

Государственный Медицинский Университет г.Семей
Павлодарский филиал.

**Тема: «Причины опухолей и
опухолевидных образований
половых органов у девочек».**

Выполнила: Урынбекова А.Б.
709 группа, АиГ.
Проверила: Гасанова Э.З.

Павлодар 2018 г.



Опухоли яичника — это объёмные образования, растущие из ткани яичника. Опухолевидные образования, или ложные опухоли, кисты яичника это не истинные опухоли, а образования, которые возникают за счёт накопления (ретенции) жидкости в полости.

СИНОНИМЫ

Киста яичника, ДОЯ.

КОД ПО МКБ-10

D27 Доброкачественное новообразование яичника.

D39 Новообразования неопределённого или неизвестного характера женских половых органов.

D39.1 Новообразования неопределённого или неизвестного характера яичника.

N80.1 Эндометриоз яичника.

N83 Невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки.

N83.0 Фолликулярная киста яичника.

N83.1 Киста жёлтого тела.

N83.2 Другие и неуточнённые кисты яичника.

C56 Злокачественное новообразование яичника.

C79.6 Вторичное злокачественное новообразование яичника.

Q50.1 Кистозная аномалия развития яичника.



СКРИНИНГ

Группу риска составляют девочки с проявлениями ИПС, перенесшие рецидивирующие воспалительные заболевания вульвы и влагалища, девочки с гормональными нарушениями.



ПРИЧИНЫ

- ❖ Отягощенный гинекологический (кисты и истинные опухоли яичников) и акушерский (эклампсия, перенесенные вирусные заболевания во время беременности, прием различных лекарственных препаратов) анамнез у матери;
- ❖ Социально-бытовые факторы (влияние окружающей среды, неправильное питание, частые стрессы);
- ❖ Нарушения репродуктивной функции в виде расстройства менструального цикла, сбоя нейроэндокринной регуляции в системе гипоталамус–гипофиз–яичники .
- ❖ Изучая отдаленные результаты операций на яичниках у детей и подростков, ряд авторов отмечают, что оперативное вмешательство, проведенное перед менархе (в возрасте 12–14 лет), оказывает неблагоприятное влияние на дальнейшую менструальную функцию, а степень нарушения функциональной активности яичников находится в прямой зависимости от объема произведенной операции и стороны поражения.

Классификация ВОЗ (2003) опухолей и опухолевидных образований яичников, наиболее часто встречающихся в детском возрасте:

- ☐ • **1. Опухолевидные процессы:** параовариальные кисты; функциональные кисты яичников: фолликулярная киста, киста желтого тела; эндометриоидные кисты яичников.
- ☐ **2. Герминогенные опухоли яичников:** • тератомы (зрелые и незрелые); • дисгерминомы.
- ☐ **3. Истинные эпителиальные опухоли:** • серозные цистаденомы; • муцинозные цистаденомы.
- ☐ **4. Гонадобластомы.**
- ☐ **5. Опухоли стромы полового тяжа.**
- ☐ **6. Липидоклеточные опухоли.**

Краткая характеристика наиболее часто встречающихся форм опухолей и опухолевидных образований яичников у девочек и подростков:

- **Фолликулярные кисты** – ложные опухоли, образующиеся из неразорвавшегося яйцевого пузырька, в котором погибает яйцеклетка. Они не обладают способностью к пролиферации, величина их обычно не превышает 10 см. Макроскопически представляют собой полостное однокамерное образование с тонкими стенками, выстланными гранулезными клетками.
- **Кисты желтого тела** – опухолевидные образования яичников, в полости которых содержится транссудат из кровеносных сосудов, пронизывающих желтое тело. Их стенка толстая, ее внутренняя поверхность имеет складчатый характер и желтый цвет. Причины их образования до сих пор не ясны. Ряд авторов настаивают на воспалительной природе этого заболевания, другие авторы придают значение нарушению гормональной регуляции в организме девочек.
- **Герминогенные опухоли** – группа опухолей яичников, возникающих из первичных зародышевых клеток, которые обладают свойством полипотентности и способны развиваться в любом направлении. Опухолевые клетки в результате трансформации и дифференцировки могут формировать зрелые и незрелые ткани, принадлежащие ко всем трем зародышевым листкам – экто-, мезо- и энтодерме.

Эндометриоидные кисты яичников (наружный генитальный эндометриоз яичников)

образуются в результате доброкачественного разрастания ткани в морфологически и функционально подобной слизистой оболочке тела матки (эндометрию) в области яичников. Развитию генитального эндометриоза способствуют осложненные аборты и роды, частые внутриматочные диагностические и лечебные манипуляции, гормональные нарушения, воспалительные заболевания половых органов. Придают значение наследственным факторам. Существуют также гипотезы, связывающие возникновение эндометриоза с аутоиммунными процессами, нарушениями клеточного иммунитета. Но наиболее распространены теории о развитии эндометриоидной ткани из целомических клеток (в результате их метоплазии); остатков эмбриональных клеток: имплантировавшихся в необычном месте клеток эндометрия, занесенных с менструальной кровью (например, в маточные трубы, брюшную полость) по кровеносным или лимфатическим сосудам либо во время операций на матке.

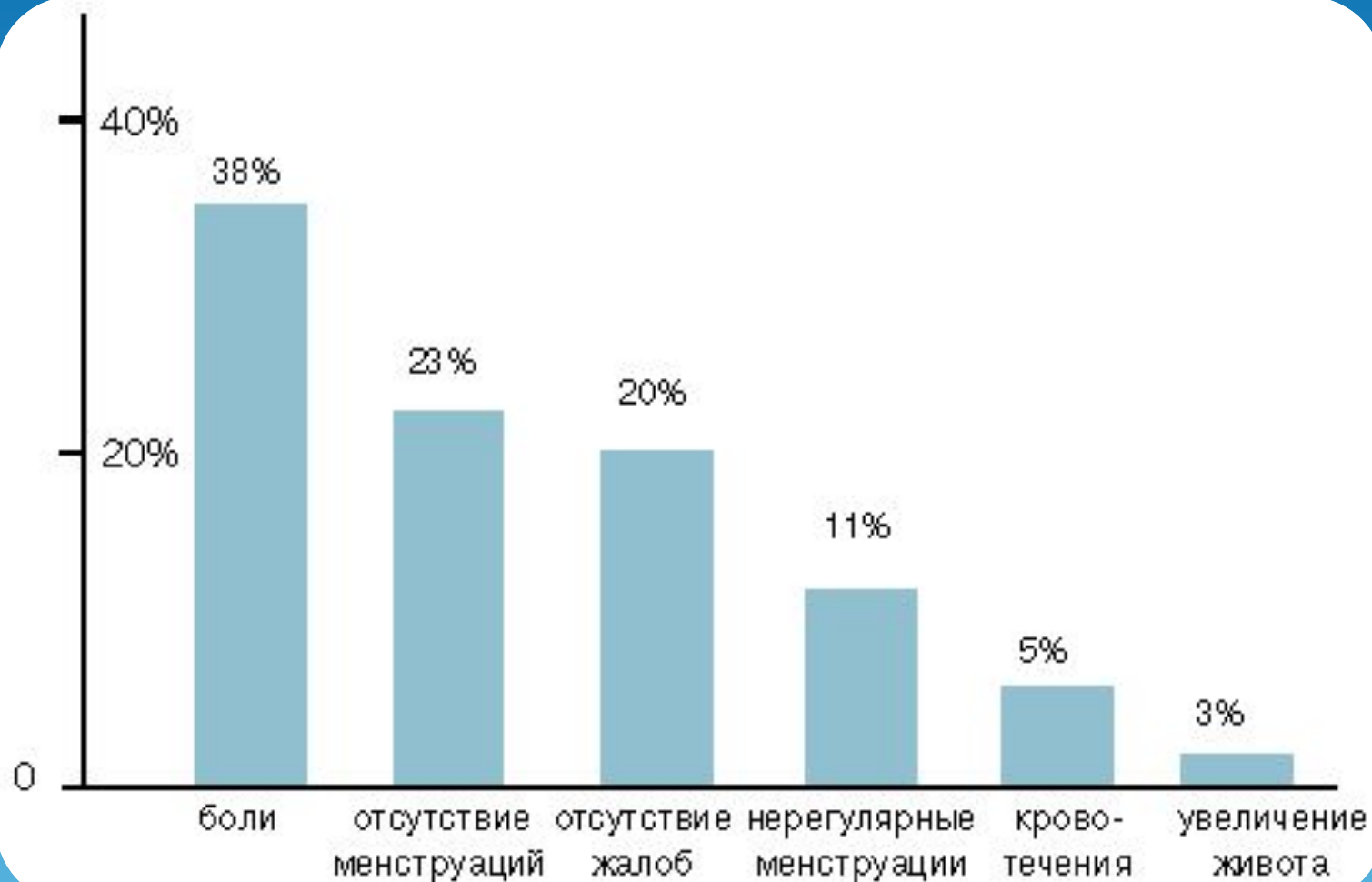
Самую многочисленную группу доброкачественных новообразований яичников составляют эпителиальные опухоли, развивающиеся из зародышевого эпителия, выстилающего поверхность яичника. В основном это цистаденомы, источником которых считаются так называемые инклюзионные кисты, возникающие за счет инвагинации поверхностного эпителия в строму яичника. Эпителиальные опухоли развиваются из покровного эпителия, т.е. серозной оболочки яичника. По своему эмбриональному происхождению серозная оболочка и производные мюллеровых протоков однотипны, так как образуются из мезотелиальных клеток мезодермального происхождения. Поэтому клетки серозных цистаденом могут иметь сходство с клетками маточных труб, муцинозных цистаденом – с эндоцервиксом, эндометриоидные – с эндометрием.

□ **Истинные эпителиальные опухоли** составляют от 15,4 до 26,7% всех яичниковых образований у детей и подростков, занимая, таким образом, второе место после герминогенных новообразований. Они представлены в основном серозными и муцинозными цистаденомами. Серозная цистаденома представляет собой гладкостенное образование с серозным содержимым и может быть как одно-, так и многокамерной. Муцинозная цистаденома у подростков встречается реже. Она всегда многокамерная, содержит в своих полостях псевдомуцин. Характеризуется быстрым ростом, большими размерами и способностью к малигнизации в 5,9–13 % случаев

□ **Опухоли стромы полового тяжа** образуются у 3,5–11% детей. Среди них выделяют гранулезоклеточные, стромальноклеточные опухоли, андробластому, гинандробластому и неклассифицируемые опухоли. Они происходят из гранулезных клеток, текаклеток, клеток Сертоли, клеток Лейдига, фибробластов стромы яичников. Обладают гормонально-активными свойствами, которые проявляются в виде гиперэстрогении, что ведет к преждевременному половому созреванию .



Клиническая картина



□ Особенности клинической картины неосложненного течения опухолей и опухолевидных образований яичников у детей

- ✓ Наиболее яркую клиническую картину можно увидеть лишь в случае перекрута ножки новообразования яичника, это происходит у детей намного чаще, чем у взрослых, и связано с более высокой подвижностью этих новообразований . Следует отметить, что опухоли и опухолевидные образования у девочек располагаются не в малом тазу, как у взрослых, а в брюшной полости, что объясняет отсутствие жалоб .
- ✓ Из жалоб при неосложненном течении опухолей и опухолевидных образований яичников чаще всего можно столкнуться с болевым синдромом, нарушением менструального цикла и увеличением размера живота. Боли могут быть как малоинтенсивными и ноющими, так и сильными, приступообразными. Боль чаще всего локализуется внизу живота над лоном и в подвздошно-паховой области (хотя может локализоваться и в области поясницы), может усиливаться при физической нагрузке, активных движениях во время игры или на уроках физкультуры.
- ✓ При больших объемах образования возможны нарушения мочеиспускания и дефекации . Нарушения менструального цикла проявляются в виде нерегулярных менструаций при ретенционных кистах, обильных кровянистых выделений после 2–4 мес отсутствия менструаций при фолликулярных. Аменорея у девочек чаще наблюдается при гонадобластоме или дисгерминоме. Гормонально-активные опухоли проявляются признаками преждевременного полового созревания .

Особенности клинической картины осложненного течения опухолей и опухолевидных образований яичников у детей.

К основным осложнениям опухолей и опухолевидных образований яичников относят:

- ☐ перекрут ножки опухоли;
- ☐ разрыв капсулы;
- ☐ нагноение;
- ☐ кровоизлияние в капсулу

При этом будут выражены следующие симптомы:

- ☐ внезапная интенсивная коликообразная боль в нижних отделах живота, напряжение передней брюшной стенки,
- ☐ положительные перитонеальные симптомы,
- ☐ тошнота, рвота,
- ☐ небольшое повышение температуры тела,
- ☐ парез кишечника, задержка стула,
- ☐ бледность кожных покровов,
- ☐ холодный пот, тахикардия,
- ☐ возможна пальпация болезненного образования в проекции придатков матки,
- ☐ при попытке смещения образования резкая болезненность,
- ☐ лейкоцитарная реакция в первые часы заболевания не выражена

Диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников у девочек и подростков

- ☐ анализ клинико-анамнестических данных (основные жалобы приведены выше);
- ☐ проводится ректоабдоминальное исследование
- ☐ УЗИ;
- ☐ цветовая доплерография;
- ☐ лапароскопия;
- ☐ гормональное исследование (определение в сыворотке крови уровня эстрадиола, тестостерона);
- ☐ микроскопию мазка;
- ☐ микробиологическое исследование содержимого влагалища с определением чувствительности к антибиотикам (по показаниям).

1. ДИАГНОСТИКА

Для диагностики прежде всего необходимы:

сбор анамнестических данных с акцентом на события, предшествовавшие появлению жалоб или выявлению образования в яичнике;

общеклиническое обследование (осмотр, пальпация регионарных лимфатических узлов, клинический анализ крови и др.);

пальпация живота (при напряжении мышц живота у маленьких девочек исследование проводят под наркозом);

ректоабдоминальное или вагинальное исследование (у сексуально активных подростков) внутренних половых органов.



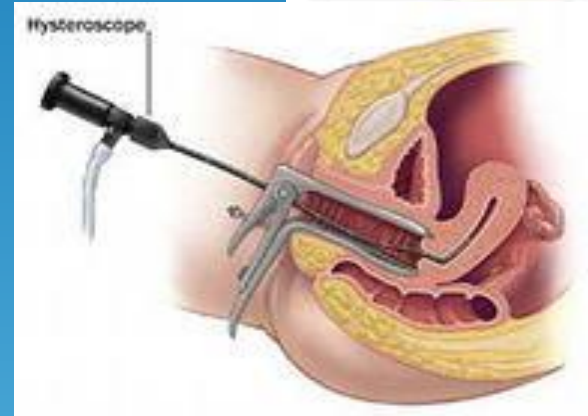
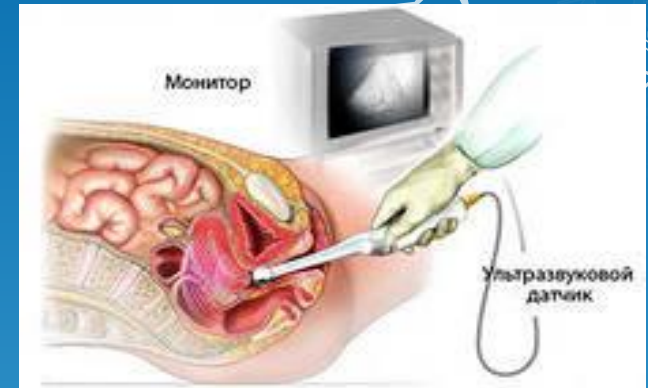
ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Иммунологический метод ранней диагностики рака путём определения в крови Аг СА125 недостаточно чувствителен и специфичен, поэтому его нельзя считать надёжным скрининговым тестом. Однако если до лечения определяли высокую концентрацию указанного Аг, то исследование его уровня после операции или химиотерапии позволяет судить о ремиссии (при снижении концентрации СА125), а также о прогрессировании болезни (при неизменном уровне маркёра или его росте).



ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ☐ ● УЗИ.
- ☐ ● Цитологическое исследование
- ☐ ● Рентгенологические методы
- ☐ ● КТ
- ☐ ● МРТ
- ☐ ● Эндоскопические методы.
- ☐ ● Диагностическая лапаротомия остаётся окончательным хирургическим методом дифференциальной диагностики.



Дифференциальную диагностику опухолей и опухолевидных образований яичников следует проводить со следующими состояниями:

- объёмными экстрагенитальными образованиями (в связи с анатомическими особенностями: яичниковые образования у детей часто бывают расположены за пределами малого таза выше терминальной линии);
- серозоцеле на фоне спаечного процесса после оперативных вмешательств или хронических воспалительных процессах;
- острым аппендицитом, аппендикулярным инфильтратом, нарушением кишечной проходимости, апоплексией яичника, тубоовариальным образованием воспалительного генеза (при остром болевом синдроме, вызванном перекрутом яичникового образования или разрывом капсулы кисты);
- пороками развития внутренних половых органов с нарушением оттока менструальной крови (гематометра, гематокольпос при аплазии нижней части влагалища и функционирующей матке, при удвоении матки и влагалища в сочетании с атрезией нижней части влагалища и гипо или аплазией яичника);
- ВГКН, опухолями надпочечников, приводящими к ППС по гетеросексуальному типу;
- выраженном опущении почек;
- при ППС по изосексуальному типу при опухолях яичника с ППС на фоне объёмных образований головного мозга.



ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- При наличии симптомов, соответствующих картине «острого живота», необходима экстренная госпитализация. При подозрении на перекрут ножки опухоли яичника, разрыв или надрывы капсулы кисты, нагноение кисты или стенки и (или) содержимого опухоли, кровоизлияние в стенку или полость опухоли пациентка также должна быть доставлена в лечебное учреждение.
- Госпитализация показана пациенткам с образованиями яичников, подлежащими оперативному лечению.



МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Медикаментозному лечению подлежат только длительно существующие или рецидивирующие функциональные кисты яичников. Гормональную терапию в пубертатном периоде проводят при подозрении на функциональную кисту яичников или при персистирующей фолликуле диаметром более 2 см, а в нейтральном периоде — при наличии симптомов ППС. У менструирующих девочек применяют дидрогестерон внутрь по 10 мг 2 раза в сутки или натуральный микронизированный прогестерон внутрь по 100 мг 3 раза в сутки с 16го по 25й день менструального цикла. Длительность вышеуказанной терапии и динамического наблюдения функциональных образований яичников не должна превышать 3 мес.
- Принимая во внимание возможность развития функциональной кисты на фоне воспалительного процесса, рекомендуют также проводить противовоспалительную терапию.



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Если есть какие-либо клинические проявления, проводят пункцию кисты с аспирацией содержимого (при лапароскопии или под контролем УЗИ). При нефункциональных яичниковых образованиях проводят хирургическое лечение по принципу органосохраняющих операций с целью профилактики нарушений репродуктивной функции в будущем.

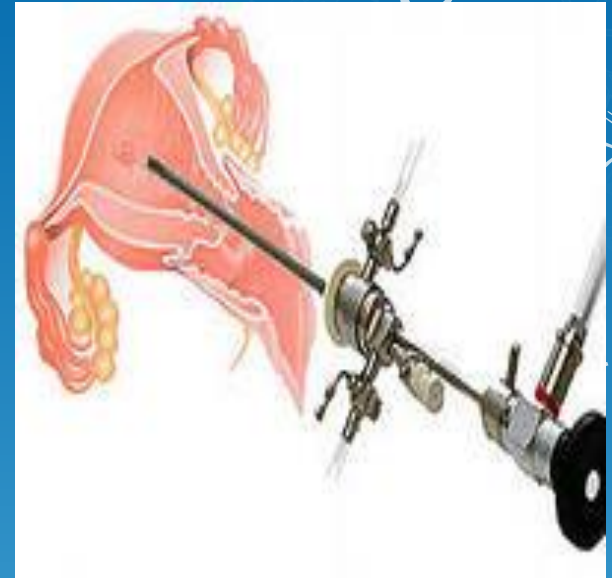
При обнаружении кисты с тонкой капсулой и жидким содержимым в эмбриональном или раннем неонатальном периоде необходимо придерживаться выжидательной тактики. Аспирацию содержимого под контролем УЗИ производят только при возникновении риска гипоплазии при его сдавлении опухолевидным образованием. Отсутствие положительной динамики (уменьшения или исчезновения образования по данным УЗИ, проводимого на 5–7й день менструального цикла в течение 3 мес) считают показанием к оперативному лечению. Выполняют энуклеацию кисты (органосохраняющую операцию) преимущественно эндоскопическим доступом.



Различают 2 типа операций:
органосохраняющие и
радикальные.

К сберегающим ткань яичника
операциям (органосохраняющим)
относят:

- ✓ вылушивание кист с
последующим ушиванием ткани
яичника;
- ✓ резекцию (удаление части)
яичника.



Лечение эпителиальных ДОЯ хирургическое, поскольку независимо от размера опухоли существует опасность озлокачествления. Во время операции проводят срочное гистологическое исследование опухолевой ткани. При серозной гладкостенной кистоме осуществляют вылущивание опухоли с оставлением здоровой ткани яичника. При серозных папиллярных кистах, муцинозных кистах и опухоли Бреннера у девочек удаляют только поражённый яичник. При перекруте ножки опухоли яичника или разрыве капсулы опухоли операцию проводят в экстренном порядке.



Заключение

Опухоли и опухолевидные образования придатков матки у детей и подростков представляют собой актуальную проблему в современной гинекологии. В первую очередь это обусловлено диагностическими трудностями, связанными с отсутствием характерных жалоб, бессимптомностью течения и сложностью гинекологического обследования у детей, что приводит к поздней диагностике, отсутствию правильного и своевременного лечения и как следствие к возникновению осложнений, нередко отрицательно сказывающихся на репродуктивной функции юной пациентки в дальнейшем.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- ❑ <file:///C:/Users/user/Downloads/opuholi-i-opuholevidnye-obrazovaniya-pridatkov-matki-v-praktike-detskogo-ginekologa.pdf>
- ❑ Е.В.Уварова, О.И.Немченко ФГУ НЦАГиП (дир. – акад. РАМН, проф. Г.Т.Сухих) Росмедтехнологий, Москва «Опухоли и опухолевидные образования яичников у детей и подростков».
- В.П.Юровская «Гинекология детского и подросткового возраста».