



ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Подготовила студентка 12 группы 5 курса ЛФ
Полякова С.В.

Эпидемиология

Период новорожденности – 1,2% случаев

1 месяц – 3 года – 2,9% случаев

От 3 до 7 лет – 8,7% случаев

От 7 до 9 лет – 14,5% случаев

От 9 до 12 лет – 16,9% случаев

От 12 до 15 лет – 55,8% случаев.

Классификация

Доброкачественные образования яичников

Ретенционные образования
яичников:

- Фолликулярные кисты
- Кисты желтого тела
- Эндометриоидные кисты

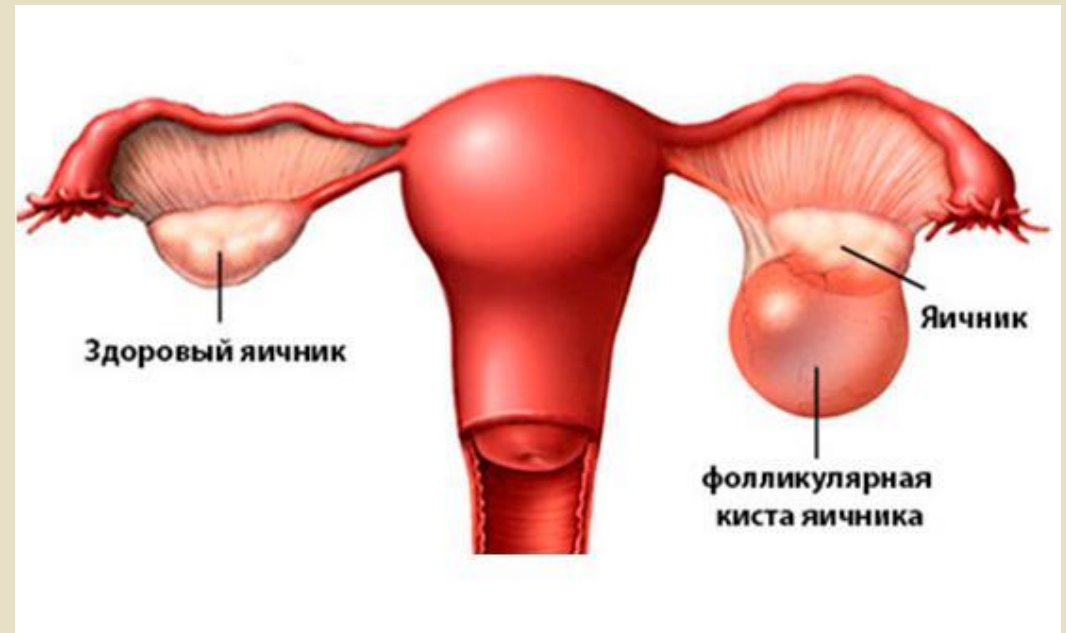
Частота – 39,5-70%

Истинные опухоли яичников

Преобладают
неэпителиальные формы.
2/3 из них герминогенного
происхождения

Фолликулярные кисты

- Это ложные опухоли из яйцевого пузырька, в котором погибает яйцеклетка. Величина обычно не превышает 10 см.
- Частота этих кист у детей в возрасте от 13 до 17 лет – 9,8%



Герминогенные опухоли

- Группа опухолей из первичных зародышевых клеток, которые способны развиваться в любом направлении.
- Частота встречаемости – от 21 до 60%
- Чаще всего встречаются:
 - Зрелые и незрелые тератомы
 - Дисгерминомы
 - Опухоли эпидермального синуса

Большинство исследователей считают, что половина герминогенных опухолей яичников является злокачественными.

Дисгерминома яичника
(макропрепарат)



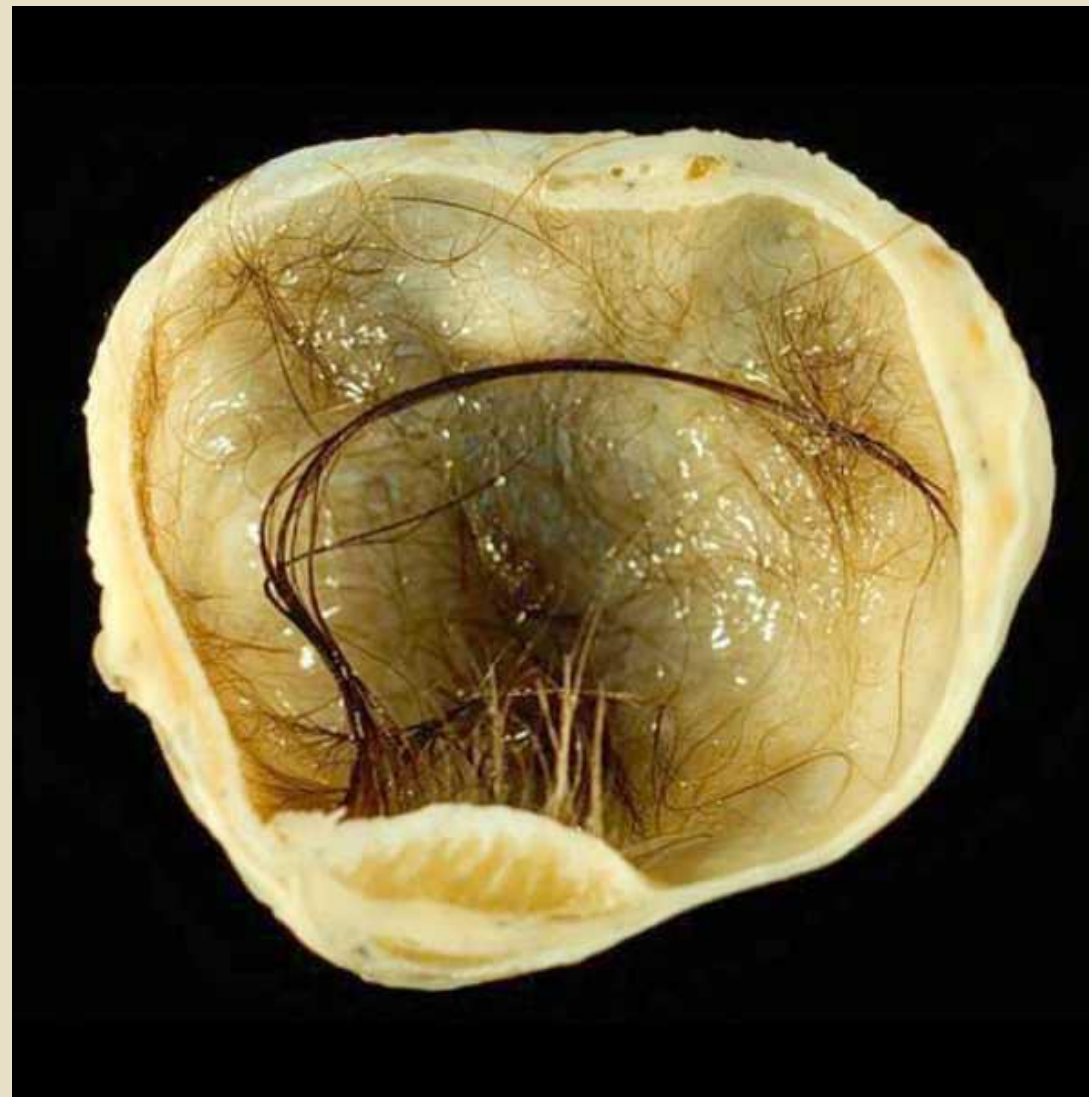
Тератомы

Бывают незрелые и зрелые.

Зрелая тератома может быть кистозной (дермоидная киста) и солидной.

Стенка кисты выстлана многослойным плоским эпителием, содержащим сальные и потовые железы.

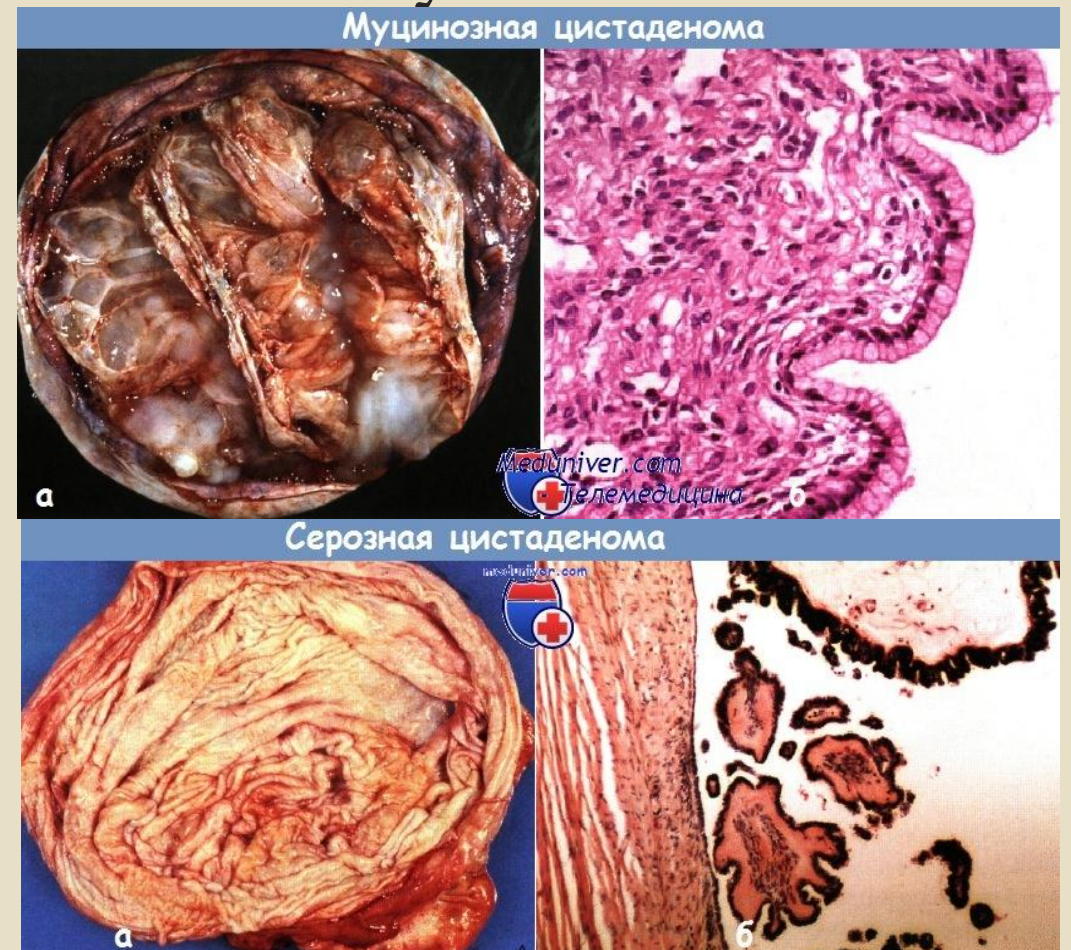
В дермоидных кистах обнаруживаются кости, зубы, хрящи, волосы, нервная ткань.



Истинные эпителиальные опухоли

Составляют до 27% от всех образований яичников.

- Серозная цистаденома – гладкостенное образование с серозным содержимым, может быть одно- или многокамерным
- Муцинозная цистаденома – содержит в полостях псевдомуцин, всегда многокамерная. Характеризуется быстрым ростом, большими размерами, большой вероятностью малигнизации (5,9-13% случаев)



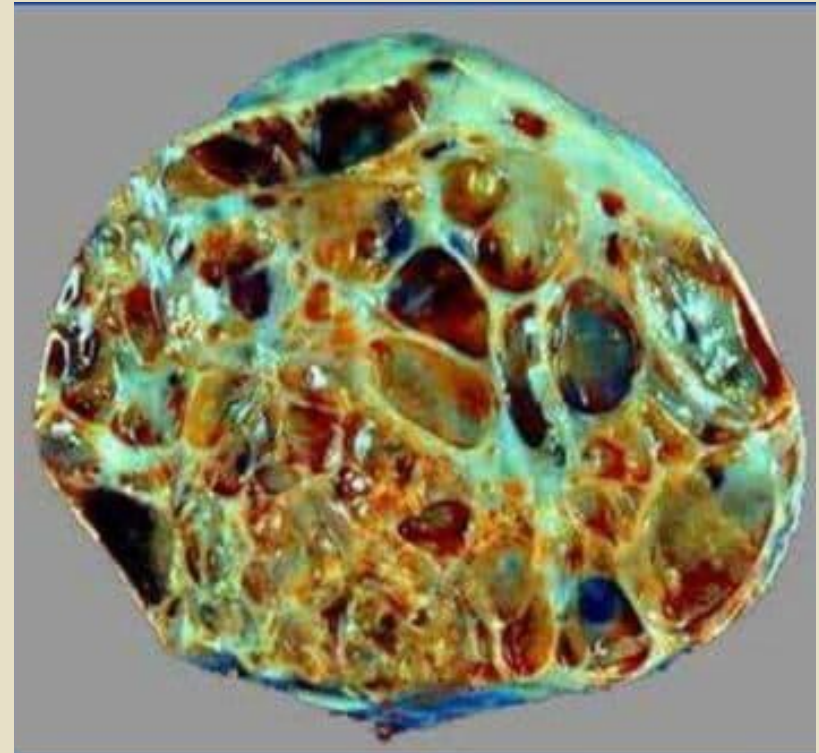
Опухоли стромы полового тяжа

Образуются у 3,5-11% детей.

Выделяют:

- Гранулезоклеточные опухоли
- Стромально-клеточные опухоли
- Андробластома
- Гинандробластома
- Неклассифицируемые опухоли

Обладают гормонально-активными свойствами, которые проявляются в виде гиперэстрогемии, что ведет к преждевременному половому созреванию.



Клиническая картина

1. Боли в нижних отделах живота
2. Нарушение менструального цикла
 - a) Нерегулярные менструации
 - b) Болезненные менструации
 - c) Аменорея
 - d) Кровотечения
3. Преждевременное половое созревания при наличии гормонально-активной опухоли

- ❖ Развитие картины острого живота в случае перекрута или разрыва, кровоизлияния в кисту или опухоль яичника, при воспалении:
 1. Острая боль в животе с иррадиацией чаще всего в промежность
 2. Тошнота
 3. Рвота
 4. Задержка стула и мочеиспускания
- ❖ Возникновение аномальных маточных кровотечений (при опухолевидных образованиях и феминизирующих опухолях)
- ❖ Рост опухоли ведет к смещению и сдавлению мочеточников, мочевого пузыря, кишечника
- ❖ Нет четкой связи между размерами образования и выраженностью клинических проявлений.

Диагностика

1. Анамнез с оценкой становления менструальной функции
2. Физикальное обследование
3. У девочек, живущих половой жизнью:
 1. Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах
 2. Забор биологического материала из цервикального канала, влагалищных сводов, уретры для бактериоскопического исследования
 3. Бимануальное влагалищное исследование
4. У девочек *virgo intacta* проводится только бимануальное ректоабдоминальное исследование

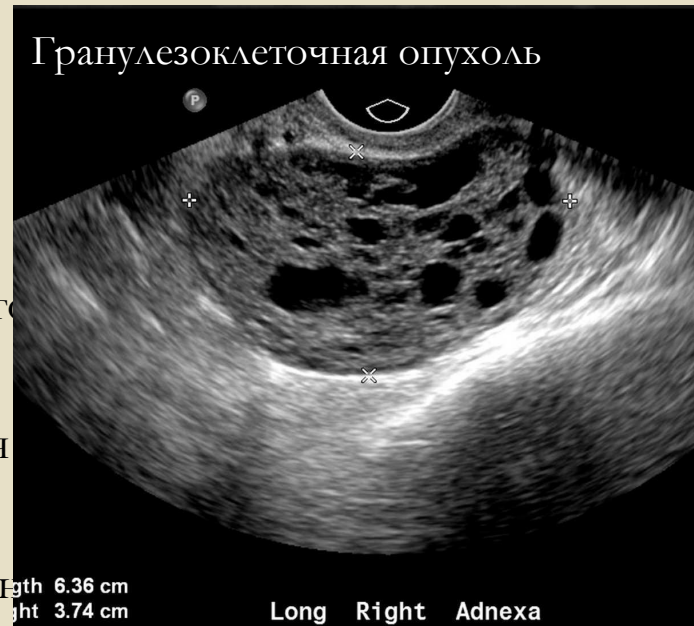
5. Инструментальная диагностика:

А) УЗИ органов малого таза

С целью дифференциации доброкачественного и злокачественного уточнить:

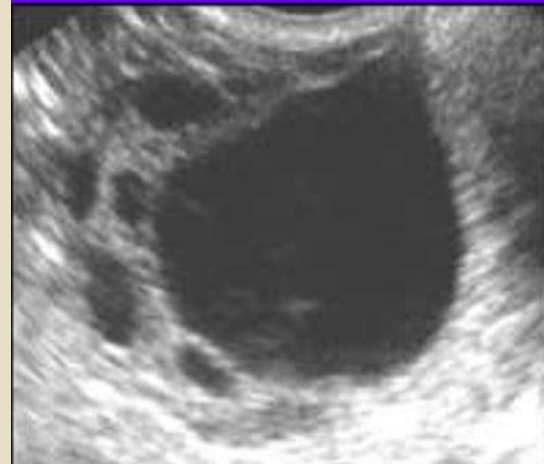
- Наличие или отсутствие зон васкуляризации внутри образования (плотном компоненте опухоли)
- Оценить количество сосудов и особенности кровотока (ламинарный

Отсутствие зон васкуляризации внутри опухоли в 75% процесса.

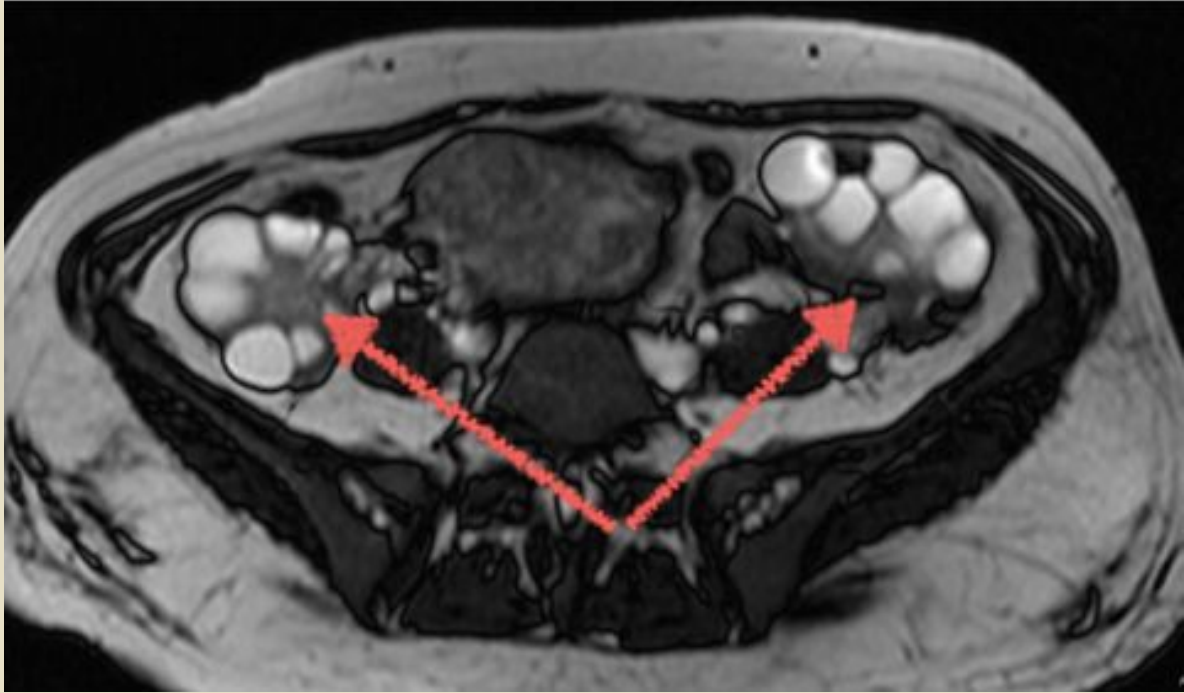


◆ Фолликулярная

◆ Желтого тела



Б) КТ и МРТ органов малого таза



Многочисленные кисты в яичниках



Цистаденома яичника

6. Лабораторная диагностика

- Онкомаркеры СА-125, НЕ-4
- β - субъединица хорионического гонадотропина
- Альфа-фетопротеин
- Раковоэмбриональный антиген (при подозрении на гормонпродуцирующие герминогенные опухоли)
- Исследование гормонального статуса (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол, прогестерон)

Специфические маркеры:

- ✓ Для герминогенных опухолей – АФП, ХГЧ, ЛДГ
- ✓ Для гранулезоклеточных опухолей – уровень ингибинов А и В, Мюллеровская ингибирующая субстанция

Случай из практики

Больная Л., 16 лет. Наблюдалась терапевтом в детском интернате более 2 лет. 14 раз проводили пункцию брюшной полости по поводу асцита якобы в результате цирроза печени. Неэффективность лечения и относительно хорошее состояние пациентки натолкнули врача на мысль о консультации гинеколога. Больную направили в НИИ онкологии и медрадиологии, где и прооперировали.

Морфологически диагностирована псевдомуцинозная цистаденома яичника, содержащая 18 л слизистой жидкости. Киста имела плотную капсулу и солидный компонент.

Лечение

1. Выжидательная тактика с контрольным УЗИ каждые 3 месяца – в случае впервые выявленной кисты, по данным УЗИ однокамерной, без дополнительных включений по внутренней стороне капсулы и в полости, диаметром до 8 см в случае нормальных уровней онкомаркеров СА-125 и НЕ-4.
2. Удаление гонад при кариотипе 46, ХУ

Оперативное лечение

Детям и подросткам с овариальными новообразованиями выполняют следующие виды операций:

- **Органосохраняющие вмешательства.** Лапароскопическое вылушивание осуществляется при гладкостенных серозных кистах, дермоидных кистах.. Операцию рекомендуется проводить в специализированных стационарах с обеспечением гистологической экспресс-диагностики и переходом к радикальному вмешательству при выявлении признаков малигнизации.
- **Радикальные операции.** При односторонних дисгерминомах, текомах, гранулезоклеточных опухолях, муцинозных цистаденокарциномах объем операции увеличивают до односторонней аднексэктомии с резекцией большого сальника. Девочкам со злокачественными неоплазиями выполняют надвлагалищную ампутацию матки и придатков с экстирпацией большого сальника.

Объем экстренных вмешательств при **перекруте ножки, кровотечении и других осложнениях** определяется индивидуально. Чаще всего пораженный яичник удаляется полностью.

После операций по поводу доброкачественных новообразований пациенткам рекомендовано **динамическое диспансерное наблюдение с УЗИ-контролем 1 раз в 3-6 месяцев**. В случае злокачественного процесса в послеоперационном периоде проводится **полихимиотерапия**, при распространенных дисгерминомах — **радиолечение** с облучением тазовых органов и брюшной полости.

Спасибо за внимание!