

Ключові слова: новоутворення яєчника, гістологічні типи, вік.

Some aspects of ovarian neoplasms histologic types studying

L.S. Bolgova, A.N. Grabovoy, S.V. Marinenko, T.N. Tuganova, T.M. Yaroshchuk, E.N. Rutkovskaya

National Cancer Institute, Kyiv

Summary. The histological types of benign, malignant and related ovarian neoplasma have been studied on the material from 677 women of different ages. Malignant tumors have been defined among 57%, benign tumors — among 40% and related tumors — among 3% of operated patients. Benign tumors prevail among patients under 30 years old, malignant — among patients at the age from 41 to 60.

Key words: ovarian neoplasms, histological types, age.