

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета.

Реферат на тему: «Доброкачественные опухоли яичников».

Выполнила: ординатор кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии лечебного факультета

Рыжова Е.А.

Проверил: Коновалов В.Н.

Красноярск
2019

Содержание.

1. Введение.....	3
2. Эпителиальные доброкачественные опухоли яичников.....	4
3. Фиброма яичника.....	5
4. Герминогенные опухоли.....	8
5. Список литературы.....	10

Введение.

В настоящий момент проблема опухолей яичников стоит остро. Несмотря на раннюю выявляемость опухолей, вопросы патогенеза, эпидемиологии и профилактики развития новообразований не нашли конкретного ответа по настоящее время. В ходе описательной части будут представлены основные виды опухолей яичников с их подробным описанием.

1. Эпителиальные доброкачественные опухоли яичников.

Наибольшую группу эпителиальных доброкачественных опухолей яичников составляют кистомы. Кистома – истинная опухоль яичника, отличительной чертой которой является быстрый рост.

Кистомы яичников делятся на две большие группы: серозные и муцинозные.

Серозные кистомы (цилиоэпителиальные кистомы). Отличительной особенностью серозной кистомы является выстилающий эпителий. По строению эпителий серозных кистом напоминает трубный или поверхностный эпителий яичника. Почти всегда удается обнаружить клетки мерцательного эпителия. Кистомы чаще бывают односторонними и однокамерными. Величина их различна: от нескольких сантиметров до 30 см и более в диаметре. Содержимое кистомы представляет собой серозную жидкость соломенного цвета.

Сецернирующая серозная кистома чаще обнаруживается в возрасте 45 лет. Нередко отмечаются боли в нижних отделах живота и пояснице. Гормональной активностью опухоль не обладает, менструальный цикл не нарушен. При относительно больших размерах или межсвязочно расположенной опухоли возникают дизурические явления, иногда асцит. При обнаружении на внутренней или наружной поверхности серозной кистомы сосочковых разрастаний эти опухоли относят к папиллярным кистомам. Сосочковые образования могут заполнить всю полость кистомы, прорасти ее стенку с обсеменением брюшины, что создает картину прогрессирующего рака яичника.

Пролиферирующая серозная кистома чаще всего обнаруживается в возрасте 48 лет. Кистомы часто бывают двусторонними и сопровождаются асцитом. Эти кистомы, по классификации ВОЗ, относят к пограничным между доброкачественными и злокачественными опухолями яичника. При микроскопическом исследовании обращают внимание на выраженные признаки пролиферации эпителия, что проявляется его многофазностью. Эти кистомы также относят к предраковым заболеваниям яичника.

Злокачественные превращения пролиферирующих серозных кистом наблюдаются у каждой второй больной.

Муцинозные кистомы (псевдомуцинозные кистомы). Муцинозная кистома – эпителиальная доброкачественная опухоль яичника, которая встречается чаще серозной кистомы. Этот вид кистомы отличается характером выстилающего эпителия, который напоминает эпителий шеечного

канала, – высокий цилиндрический. Этот вид кистомы встречается во все возрастные периоды жизни женщины, но преимущественно в 50 лет. Псевдомуцинозная киста – многокамерное образование круглой или овальной формы, с узловатой поверхностью вследствие отпочковывания дочерних кистозных полостей, эластической консистенции, чаще одностороннее. Рост этой опухоли происходит по эвертирующему типу (ценгрифугально). Растут эти опухоли быстро и могут достигать больших размеров. В полостях опухоли имеется густое слизеобразное содержимое (псевдомуцин), составной частью которого являются гликопротеиды. Больные с псевдомуцинозной кистой, когда она достигает значительных размеров, обычно ощущают тяжесть внизу живота. При бимануальном исследовании в области придатков матки находят образование овальной формы, эластической консистенции, значительных размеров. Асцит возникает редко.

Пролиферирующая псевдомуцинозная киста может рассматриваться как предраковый процесс. Опухоль многокамерная, наружная поверхность ее гладкая, на внутренней имеются сосочковые разрастания. Клиническое течение заболевания при этом виде кистом мало чем отличается от проявлений обычных псевдомуцинозных кистом. Злокачественное превращение псевдомуцинозных кистом наблюдается у каждой третьей больной.

При наличии опухоли яичников может возникнуть ряд осложнений: перекрут ножки опухоли, разрыв капсулы, нагноение, прорыв содержимого опухоли в мочевою пузырь, прямую кишку. Наиболее часто происходит перекрут ножки кистомы вследствие резких движений, поднятия тяжестей и др.; нередко это осложнение наблюдается у девушек и девочек. Каждая опухоль яичников имеет ножку. Различают анатомическую и хирургическую ножки опухоли. Анатомическая ножка состоит из подвешивающей связки, собственной связки яичника и части широкой связки, в которых проходят яичниковые и маточные артерии, лимфатические сосуды и нервы. В хирургическую ножку входят анатомические образования, которые пересекают во время операции (анатомическая ножка, маточная труба, иногда сальник).

Клиническая картина во многом обусловлена возникшим частичным или полным перекрутом ножки опухоли. При полном перекруте ножки кистомы (свыше 180°) резко нарушаются кровоснабжение и питание опухоли. Клинически это проявляется картиной острого живота: резкие боли, тошнота, рвота, повышение температуры, учащение пульса, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина – Блюмберга. При гинекологическом исследовании в области придатков определяется опухоль, болезненная при смещении.

При частичном перекруте ножки опухоли яичника клиническая картина менее выражена.

При частичном или полном перекруте ножки опухоли необходимо срочное хирургическое вмешательство. Промедление с операцией может

привести к некрозу опухоли, кровоизлияниям в капсулу опухоли, нагноению, перитониту.

Не менее грозным осложнением является разрыв капсулы кистомы, который может возникнуть в результате травмы (при грубом гинекологическом исследовании и др.). Разрыв капсулы опухоли может привести к распространению ее содержимого по брюшине и вызвать ряд грозных осложнений.

2. Фиброма яичника

Фиброма яичника – доброкачественная опухоль, развивающаяся из стромы.

Опухоль округлой или овальной формы, односторонняя, плотная, иногда инкрустирована солями кальция, с узловой или гладкой поверхностью. Размеры опухоли варьируют от микроскопически определяемого образования до головы взрослого человека. Цвет опухоли белый, при некрозе буро-красный. Опухоль имеет ножку, что создает условия для ее перекручивания.

Обычно фиброма яичника возникает у женщин в возрасте 40 – 50 лет.

Наиболее характерно для этой группы опухолей появление асцита. Иногда при фиброме яичника одновременно с асцитом наблюдаются гидроторакс, анемия (триада Мейгса). Причины возникновения асцита и гидроторакса неизвестны. Однако предполагают, что асцит образуется вследствие проникновения транссудата из фибромы яичника, так как опухоль капсулы не имеет. Появление гидроторакса, повидимому, обусловлено проникновением асцитической жидкости через межклеточные щели диафрагмы.

Фибромы яичника у некоторых больных сочетаются с миомой матки.

Диагноз обычно ставится при микроскопическом исследовании удаленной опухоли.

Лечение оперативное (удаление опухоли). После хирургического вмешательства сравнительно быстро исчезают асцит и гидроторакс.

Опухоли стромы полового тяжа. К этой группе относят опухоли, состоящие из клеток, которые возникают из полового тяжа или мезенхимы эмбриональных гонад. Они содержат гранулезные клетки, текаклетки, клетки Сертоли и Лейдига. При опухолях стромы полового тяжа наблюдается характерная клиническая картина по сравнению с другими опухолями яичников. У больных этой группы наблюдаются различные гормональные нарушения. К гормонально-активным опухолям яичника относятся гранулезоклеточные опухоли, текаклеточные опухоли, андробластомы, опухоль Бреннера.

Гормонально-активные опухоли составляют в среднем 8,9% от общего числа истинных опухолей яичников. Среди гормонально-активных опухолей наиболее часто встречаются тека- и гранулезноклеточные опухоли, реже – опухоли Бреннера и андробластомы.

Гранулезноклеточная опухоль (фолликулома) возникает из гранулезных клеток фолликула или из дифференцирующихся остатков половых тяжей.

Опухоль является гормонально-активной и продуцирует эстрогены. Опухоль имеет желтую окраску. На разрезе солидного или ячеистого строения. Размеры опухоли варьируют от микроскопических включений в яичнике до 40 см в диаметре.

При морфологическом исследовании эндометрия обнаруживаются гиперпластические процессы (полипы, железисто-кистозная гиперплазия, аденоматоз).

Иногда гранулезоклеточные опухоли яичников способствуют возникновению рака эндометрия.

Гранулезоклеточные опухоли могут быть как доброкачественными, так и злокачественными. Злокачественное превращение гранулезоклеточных опухолей наблюдается у 4 – 25% больных. Злокачественная гранулезоклеточная опухоль – двустороннее плотной консистенции с узловой поверхностью малоподвижное образование больших размеров (более 12 см в диаметре). В малом тазу отмечается выраженный спаечный процесс. Нередко при этом происходят прорастание капсулы и распространение на соседние органы. Метастазирует опухоль чаще в большой сальник, матку, трубы, мочевой пузырь, печень.

К л и н и к а. Проявления заболевания зависят от степени гиперэстрогении и возраста женщины. Обычно отмечаются боли внизу живота, увеличение его объема.

У девочек при этих опухолях нередко наблюдается преждевременное половое созревание, возникают маточные кровотечения, рано появляются вторичные половые признаки: оволосение на лобке и в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Наружные половые органы соответствуют по своему развитию более старшему возрасту.

У молодых женщин развитие опухоли сопровождается временной аменореей, которая сменяется ациклическими кровотечениями.

При возникновении гранулезоклеточной опухоли в постменопаузе возникают маточные кровотечения.

При гинекологическом исследовании обращает на себя внимание отсутствие атрофических изменений наружных половых органов, матка слегка увеличена, в области придатков определяется одностороннее, тугоэластическое подвижное образование.

Д и а г н о с т и к а. Основывается на данных анамнеза, клинической картине заболевания и обнаружении опухоли яичника. Основным дополнительным методом диагностики является лапароскопия, при которой производится биопсия. Окончательный диагноз ставится после патоморфологического исследования удаленной опухоли.

Л е ч е н и е. У молодых женщин при наличии доброкачественного процесса допустимо удаление опухоли с последующим активным наблюдением за больной. В пре- или постменопаузе показано удаление матки с придатками. При злокачественной гранулезоклеточной опухоли, как правило, производят полное удаление матки с придатками и резекцию сальника. Химиотерапию (тиофосфамид) предпочтительнее назначать в III и

IV стадии ракового процесса.

П р о г н о з. Следует ставить весьма осторожно из-за сравнительно частого злокачественного превращения.

Т е к о м а (текаклеточная опухоль) возникает из текасткани яичника и относится к эстрогенпродуцирующим новообразованиям.

Текомы составляют 3,8% всех новообразований яичника.

К л и н и к а. Течение заболевания мало чем отличается от проявления гранулезоклеточной опухоли. Текомы возникают в пожилом возрасте (60 лет и старше). В основном опухоли бывают односторонними. Размеры их колеблются от небольших до головки новорожденного. Форма опухоли округлая или овальная, консистенция плотная.

Характерным для этой опухоли является асцит, который может возникнуть как при доброкачественном, так и при злокачественном течении заболевания.

Злокачественное течение текомы чаще наблюдается в молодом возрасте.

Д и а г н о с т и к а. Срочное морфологическое исследование во время хирургического вмешательства позволяет правильно определить характер опухоли у большинства больных и решить вопрос об объеме операции.

Л е ч е н и е. При доброкачественном характере текаклеточной опухоли удаляют придатки на стороне поражения. При злокачественной текаклеточной опухоли производится полное удаление матки с придатками. У некоторых больных лучевое лечение в послеоперационном периоде значительно снижает число рецидивов.

Злокачественная текабластома отличается быстрым ростом и выраженным ранним лимфогенным и гематогенным метастазированием.

П р о г н о з. При доброкачественном течении процесса благоприятный, при злокачественном – сомнительный.

А н д р о б л а с т о м а (аденобластома) возникает из зачатков половой железы с потенциально мужским направлением развития, обладает маскулинизирующим свойством. Маскулинизирующие опухоли составляют 0,4% всех новообразований яичников.

Принято различать недифференцированный, дифференцированный и промежуточный типы опухоли. Для недифференцированного типа опухоли характерно большое количество клеток Лейдига, что обуславливает выраженный вирилизирующий эффект. При дифференцированном типе в опухоли преобладают трубчатые образования, имеющие клетки, подобные сертолиевым. Этот вид опухоли встречается крайне редко. Промежуточный тип опухоли имеет смешанное строение.

К л и н и к а. Маскулинизирующие опухоли встречаются в любом возрасте, но наиболее часто – в 20 – 30 лет и 50 – 70 лет. В клиническом течении маскулинизирующих опухолей можно выделить период дефеминизации с последующим развитием явлений вирилизации.

У женщин репродуктивного возраста в начале заболевания менструации становятся редкими, скудными и переходят в аменорею.

Одновременно наступают атрофия молочных желез, матки, бесплодие, телосложение становится мужеподобным, наблюдается рост волос на лице, груди, конечностях. На коже лица появляются акне, изменяется тембр голоса, он становится грубым. Появляются гипертрофия клитора, облысение по мужскому типу, снижается или исчезает половое чувство. Все эти признаки развиваются в течение нескольких лет, реже быстрее, в течение нескольких месяцев. Явления дефеминизации обусловлены избыточным образованием андрогенов (тестостерона), угнетающих фолликулостимулирующую функцию гипофиза, в результате чего количество эстрогенов снижается и тем самым создаются условия для развития маскулинизации.

При гинекологическом исследовании определяется плотное одностороннее округлой или овальной формы образование размером от микроскопических до 30 см диаметре. На разрезе опухоль желтого цвета с различными оттенками.

Андробластома – доброкачественная опухоль, однако в 20–25% случаев подвергается злокачественному превращению, чаще при недифференцированном типе образования и двустороннем поражении яичников.

Д и а г н о с т и к а. Основывается на характерном исчезновении женских черт (дефеминизация) и развитии мужских (маскулинизация). В области придатков матки обнаруживают одностороннее опухолевидное подвижное образование плотной консистенции. Важным диагностическим методом является лапароскопия, с помощью которой производится биопсия из наиболее измененного участка яичников.

В последние годы в диагностике опухолевых процессов важную роль стало играть ультразвуковое исследование.

При морфологическом исследовании соскоба эндометрия нередко отмечается атрофия, а иногда и гиперплазия слизистой оболочки.

Л е ч е н и е. В молодом возрасте производят удаление опухоли. У женщин в пре- и постменопаузе обычно прибегают к пангистерэктомии. При подозрении на злокачественный процесс пангистерэктомию дополняют резекцией большого сальника. После удаления опухоли нарушенные специфические функции женского организма восстанавливаются в такой же последовательности, в какой развивались симптомы заболевания, хотя огрубение голоса, увеличение клитора и гирсутизм могут сохраняться всю жизнь.

П р о г н о з. В большинстве случаев благоприятный.

3. Герминогенные опухоли

Тератомы яичников.

Дермоидная киста яичника относится к зрелым тератомам и среди опухолей яичников встречается у 8% больных.

Э т и о л о г и я и п а т о г е н е з дермоидных кист до настоящего времени не выяснены.

К и н и к а. Наиболее марго опухоль встречается в возрасте 20 – 40

лет. Общее состояние больной нарушается редко. Иногда отмечаются боли или чувство тяжести внизу живота, которые возникают при больших размерах опухоли.

Дермоидная киста – одностороннее, реже двустороннее образование серовато-беловатого цвета с гладкой поверхностью обладает большой подвижностью за счет длинной ножки, что создает благоприятные условия для ее перекрута.

Рост кисты медленный, обычно она не достигает больших размеров.

При пальпации определяются участки эластической консистенции, которые чередуются с более плотными. Киста располагается нередко в переднем своде. На разрезе дермоидная киста представляет собой тонкостенное образование, содержащее сало, волосы, зачатки глаз. Внутренняя поверхность гладкая, в одном из участков обнаруживается выступ – паренхиматозный бугорок, в котором нередко находят зрелые ткани и рудиментарные органы (зубы, кости и др.).

Микроскопически стенка дермоидной кисты состоит из плотной, местами гиалинизированной соединительной ткани. Внутренняя поверхность кисты или не имеет эпителия, или покрыта цилиндрическим однослойным мерцательным эпителием. Головной бугорок покрыт кожей с волосами и сальными железами. Под кожей находятся слой жировой ткани и плотная соединительная ткань с различными включениями.

Незрелая тератома характеризуется наличием элементов с более низкой дифференциацией, чем у зрелых. Они представляют собой переходную стадию к тератобластомам. Эта форма опухоли чаще подвергается злокачественному превращению.

Д и а г н о с т и к а. Обнаружение подвижной кисты яичника, располагающейся спереди от матки, обычно наводит на мысль о возможности дермоидной кисты. Диагноз подтверждается во время операции.

Л е ч е н и е. Хирургическое. Молодой возраст больной, редкое рецидивирование и злокачественное превращение дермоидной кисты позволяют производить резекцию яичника с максимальным сохранением микроскопически неизменной ткани.

П р о г н о з. Благоприятный. Злокачественное превращение наблюдается у 0,4 – 1,7% больных.

Т е р а т о б л а с т о м а я и ч н и к а возникает в детском и юношеском возрасте, составляя 2 – 2,5% всех злокачественных опухолей яичников.

Тератобластомы богаты сосудами, в связи с чем часто отмечаются кровоизлияния под капсулу и в толщу опухоли.

К л и н и к а. Тератобластомы чаще встречаются у девушек с астеническим телосложением. Жалоб больные не предъявляют. Основным признаком заболевания является обнаружение опухолевидного подвижного образования в малом тазу. Нередко ножка опухоли подвергается перекруту; возможен разрыв капсулы. Тератобластома имеет плотную неравномерную консистенцию, узловатую поверхность. Асцит появляется в запущенной стадии заболевания.

Метастазирование тератобластомы наступает быстро и происходит в основном гематогенным путем.

Л е ч е н и е. Оперативное – надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника.

П р о г н о з. Неблагоприятный.

Д и с г е р м и н о м а – злокачественная опухоль, возникающая из элементов недифференцированных гонад, сохраняющихся в воротах яичника с эмбрионального периода развития. Дисгерминома яичника иногда является составной частью незрелой тератомы, сочетаясь с хорионэпителиомой и другими злокачественными элементами терато-бластомы, Гормональной активностью не обладает. Дисгерминомы составляют около 1% всех опухолей яичников.

К л и н и к а. Опухоль встречается у молодых женщин в возрасте до 30 лет, преимущественно инфантильного телосложения. У большинства больных отмечаются скудные, редкие менструации.

При влагалищном исследовании определяется односторонняя подвижная опухоль плотной консистенции, с узловой поверхностью. Дисгерминома быстро растет и метастазирует по лимфатическим путям, в органы грудной полости, средостения и др.

Д и а г н о с т и к а. Распознавание дисгерминомы представляет большие трудности. Наряду с клиническими признаками заболевания (указание на инфантилизм) при постановке диагноза следует учитывать наличие полового хроматина в клетках слизистой оболочки полости рта. Если этих клеток менее 20%, то опухоль яичника подозрительна на дисгерминому. Обычно диагноз ставится после морфологического исследования удаленного препарата. При микроскопическом исследовании удаленной опухоли находят крупные округлой или полигональной формы, с большими, умеренно гиперхромными ядрами и слегка пенистой светлой протоплазмой.

Л е ч е н и е. Хирургическое с последующей лучевой терапией. У молодых женщин при односторонней опухоли без признаков распространения за пределы пораженного яичника можно ограничиться его удалением. При распространении опухоли за пределы одного яичника показано удаление матки с придатками с последующей рентгенотерапией. Как первичная опухоль, так и ее метастазы хорошо поддаются облучению. Прогноз. Неблагоприятный.

Литература.

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. — Л., 2014. -464с.;
2. Вишневская Е.Е. Справочник по онкогинекологии. - Минск: Беларусь, 2013. – 450с.;
3. Ганцев Ш. Х. Онкология. Учебник для студентов медицинских вузов. — 2-е издание, исправленное и дополненное. — Москва: Медицинское информационное агентство, 2016. — 488с.;
4. Агеенко А.И. Новая диагностика рака. Теория. Диагностика. Лечение. Реабилитация . - М.: Медицина XXI, 2014.- 407с.;

5. Лекции профессора Макаренко Т.А. на тему «Доброкачественные опухоли яичников», январь 2019 г.

Рецензия на реферат выполненный

По теме: «Доброкачественные опухоли яичников»

Ординатором 2-го года обучения

Кафедра: перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета.

ФИО: Рыжовой Екатериной Андреевной

Реферат выполнен на 11 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность темы не вызывает сомнений, поскольку несмотря на многочисленные исследования последних лет, проблема доброкачественных образований яичников до настоящего времени остается одной из актуальных. Несмотря на то, что процент озлокачествления в настоящее время низкий, вопросы этиологии, патогенеза и профилактики до сих пор актуальны.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы не старше пяти лет.

Реферат принят и оценён на (5) отлично.

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов В.Н.

