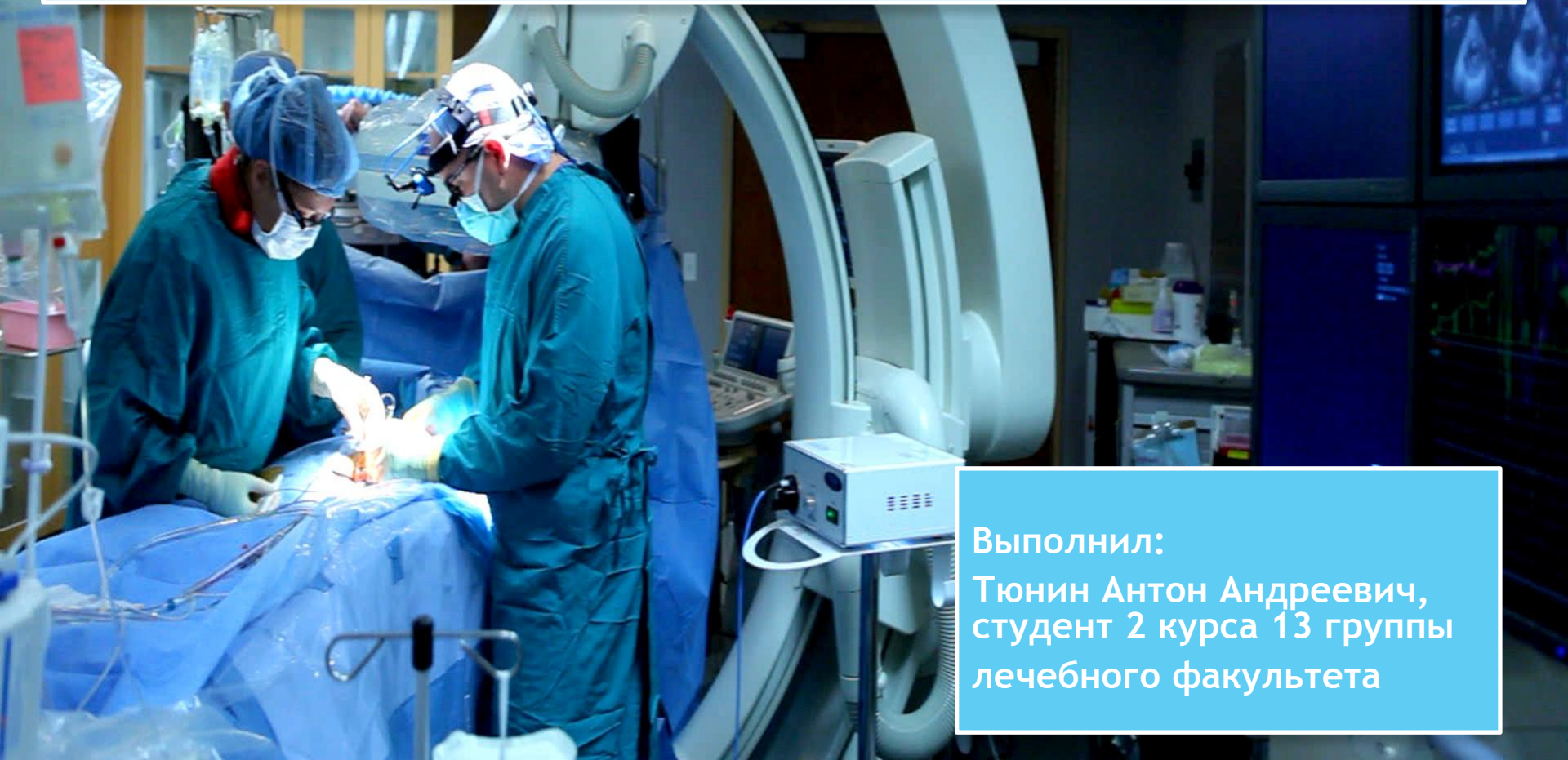


DSO - Department of Surgical Oncology

Доброкачественные новообразования женской репродуктивной системы. Классификация, клиника, диагностика, принципы лечения



Выполнил:

Тюнин Антон Андреевич,
студент 2 курса 13 группы
лечебного факультета

Доброкачественные новообразования женских половых органов — очень распространенная в гинекологии проблема. Согласно данным медицинской статистики, теми или иными опухолями вульвы, влагалища, шейки матки, матки, яичников страдает каждая пятая женщина на территории Российской Федерации



Клинически доброкачественные опухоли проявляются как медленно растущие новообразования различной локализации. Доброкачественные опухоли растут медленно, постепенно сдавливая прилежащие структуры и ткани, но никогда не проникают в них. Они, как правило, хорошо поддаются хирургическому лечению и редко рецидивируют.



Клетки доброкачественных опухолей в процессе опухолевой (неопластической) трансформации **утрачивают способность контроля клеточного деления, но сохраняют способность** (частично или почти полностью) **к дифференцировке**. По своей структуре доброкачественные опухоли напоминают ткань, из которой они происходят (эпителий, мышцы, соединительная ткань).

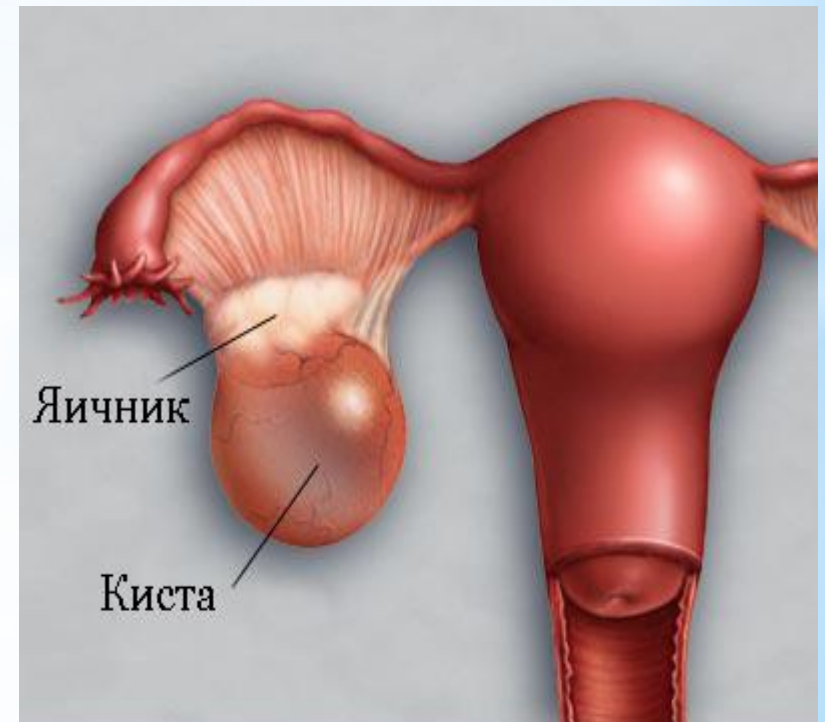
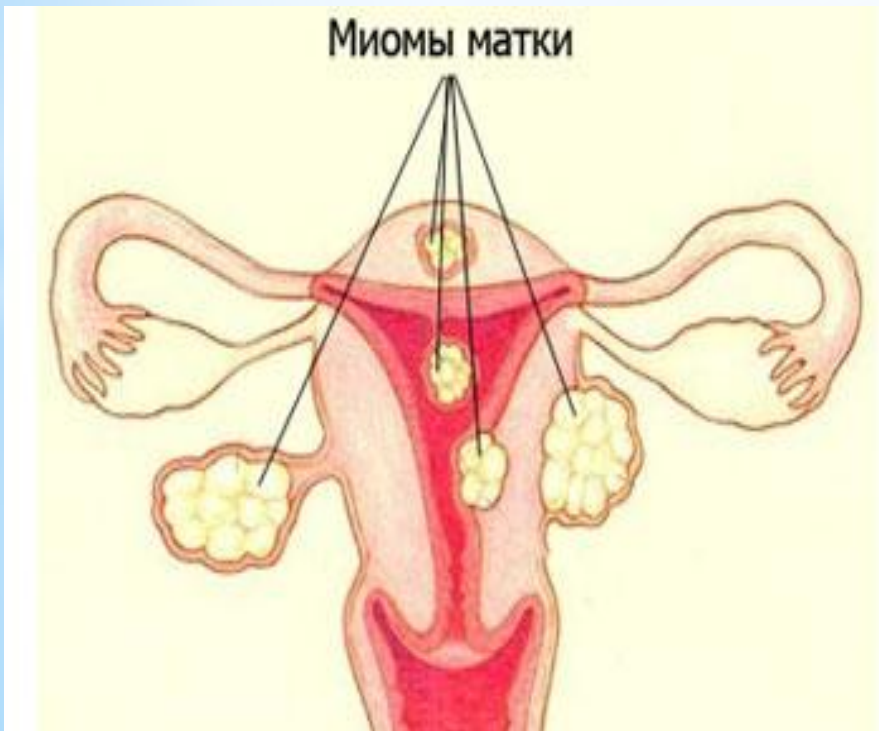


Миома матки

Причины возникновения опухолей женских половых органов

- *Генетические факторы* (наследственная предрасположенность – ведущий фактор)
- *Химические факторы* (влияние ароматических веществ на ДНК)
- *Физические факторы* (ультрафиолетовое излучение, другие виды радиации)
- *Механические травмы, перегрев организма*
- *Биологические факторы* (вирусы и инфекции)
- *Снижение иммунной защиты организма, аутоиммунные процессы*
- *Патологии эндокринной системы, нарушение гормонального баланса*

К наиболее часто встречающимся доброкачественными опухолями женских половых органов относятся опухоли **яичников и матки.**



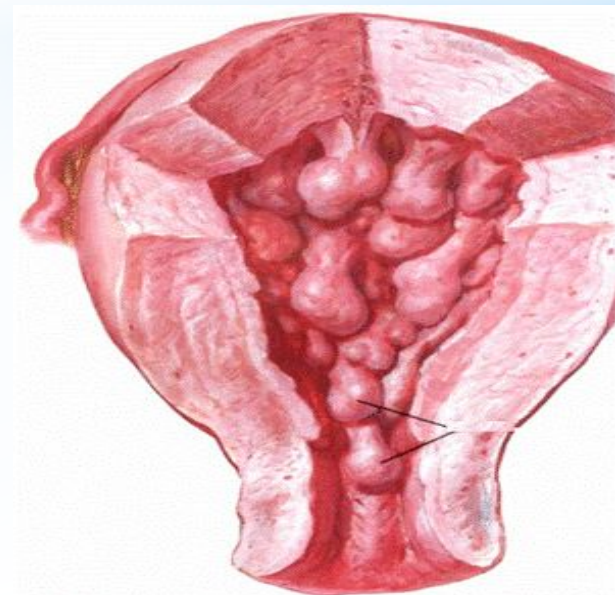
Классификация доброкачественных опухолей матки

1. Опухоли миометрия

- Собственно миома
- Фибромиома
- Фиброаденомиома
- Фиброма

2. Гиперпластические процессы эндометрия

- Гиперплазия эндометрия (очаговая или диффузная)
- Аденоматоз (очаговая или диффузная атипичная гиперплазия эндометрия)
- Эндометриальные полипы



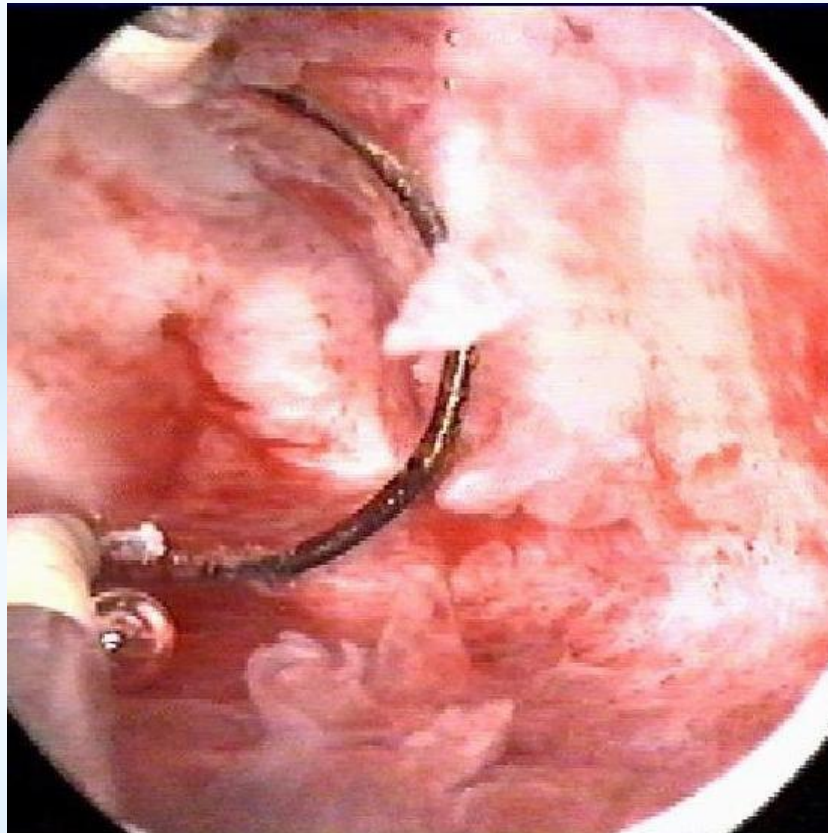
Гиперплазия эндометрия матки — это заболевание внутренней оболочки матки, при котором происходит изменение стромы и желез эндометрия.

При этом клетки слизистой оболочки разрастаются, и эндометрий значительно утолщается по сравнению с нормальным состоянием. В основе заболевания лежит усиленное размножение и в некоторых случаях изменение структуры клеток, в результате чего увеличивается и объем самой матки.



Типичная гиперплазия эндометрия — пролиферация эндометриальных желёз без цитологической атипии.

- **Простая типичная гиперплазия** характеризуется повышением количества железистых и стромальных структур по сравнению с нормальным, при этом первые незначительно преобладают.
- **Сложная типичная гиперплазия** выражается в тесном расположении желез всего эндометрия либо в отдельных очагах.



Атипическая гиперплазия эндометрия — пролиферация эндометриальных желёз с признаками цитологической атипии.

- **Простая атипичная гиперплазия эндометрия** проявляется в изменении нормального расположения ядер железистых клеток, а также их необычной, зачастую круглой форме.
- **Сложная атипичная гиперплазия эндометрия** — наиболее опасная для женщины, приблизительно в 22-57% случаев переходящая в рак матки. Для нее характерна выраженная пролиферация эпителиального компонента с атипией на клеточном и тканевом уровне. При этом железы становятся разнообразными по форме и размерам, располагаются нерегулярно. Эпителий, выстилающий железы, состоит из крупных клеток с округлыми или вытянутыми полиморфными ядрами.

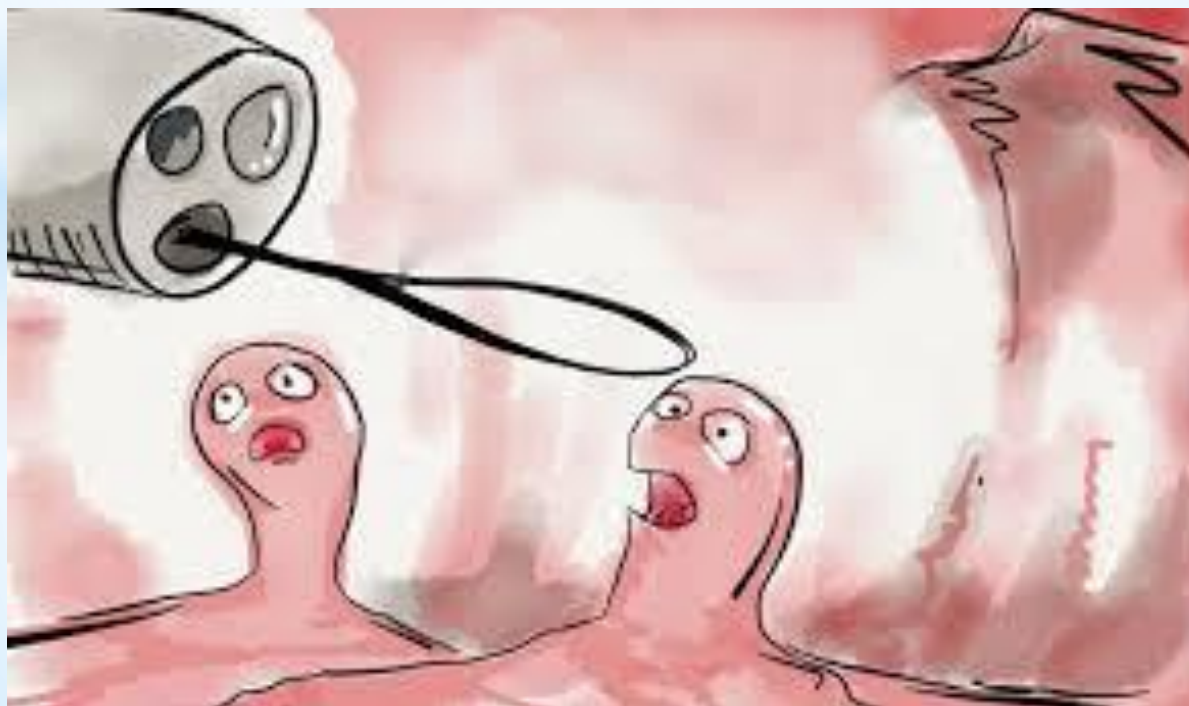


Полип эндометрия - локализованное разрастание эндометриальных желез и стромы над поверхностью эндометрия.

Различают фиброзные, железистые, железисто-фиброзные и аденоматозные полипы.

Большинство полипов возникает в дне матки - зоне, менее чувствительной к циклическим гормональным изменениям. Частота злокачественной трансформации полипов эндометрия равна 0,5 - 3,7%, а у 50% женщин со злокачественными опухолями эндометрия в анамнезе были доброкачественные эндометриальные полипы.

Средний возраст больных - 40-49 лет. В репродуктивном возрасте полипы выявляются у 20-25% женщин.



Доброкачественные опухоли матки

По гистологическому строению опухоли выделяют:

Лейомиома - это преобладание гладкомышечных волокон в структуре опухоли.

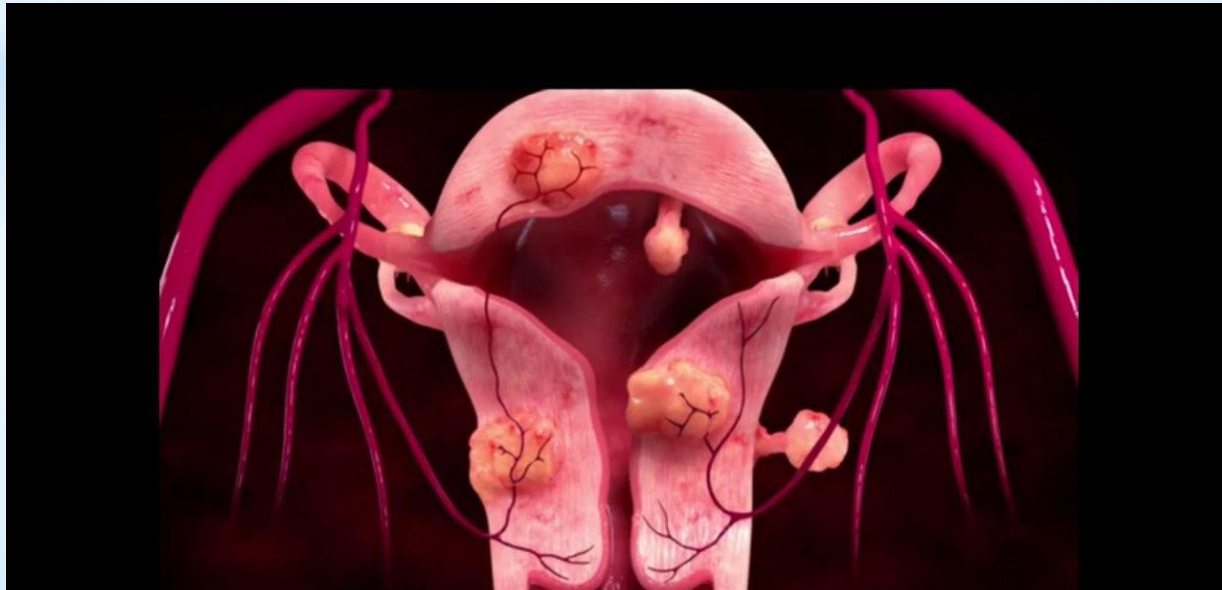
Рабдомиома - это превалирование поперечнополосатой мышечной ткани.

Ангиомиома - это миоматозный узел, который имеет широко развитую сеть кровеносных сосудов.

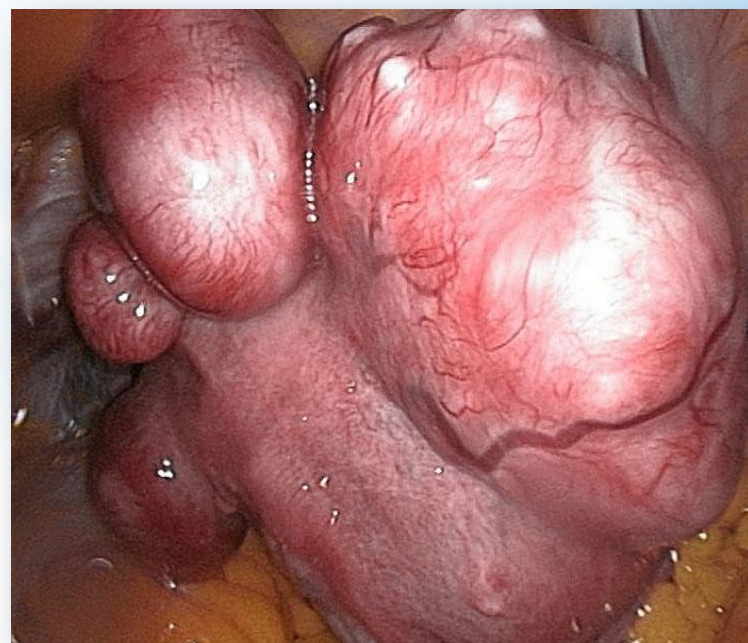
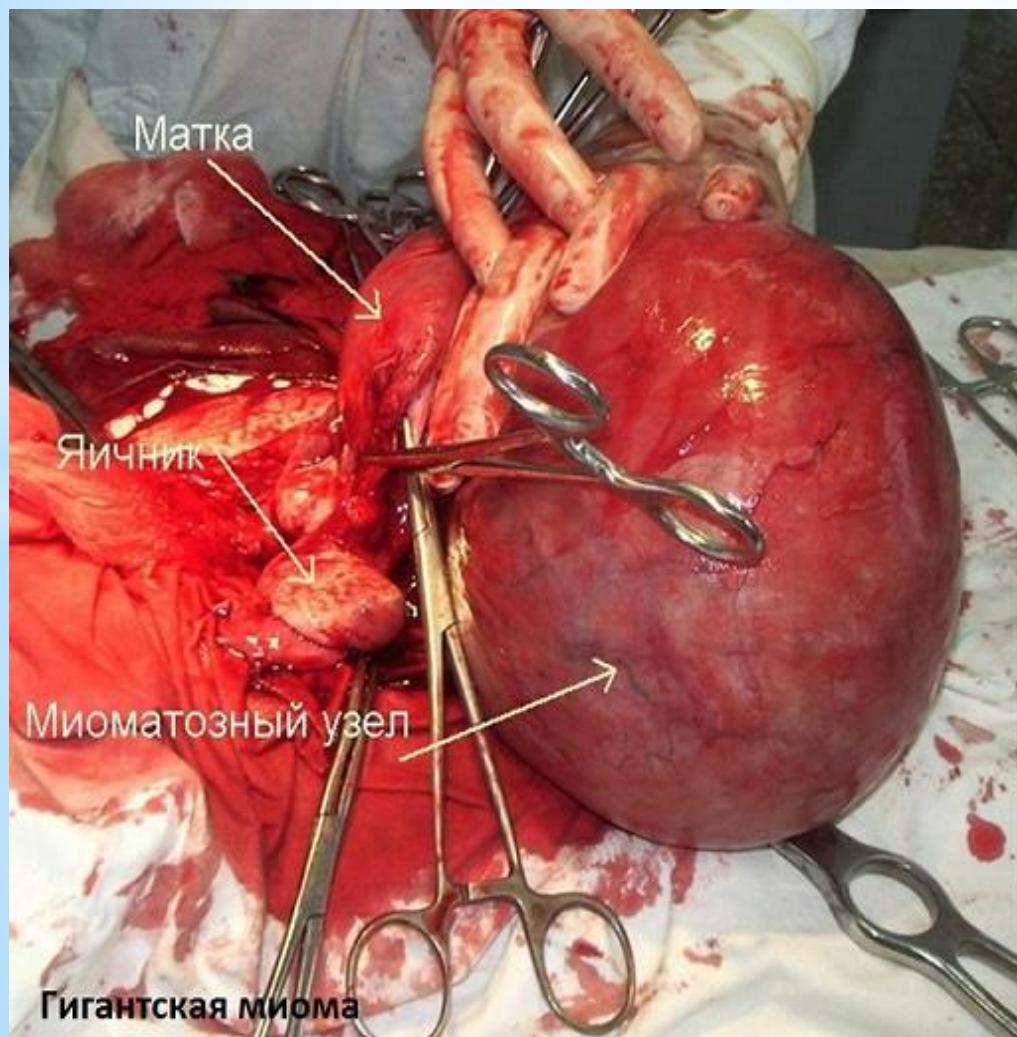
Фибромиома - это формирование новообразования преимущественно соединительной тканью.

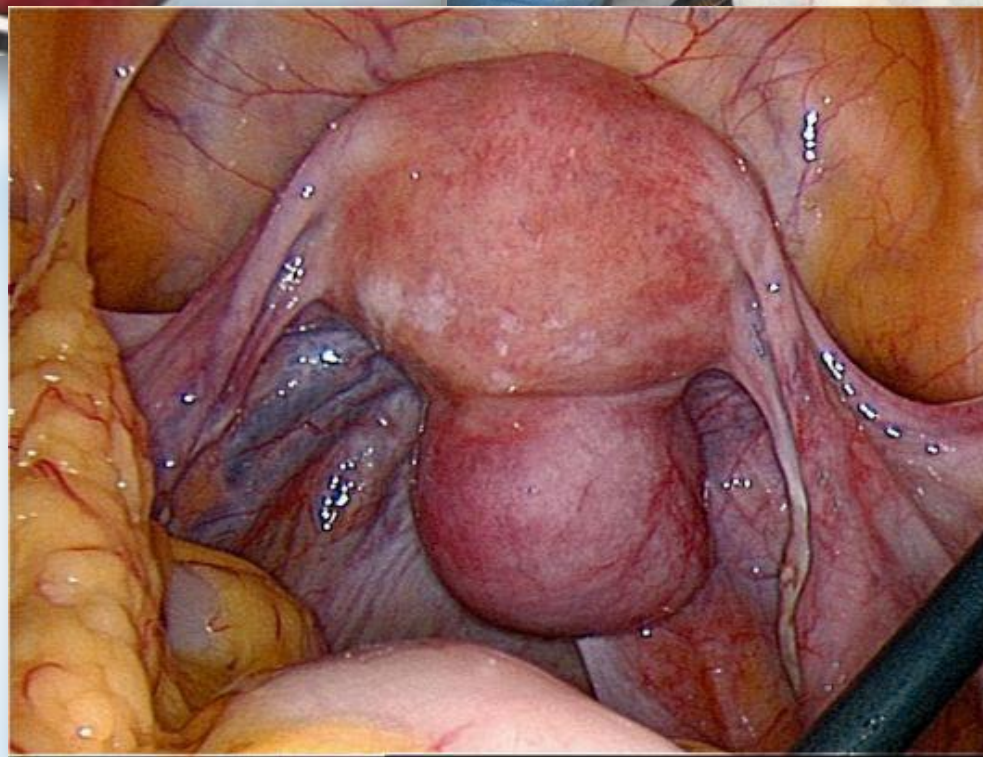
Фиброма - это формирование новообразования преимущественно соединительной тканью, причем, определяется атрофия мышечных волокон.

- **Фибраденомиома** — опухоль преимущественно из железистой ткани.



Миома матки - это доброкачественное новообразование, развивающееся вследствие гипертрофии и пролиферации мышечных и соединительнотканых элементов





По локализации миоматозных узлов выделяют следующие виды миом:

Субсерозные — узлы расположены преимущественно под брюшиной на поверхности матки;

Интрамуральные — с расположением узлов в толще миометрия;

Субмукозные или **подслизистые** миомы — с миоматозными узлами, локализующимися под эндометрием и нарушающими форму полости матки;

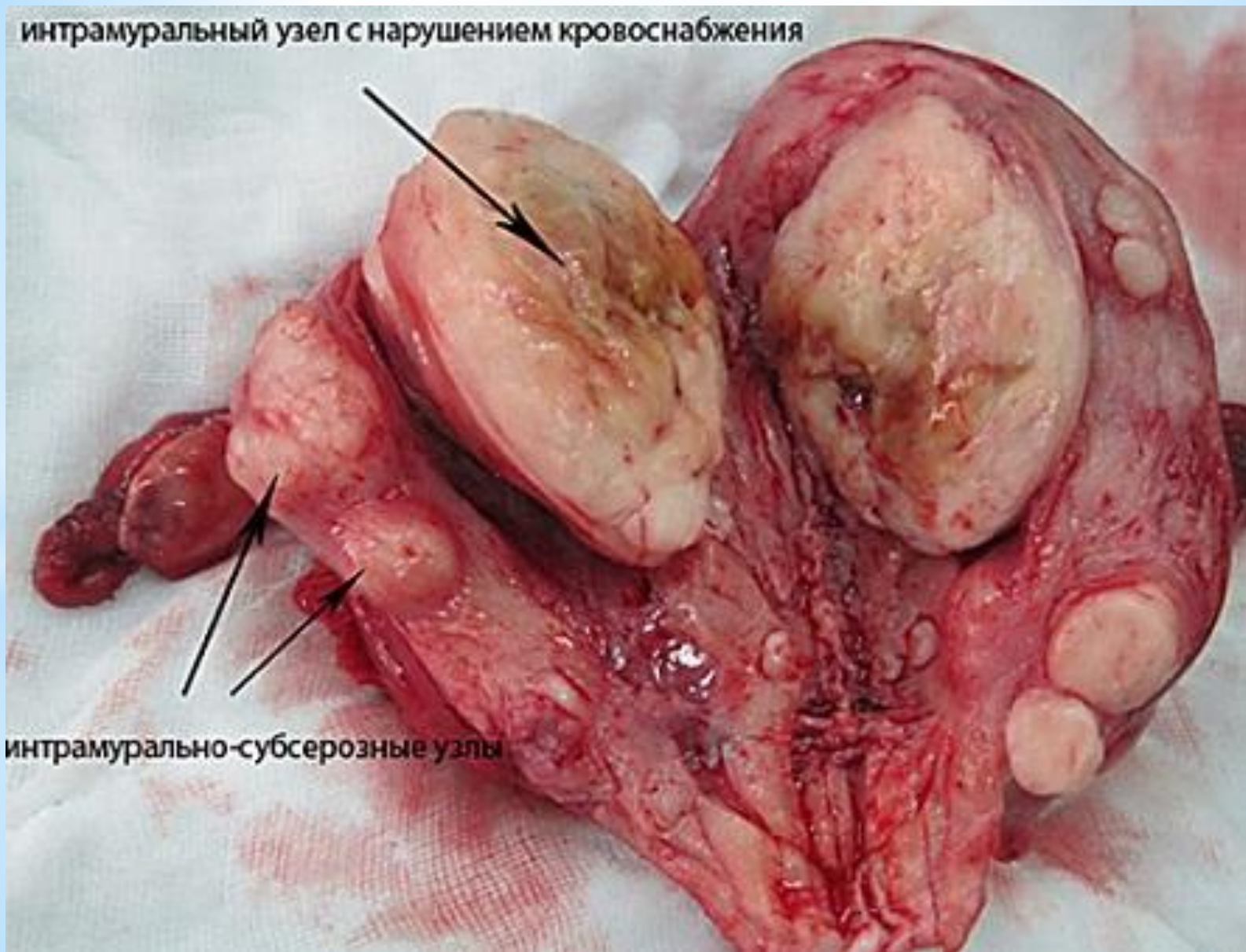
Интралигаментарные — узлы расположены в толще широкой связки матки, изменяют топографию маточных сосудов и мочеточников;

Шеечные миомы характеризуются низким расположением узлов опухоли в области шейки и перешейка матки.



интрамуральный узел с нарушением кровоснабжения

интрамурально-субсерозные узлы



Субсерозные миомы

Среди субсерозных миом выделяют следующие типы:

0 тип. Узел на ножке, полностью расположенный в брюшной полости.

I тип. Менее 50% узла прорастает в миометрий, при этом он преимущественно находится в брюшной полости.

II тип. Более 50% узла располагается интрамурально.

Субмукозные лейомиомы

0 тип. Полностью подслизистый узел, не прорастающий в миометрий.

I тип. Менее 50% узла проникает в миометрий.

II тип. Более 50% узла пенетрирует в миометрий.

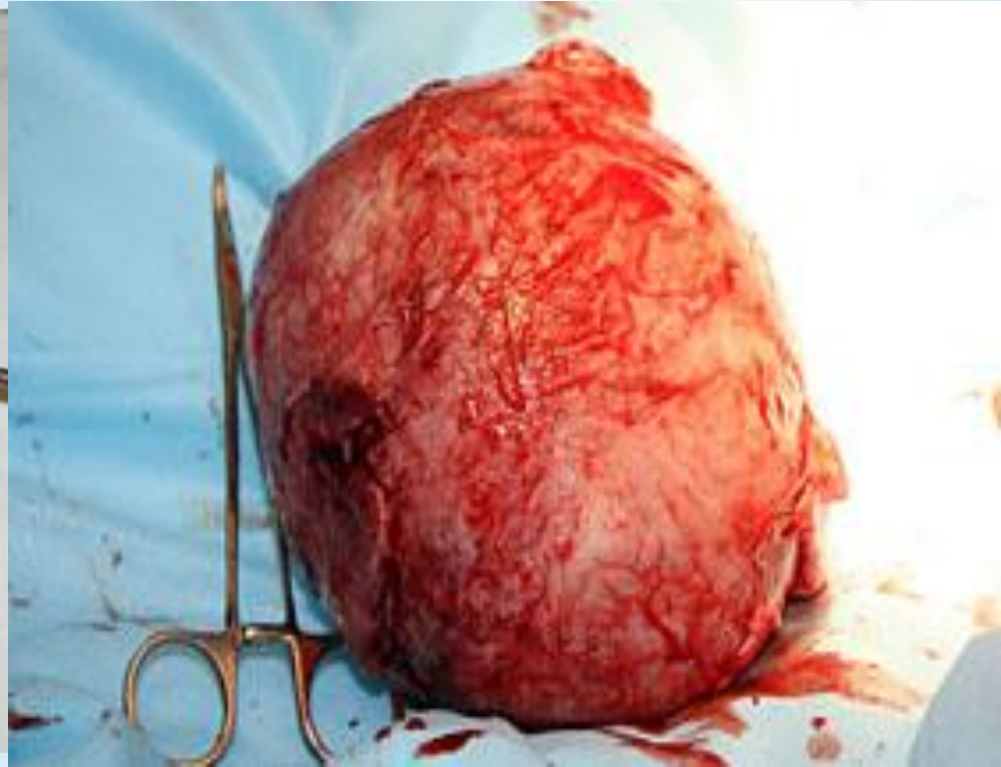
III тип. Между тканями узла опухоли и эндометрием отсутствует слой миометрия (по данным магнитно-резонансной томографии).



Классификация миоматозных узлов

Согласно классификации, в основе которой лежат размеры, локализация и количество миоматозных узлов, выделяют следующие типы:

- I.* Один или множественные интрамуральные или субсерозные узлы, размером менее 3 см, при этом субмукозные узлы отсутствуют.
- II.* То же самое, но узлы при этом от 3 до 6 см.
- III.* То же самое при размерах узлов более 6 см.
- IV.* Подозрение или наличие доказанного субмукозного узла при имеющемся единичном или множественных интрамуральных или субсерозных узлах любых размеров.



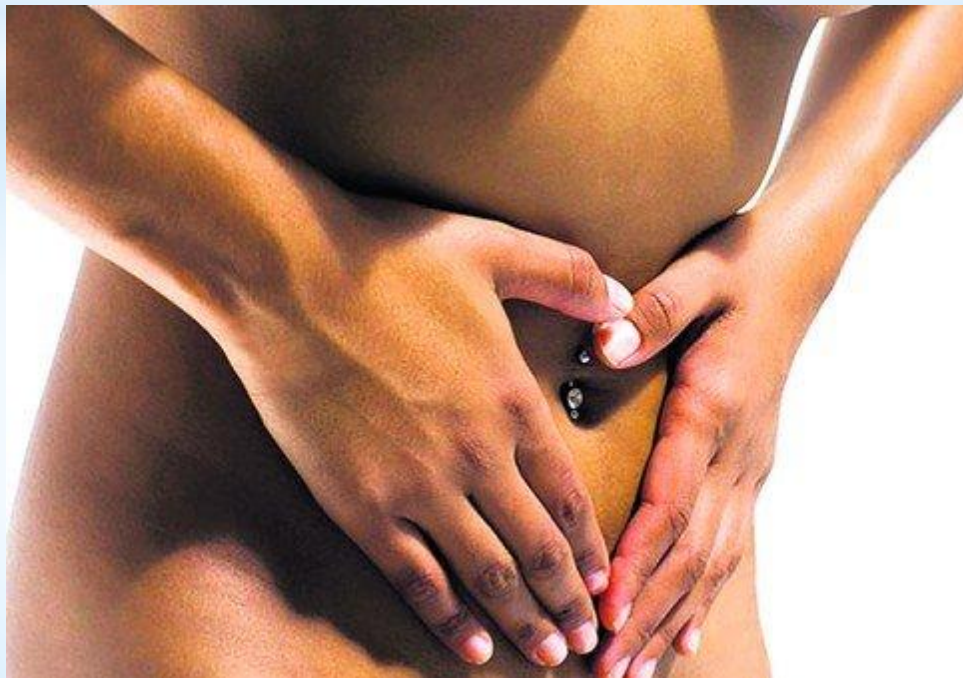
Эпидемиология

По данным зарубежных авторов средняя распространенность миомы матки составляет около 30% среди всех женщин, у 20% женщин старше 30 лет и у 40% женщин старше 50 лет.

Среди жительниц городов частота выявления данного заболевания составляет 19 - 27% и существенно ниже в сельской местности.

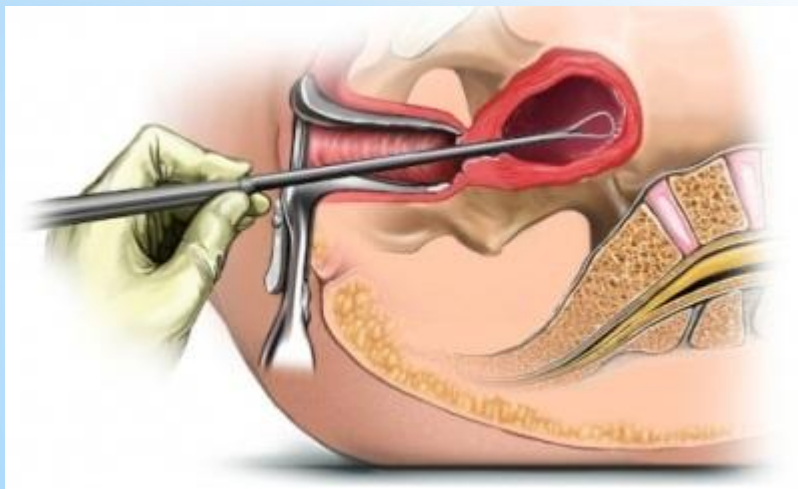
Около 70% всех операций в гинекологии проводится по поводу миомы матки - 80% из этих операций - удаление матки.

средний возраст выявления миомы матки составляет 32,8 года, а показания к активному хирургическому вмешательству возникают значительно позже - в 44,4 года. Следовательно, тенденция к росту опухоли возрастает в период, предшествующий и совпадающий с началом климактерия.



Факторы риска развития миомы матки.

- наследственная предрасположенность и расовая принадлежность
- воспалительные заболевания органов женской половой сферы, инфекции, передающиеся половым путем
- различные отклонения в период становления менструальной функции;
- позднее начало (25-27 лет) половой жизни и ее нерегулярность;
- *эндо- и экзогенные факторы*: чрезмерная инсоляция, избыточный вес, постоянные стрессы, малоподвижный образ жизни .
- *сердечно-сосудистые заболевания*, сахарный диабет, изменения со стороны щитовидной железы, анемия
- *выскабливание полости матки, аборты*
- *травма мозга, как причина дискоординации деятельности гипоталамуса и гипофиза*



ИППП



Патогенетические аспекты миомы матки

1. **Гормональная концепция** - развитие миомы связано с половыми стероидами: эстрогены стимулируют рост опухоли, прогестерон его подавляет. Нарушение гормонального фона развивается в результате изменения функционирования системы гипоталамус - гипофиз - яичники - матка.
2. **Нарушение периферической гемодинамики и водно-электролитного баланса**
3. ***изменения иммунологической реактивности*** организма, в особенности на фоне очагов хронической инфекции.
4. **факторы роста:**
 - эпидермальный фактор роста (ЭРФ) - содержится в стромальных и эпителиальных клетках мышечной ткани, при миоме матки в несколько раз превышает контрольные показатели.
 - инсулиноподобные факторы роста (ИРФ) (в исследованиях *vitro*) - идентифицированы в клетках миометрия, обладают митотической активностью.
 - гепаринсвязывающий эпидермальный фактор роста (ГСЭРФ) - мощный митоген для фибробластов и гладкомышечных клеток. При-чем по митогенной активности ГСЭРФ значительно превосходит ЭРФ.

Морфогенез миомы матки

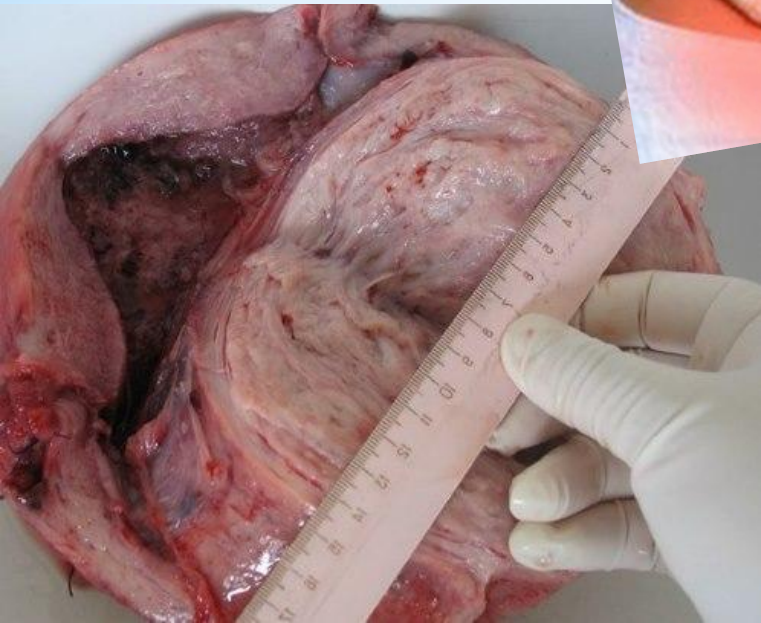
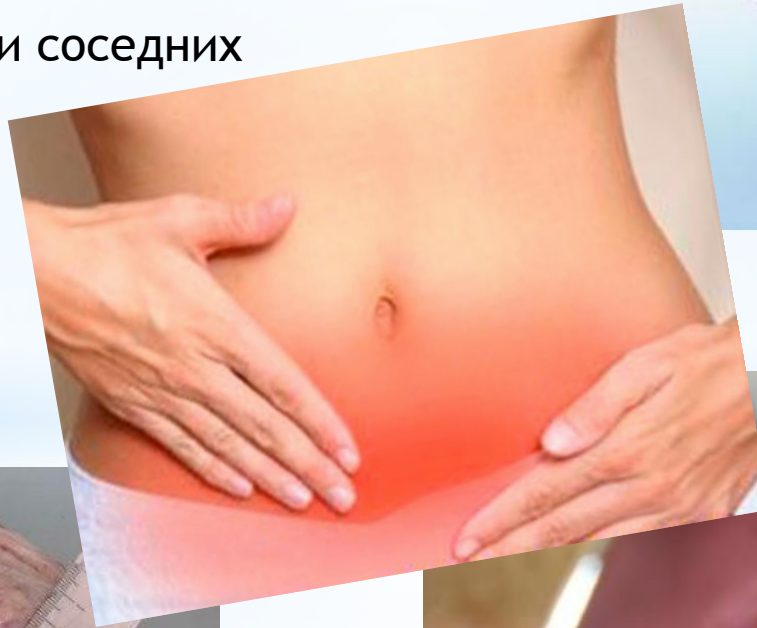
выделяют три стадии ее развития:

- I стадия — образование активной зоны роста в миометрии; активные зоны располагаются вблизи микрососудов и характеризуются высоким уровнем обмена и сосудисто-тканевой проницаемостью, что благоприятствует развитию опухоли. Формирование миомы матки происходит в участках миометрия, отличающихся сложным переплетением мышечных волокон (зона «дистрофических нарушений») — по средней линии матки, вблизи трубных углов, сбоку от шейки матки;
- II стадия — рост опухоли без признаков дифференцировки (микроскопически определяемый узел);
- III стадия — рост опухоли с ее дифференцировкой и созреванием (макроскопически определяемый узел).

Клиника

Основными симптомами миомы матки являются:

1. боль,
2. кровотечение,
3. нарушение функции соседних органов,
4. рост опухоли.



Осложнения, которые встречаются при миоме матки

- перекрут ножки миомы,
- рождение узла,
- при нарушении питания миомы начинается её некроз,
- Миома может стать причиной *эктопированной* (внематочной) беременности, самопроизвольных аборт, бесплодия, преждевременных родов.
- Опухоли больших размеров, которые оказывают давление на мочеиспускательный канал, вызывают его сужение, нарушение уродинамики. Это инициирует заболевания почек
- Анемия
- Воспалительный процесс в миоматозной ткани грозит развитием параметрита, ограниченного или разлитого перитонита, а в тяжёлых случаях, возникновением септического процесса.
- Озлокачествляются миомы достаточно редко (в 1,5-3,0% случаев), при этом чаще малигнизации подвержены субмукозные, реже - субсерозные узлы.



Перекрут
субсерозного
миоматозного узла

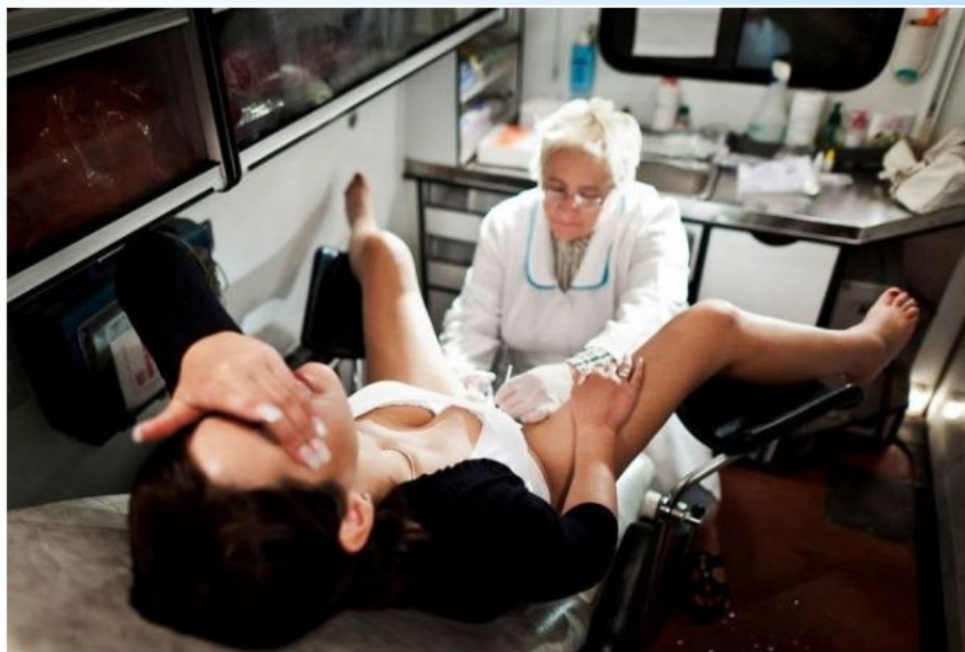
Ориентировочная основа действий врача в постановке диагноза.

Сбор анамнеза - особенности менструальной функции, гинекологические заболевания, количество родов, аборт, длительность заболевания.

При объективном осмотре оценивают окраску кожи и слизистых оболочек. В надлобковой области ***при пальпации живота*** может определяться увеличенная до 12 недель беременности и более матка в виде ассиметричного бугристого плотного образования.

При бимануальном влагалищном исследовании возможно заподозрить наличие миомы меньших размеров. Гинекологическое обследование позволяет обнаружить увеличенную матку (размеры ее оцениваются в неделях беременности), с бугристой (узловой) поверхностью, плотной консистенцией.

У больных с маточными кровотечениями является обязательным определение ***гематокрита, уровня гемоглобина, показателей свёртывающей системы крови.***



Современные методы диагностики при миоме матки

Ультразвуковое сканирование позволяет точно определить размеры и локализацию миоматозных узлов. Для лучшей визуализации опухоли и оценки её особенностей используют два типа датчиков: **трансабдоминальный** и **трансвагинальный**. Этот метод применяется с целью наблюдения за темпом роста и контроля эффективности лечения.



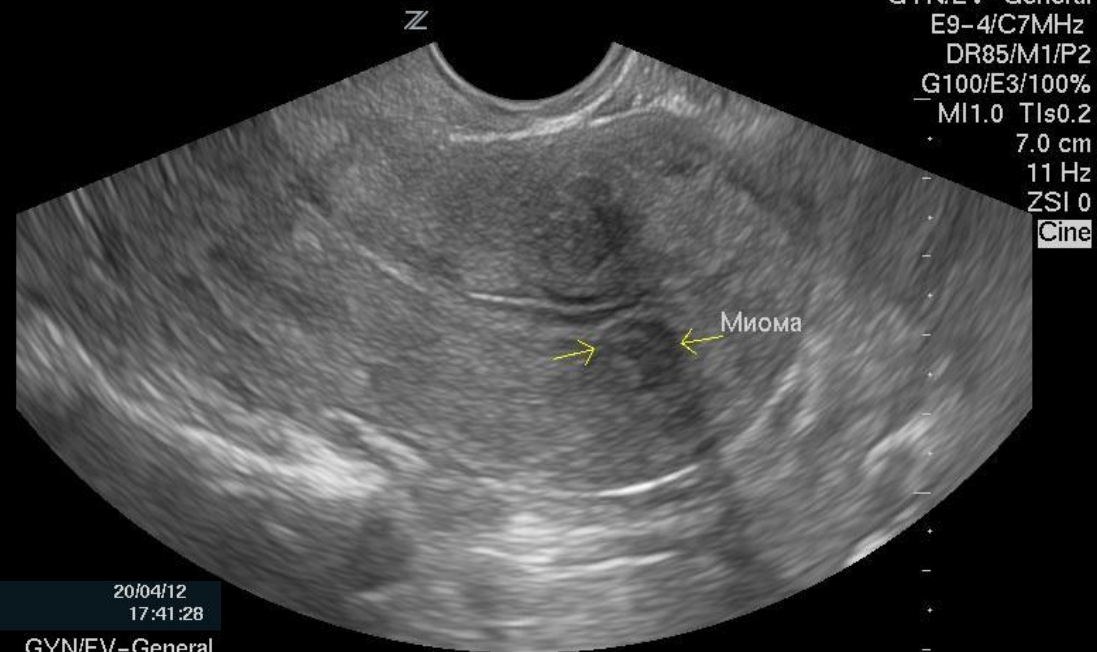
трансабдоминальный датчик



трансвагинальный датчик

Трансвагинальное УЗИ





GYN/EV-General
E9-4/C7MHz
DR85/M1/P2
G94/E1/100%
MI1.1 TIs0.3
4.0 cm
17 Hz
ZSI 0
Text



Трансабдоминальное УЗИ

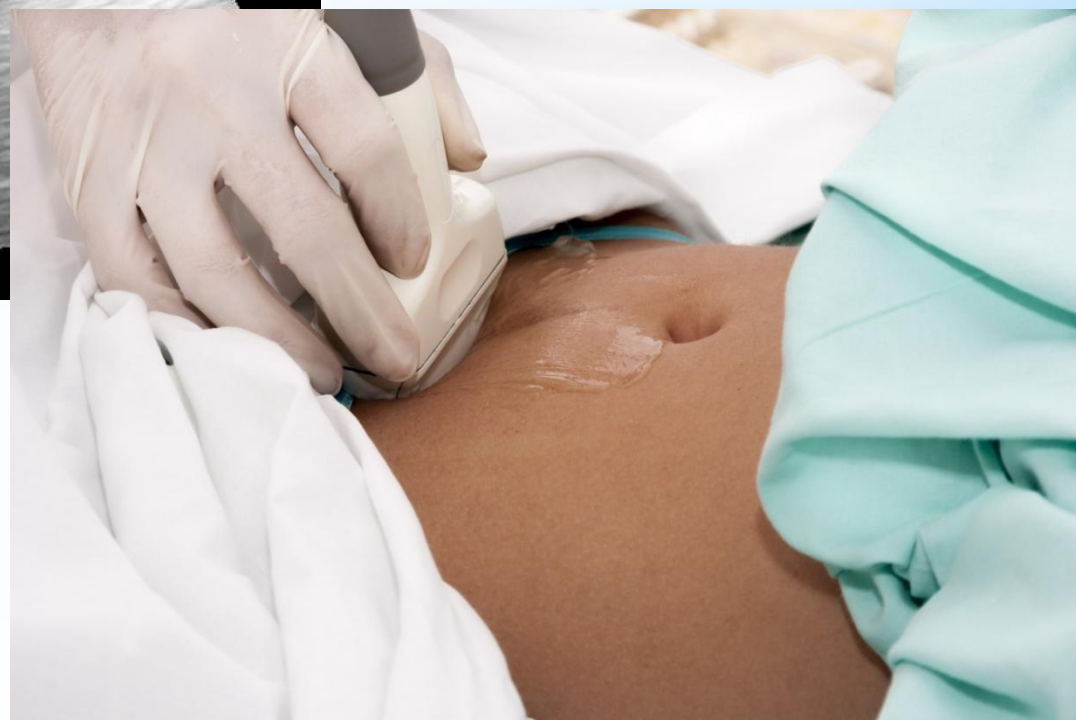
GE

матка

миоматозный узел

нарушение питания в узле

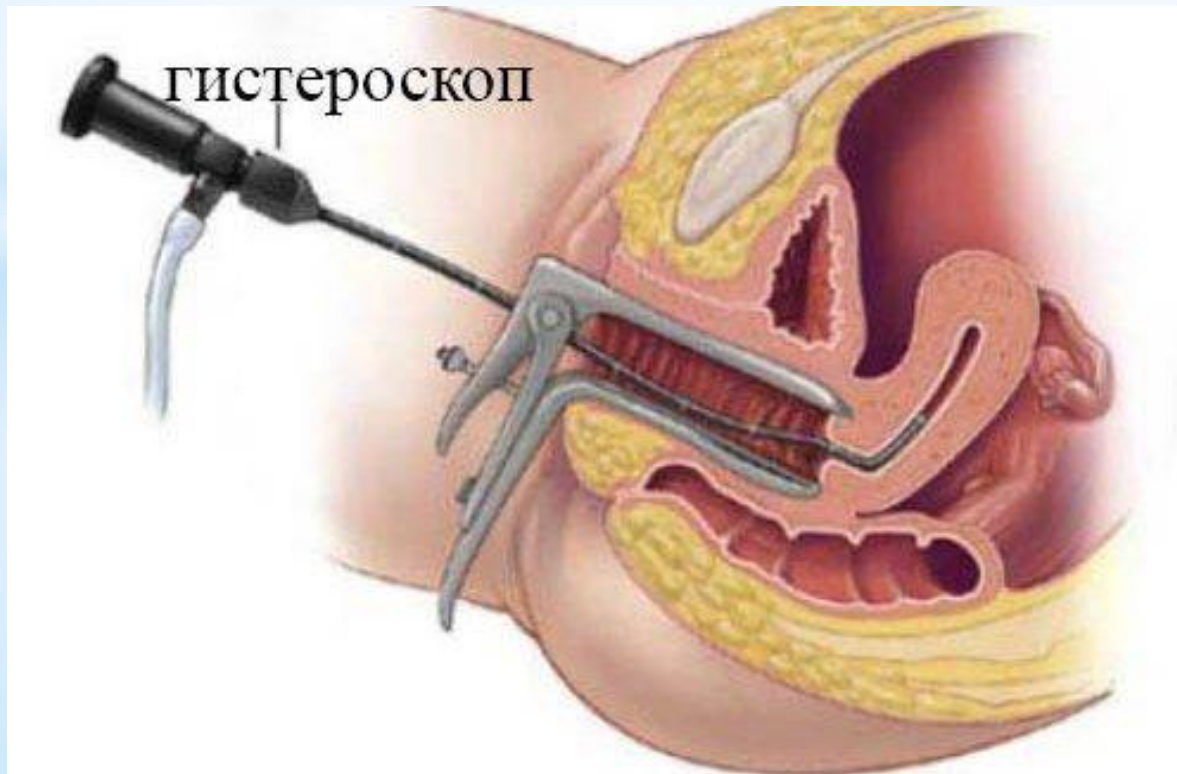
The image is a transabdominal ultrasound scan of the uterus. The uterus is labeled 'матка' with a yellow arrow pointing to the upper part of the organ. A myomatous node is labeled 'миоматозный узел' with a yellow arrow pointing to a large, well-defined, hypoechoic mass in the lower part of the uterus. A yellow dashed line with markers '+1', '+2', and '+3' indicates the location of the node. A yellow arrow points to a small, dark area within the node, labeled 'нарушение питания в узле' (disruption of blood supply in the node). The GE logo is visible in the top left corner.





Гистероскопия — метод малоинвазивного обследования полости матки при помощи гистероскопа, с последующим проведением (при необходимости) диагностических и оперативных манипуляций.

Гистероскопия позволяет выявлять и устранять внутриматочные патологии, удалять инородные тела, брать биопсию тканей, удалять полипы эндометрия. В процессе обследования доступны хирургические процедуры для устранения маточных причин бесплодия - эндометриальные полипы, субмукозные миоматозные узлы, гиперпластические очаги эндометрия, внутриматочные синехии и перегородки. Также возможна реканализация маточных труб и оценка их слизистой оболочки вплоть до фимбриального отдела.

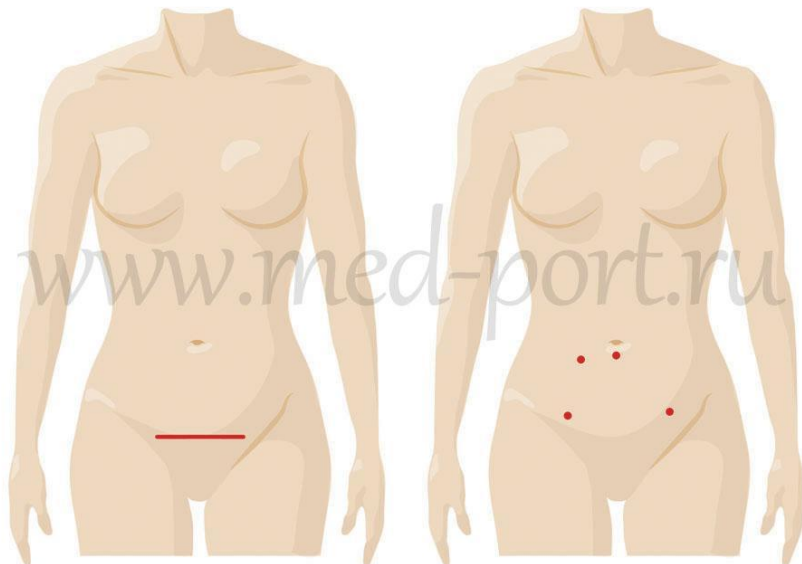


Возможно использование *компьютерной* или *магнитно-резонансной томографии* для уточнения структуры миоматозного узла, и для проведения дифференциальной диагностики с аденомиозом.



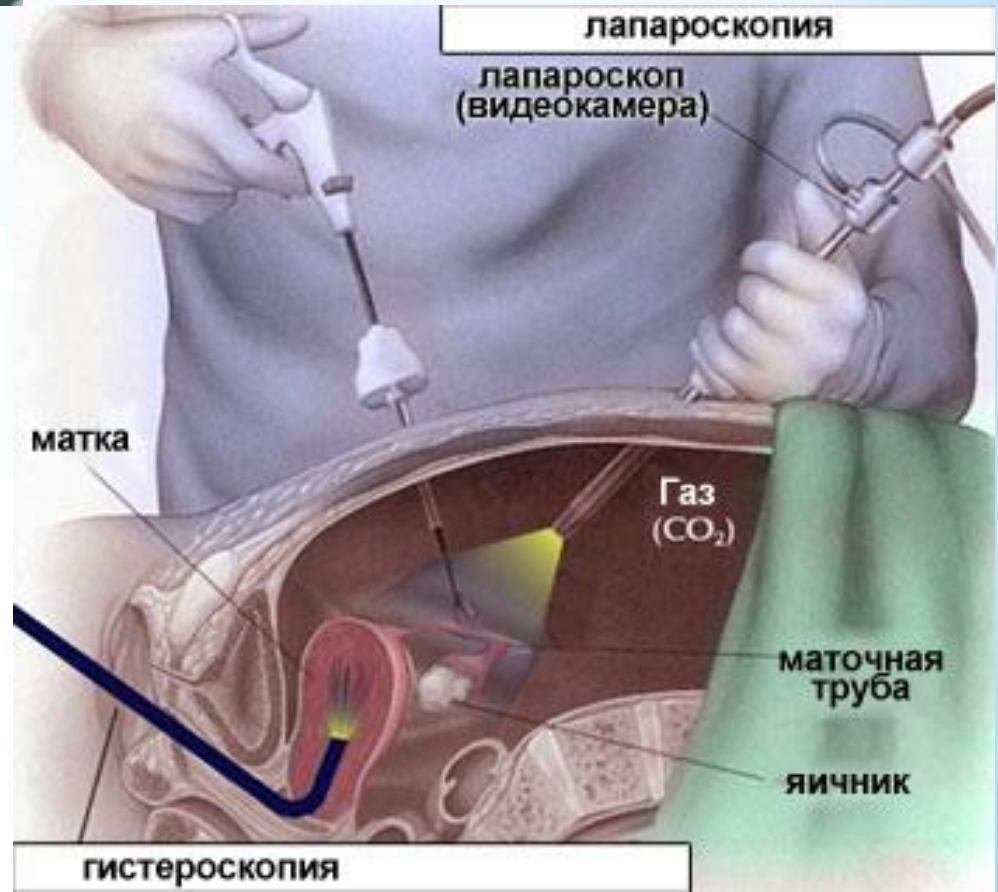


Диагностической лапароскопии проводится при субсерозном расположении миомы, наличии узлов на ножке, а также с целью оценки состояния органов малого таза.

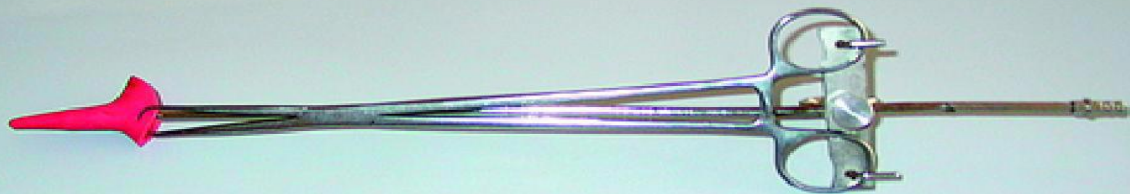


Открытая операция

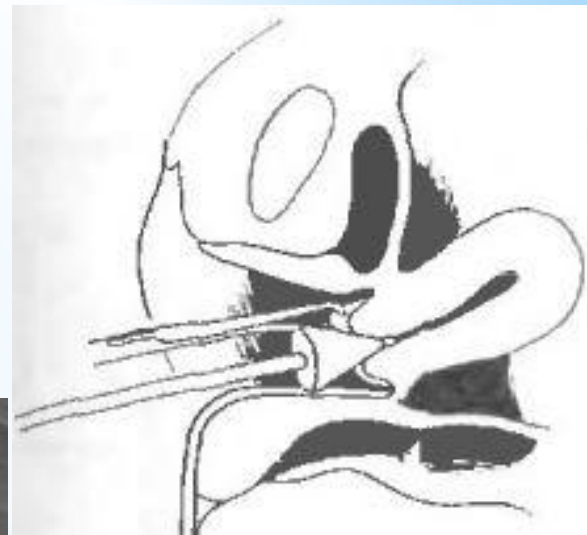
Лапароскопия



Гистеросальпингография (ГСГ) — метод рентгенодиагностики заболеваний матки и её труб, основанный на введении в них контрастных веществ.



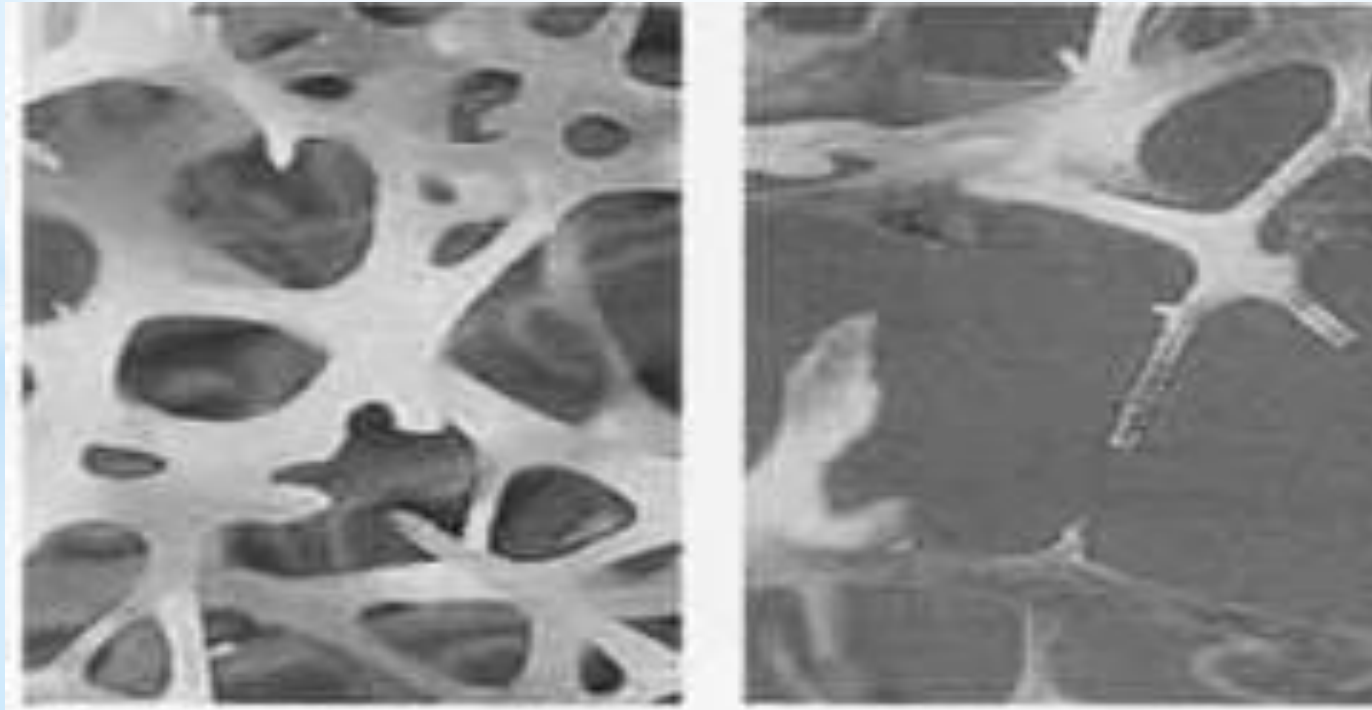
Канюля Шульца



подслизистая миома матки

Лечение миомы матки

Гормональная терапия - основа консервативного лечения миомы. Показаниями для её проведения являются размеры матки, не превышающие 12 недель беременности, диаметр миоматозных узлов менее 2 см, субсерозное или интрамуральное их расположение, наличие умеренной клинической симптоматики, отсутствие быстрого роста новообразования и изменений со стороны соседних органов. Возможно применение гормонов в качестве подготовки к хирургическому лечению и/или в постоперационном периоде.



Снижение минеральной плотности костей - возникает на фоне гормональной терапии

Основными препаратами в лечении миомы матки являются

- **Антигонадотропины** (подавление продукции гонадотропных гормонов в гипофизе);
- **Агонисты гонадотропных рилизинг-гормонов** (связывание с рецепторами гонадолиберина в гипофизе и угнетении секреции гонадотропинов);
- **Антипрогестагены** (конкурентная блокада рецепторов эндогенных гонадотропинов на клеточной мембране клеток гипофиза);
- **комбинированные оральные контрацептивы** (блокирующие основные звенья патогенеза заболевания: ликвидируют нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе, нормализуют функцию яичников и улучшают состояние миометрия при размерах миомы не более 1,5 см).



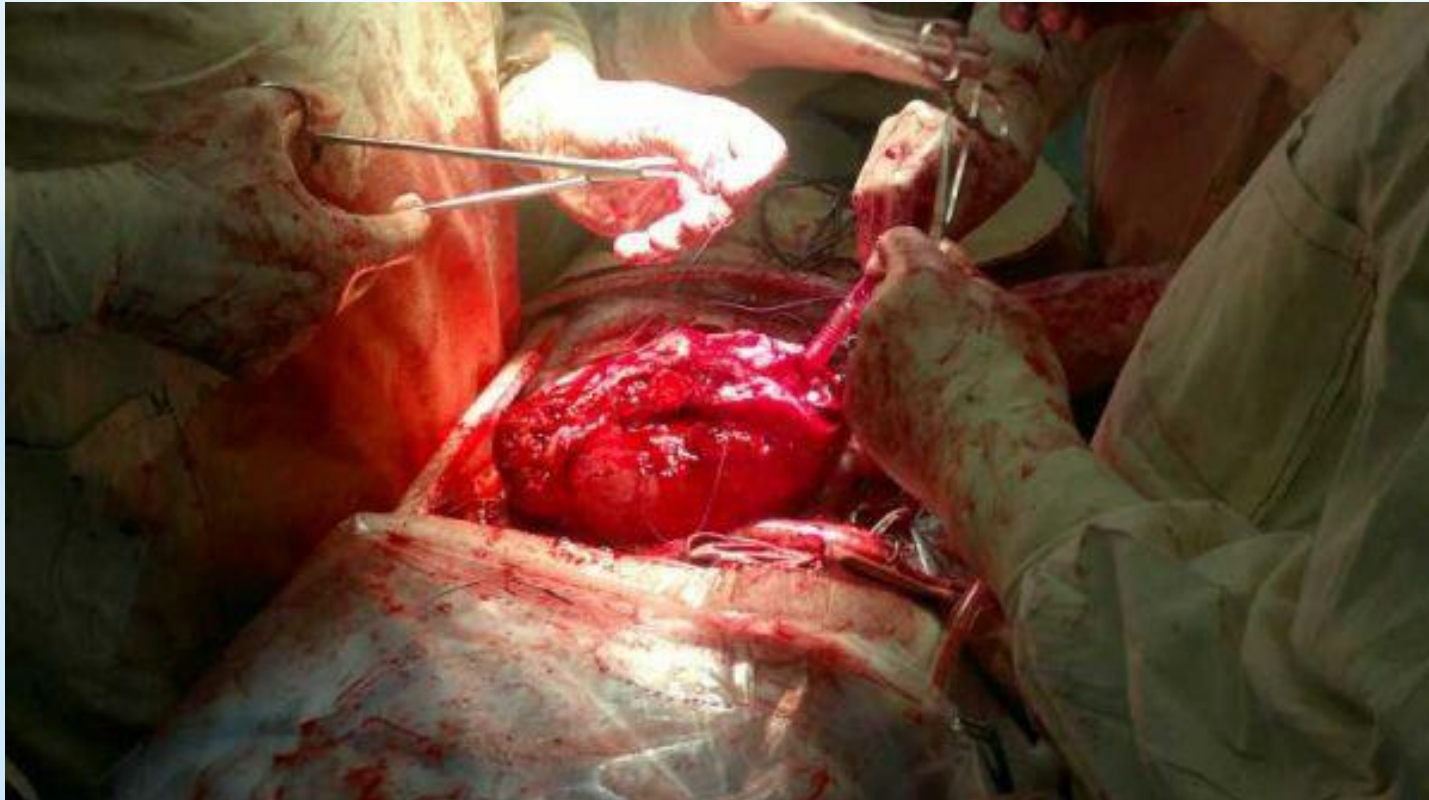
Методы оперативного лечения

Существует несколько хирургических методов лечения миомы, они делятся на **консервативные** (органосохраняющие) и **радикальные** (с удалением матки).

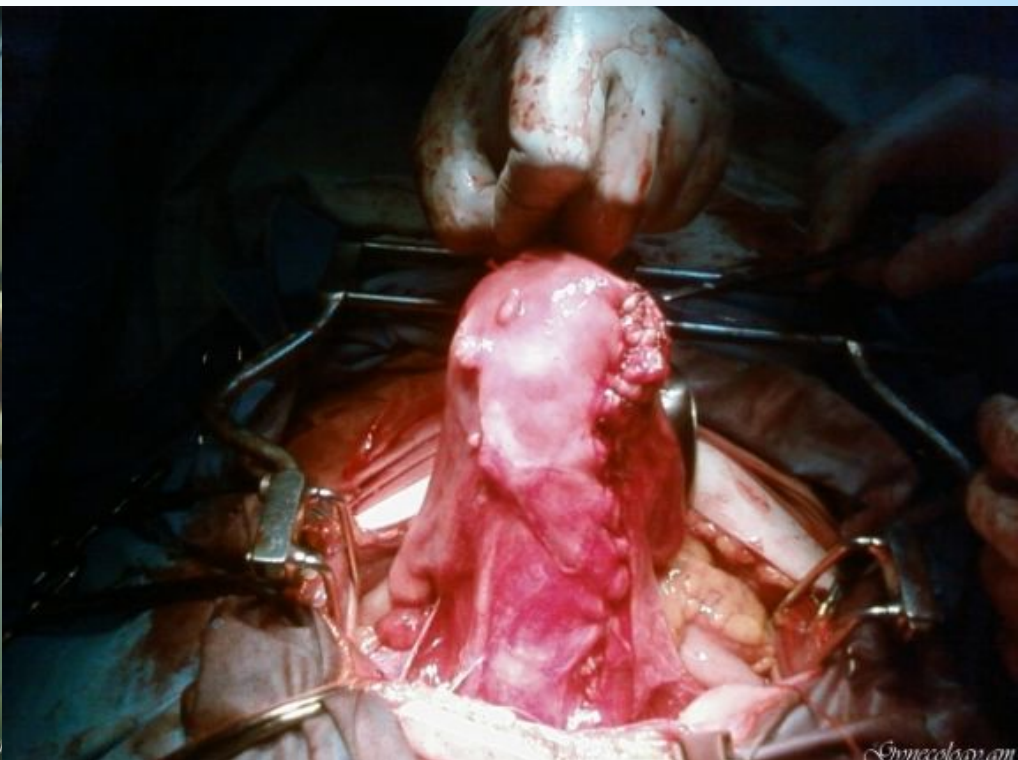
Миоэктомия - вариант консервативной операции, суть которой сводится к иссечению миоматозных узлов в стенке матки. При сохранении интактной подслизисто-мышечно-серозной ткани органа. Этот метод позволяет сохранить менструальную и репродуктивную функции, но не исключают возможности возникновения рецидива заболевания.



Консервативная миомэктомия показана при наличии симптомной миомы матки, субсерозного узла на ножке, опухоли, деформирующей полость органа, цервикальный канал или устья фаллопиевых труб, а также при диаметре новообразования от 8-10 см и сочетании миомы с идиопатическим бесплодием, кистой яичника, эндометриозом или другой гинекологической патологией, требующей хирургического лечения.

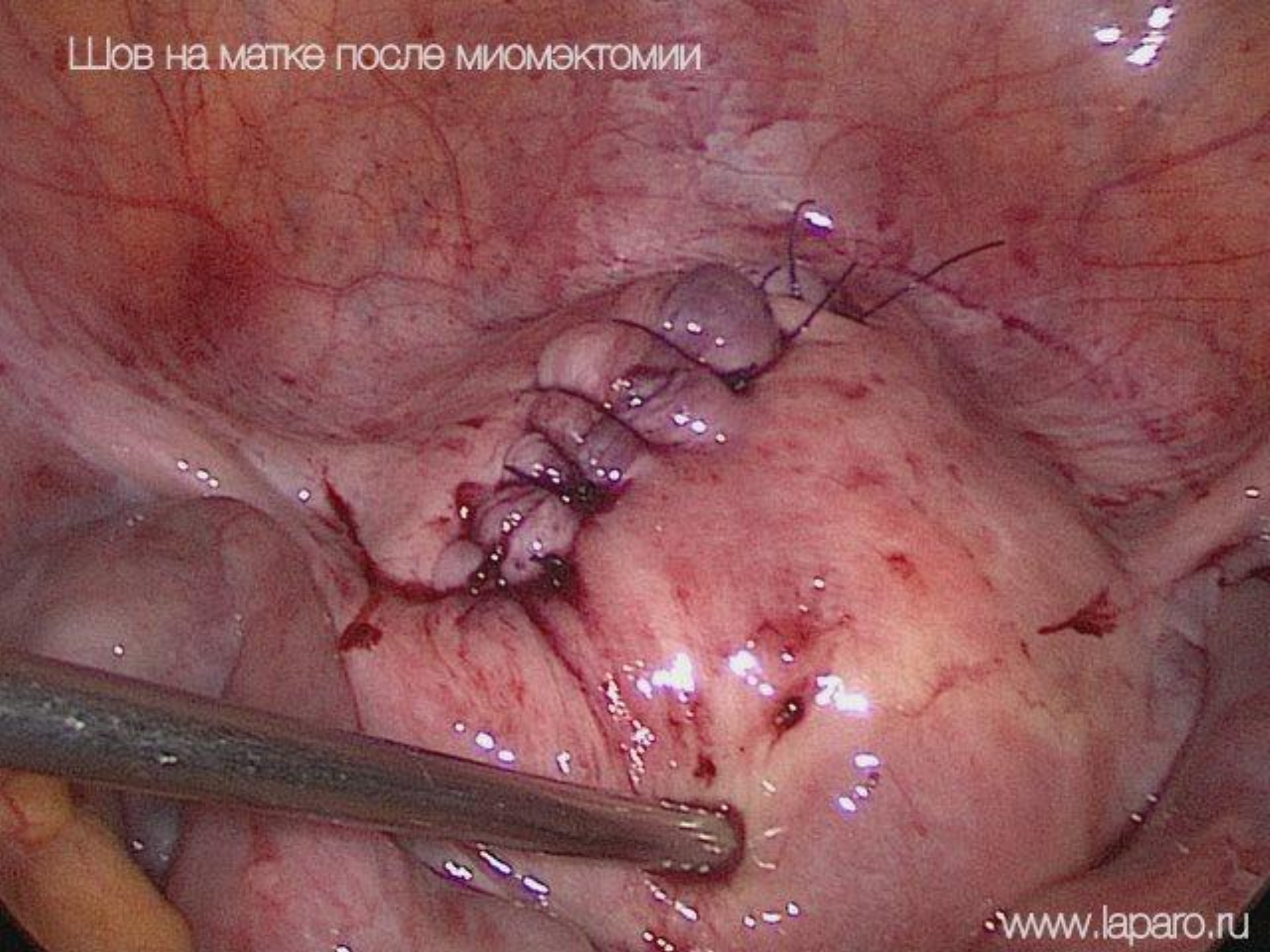


у 32-летней пациентки были удалены 56 миоматозных узла различной величины и локализации с последующей благоприятно протекающей беременностью, завершившейся кесаревым сечением в срок

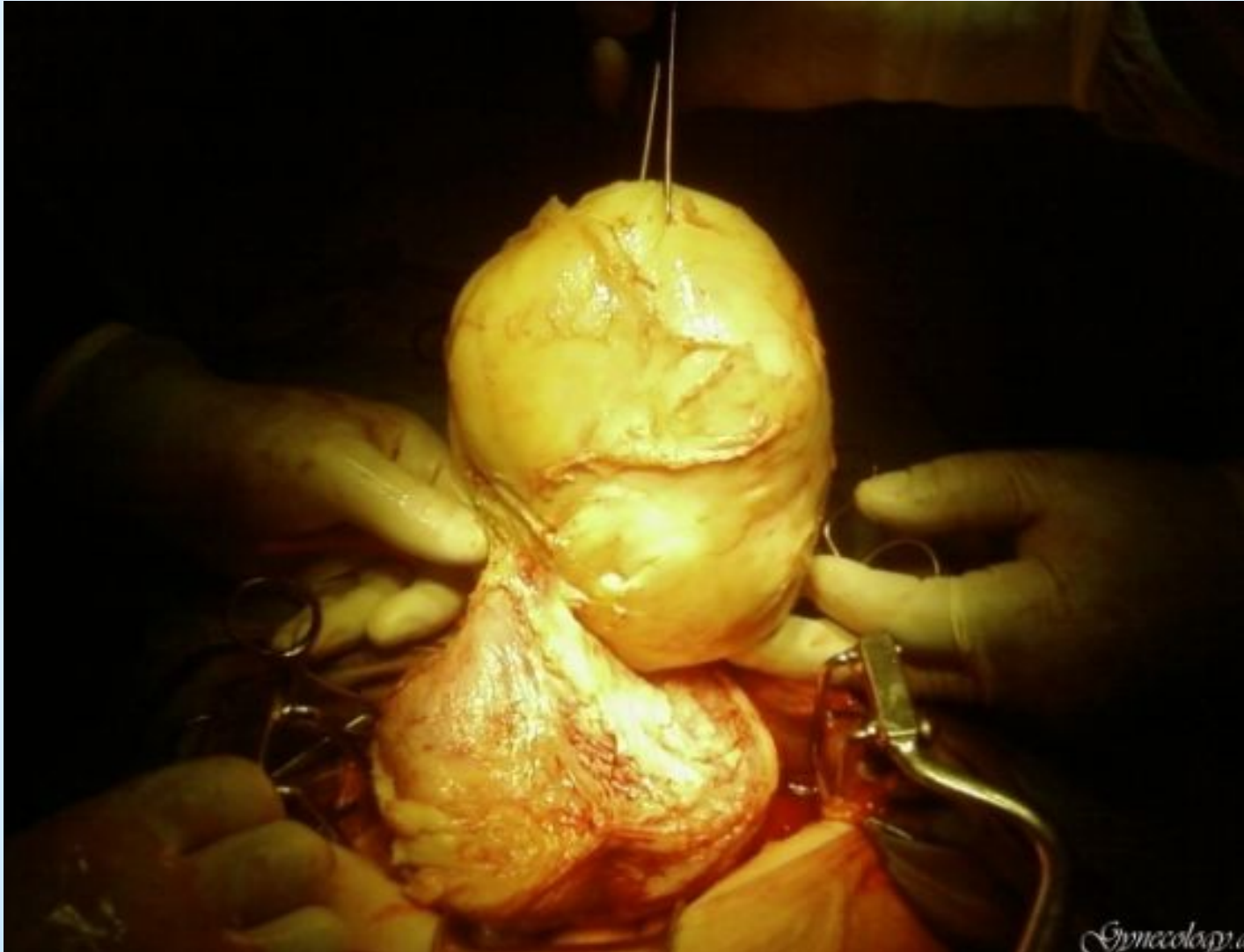


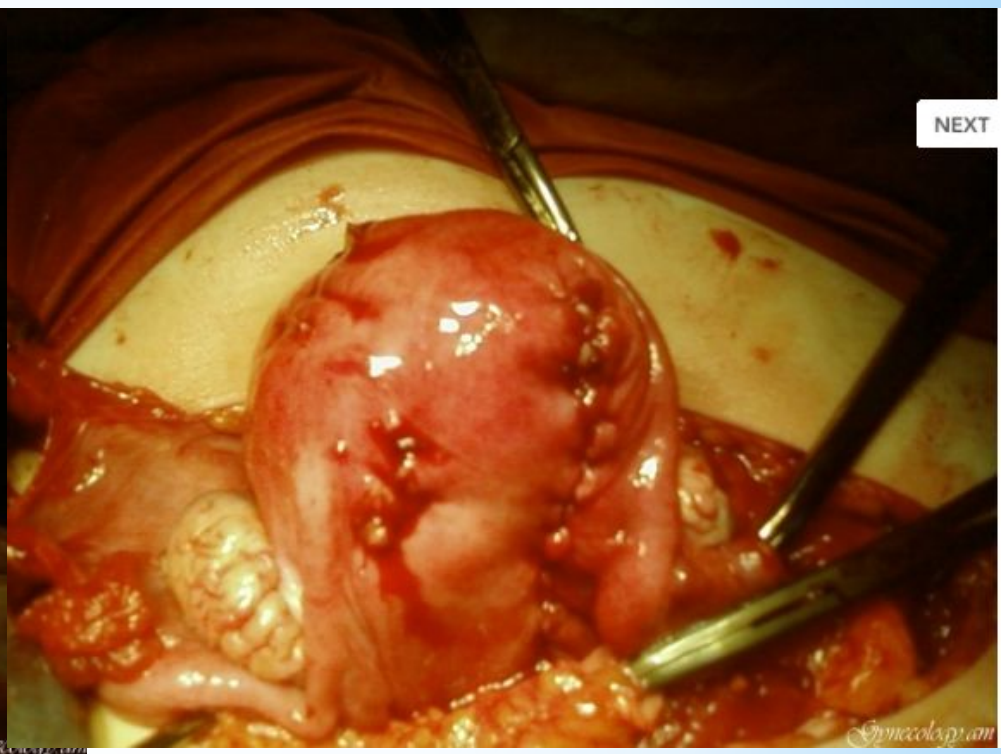
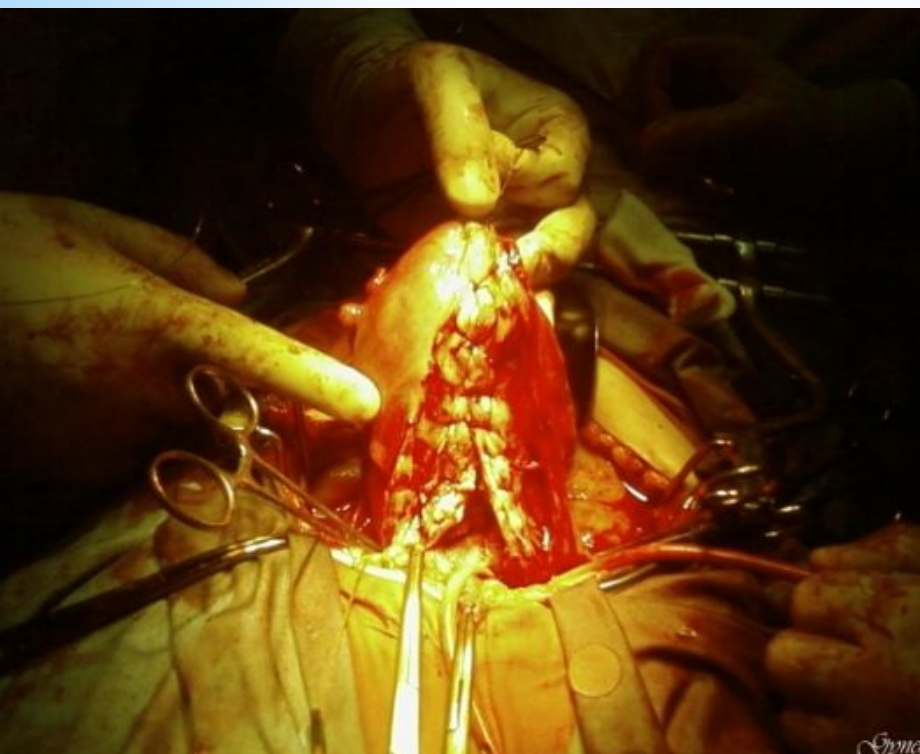


Шов на матке после миомэктомии



В другом случае также завершившаяся в срок беременность наступила через 8 месяцев у больной 28 лет после консервативной миомэктомии с метропластикой по поводу трансмуральной миомы больших размеров





NEXT

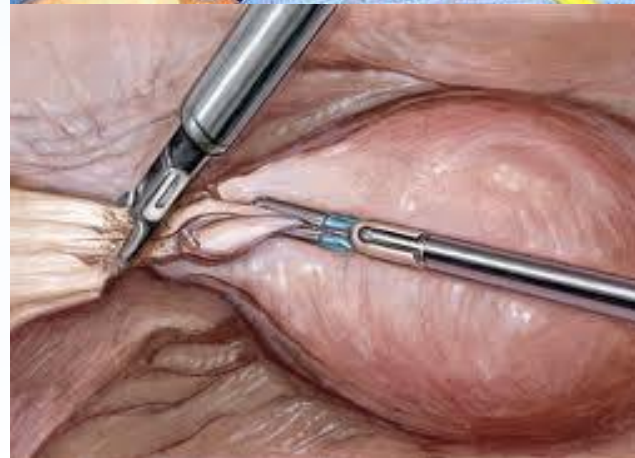
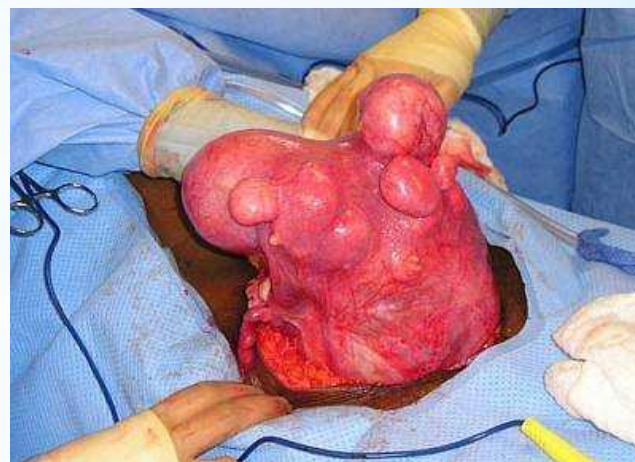
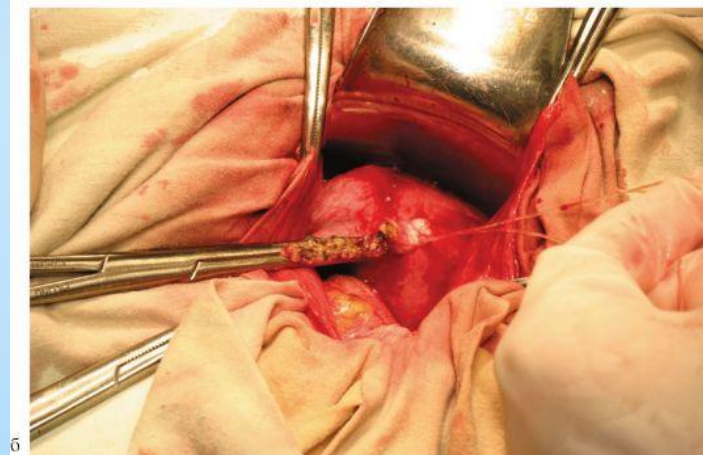
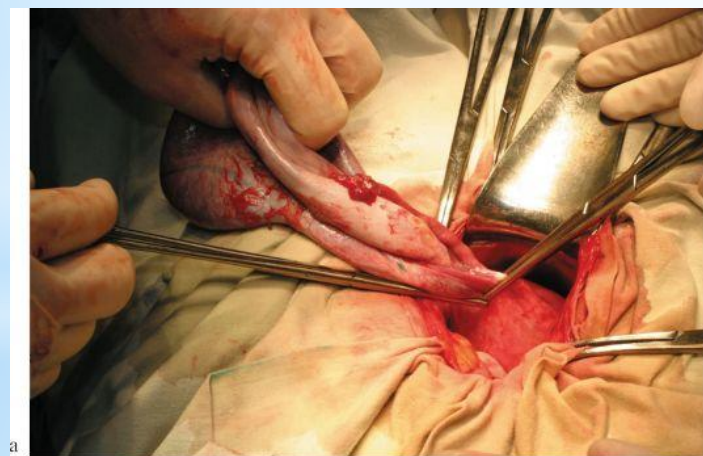
Gynecology.com

Gynecology.com

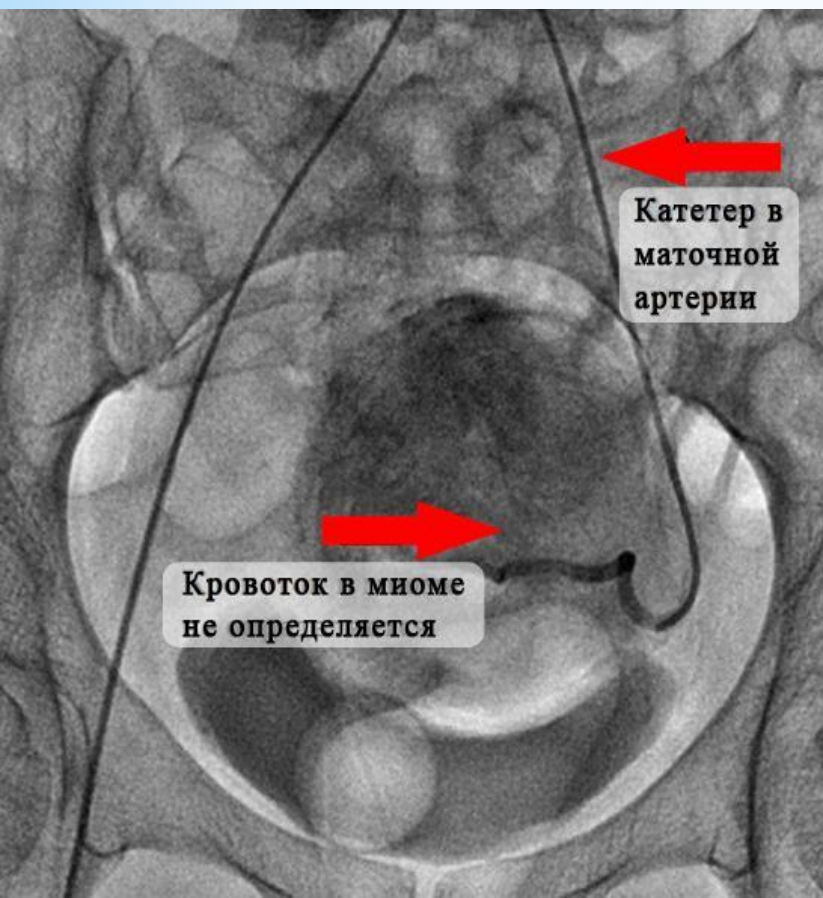
Радикальные операции - это полное удаление матки вместе с новообразованием:

- **тотальная** (экстирпация матки - полное удаление органа)

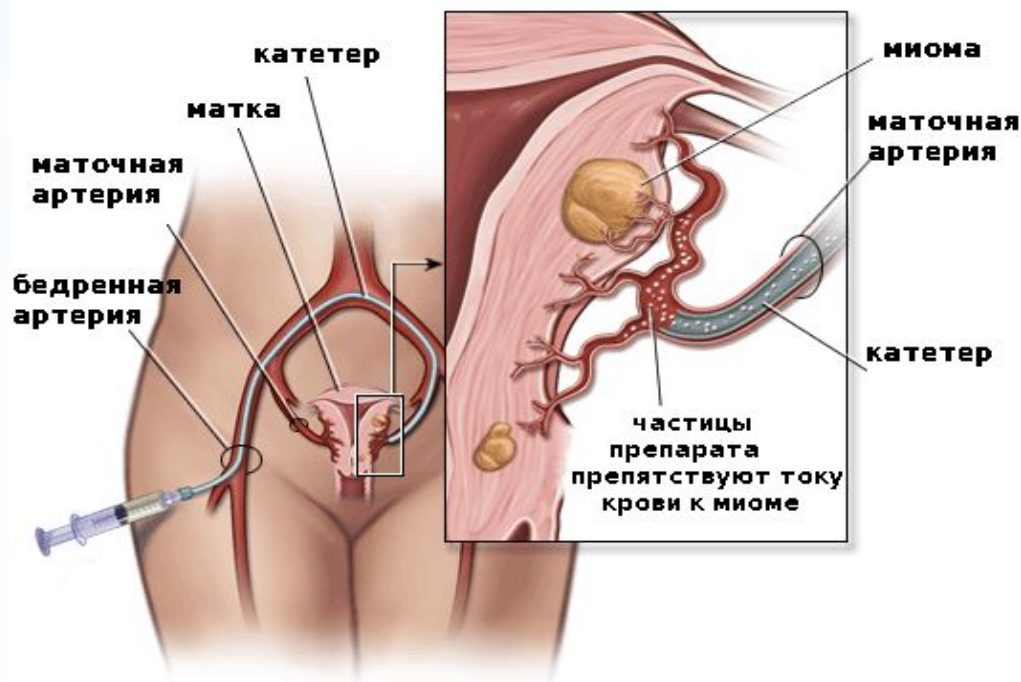
- **субтотальная гистерэктомия** (надвлагалищная ампутация - удаление тела матки без шейки). Это инвалидизирующие вмешательства, сопряжённые с риском развития целого ряда осложнений. Данное оперативное вмешательство может проводиться абдоминальным, лапароскопическим или вагинальным путём.



Эмболизация маточных артерий - это введение в эти сосуды через бедренную артерию вещества, которое блокирует кровоток в миоматозном узле, вызывая инфаркт опухоли. Здоровый миометрий при этом кровоснабжается в обычном режиме. Минус этого вмешательства, помимо недостатка данных, касающихся влияния на репродуктивную функцию женщины, является отсутствие информации об отдалённых результатах.



Эмболизация маточных артерий (ЭМА)



Трансабдоминальная МРТ-контролируемая криотерапия. Под контролем магнитно-резонансного томографа в миоматозный узел вводится несколько криопроб, активизация которых приводит к разрушению опухоли. Метод требует дальнейших исследований.

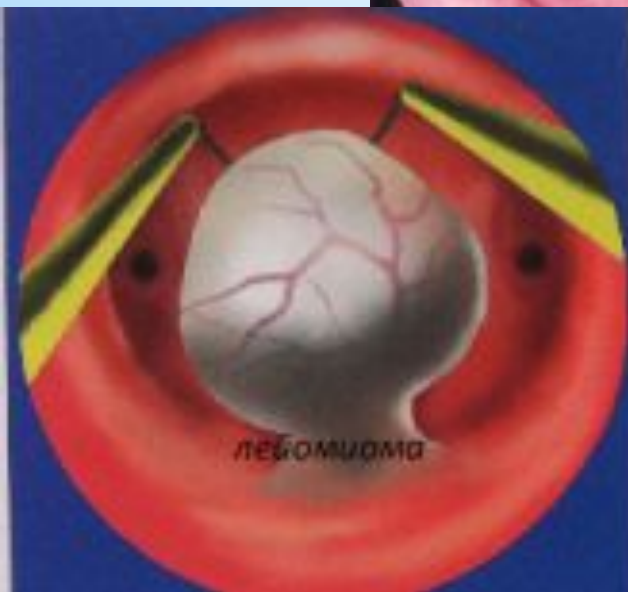
ФУЗ-абляция - дистанционное разрушение миомы матки с помощью фокусированного ультразвука, контролируемое с помощью магнитно-резонансного томографа. Является экспериментальной методикой, что наряду с другими имеющимися противопоказаниями ограничивает область её применения. При этом оказывается как прямое (термический некроз миоматозной ткани), так и опосредованное (нарушение питания новообразования за счёт изменения местного кровотока) повреждающее воздействие



Гистероскопическая миомэктомия (гистерорезектоскопия) - удаление миоматозных узлов вагинальным доступом. Через влагалище и шейку в матку вводится гибкий прибор, снабжённый волоконной оптикой (гистероскоп), через него специальными хирургическими инструментами удаляется опухоль. В среднем от 10 до 20 % миоматозных узлов находятся в позиции, позволяющей убрать их при помощи данного метода.

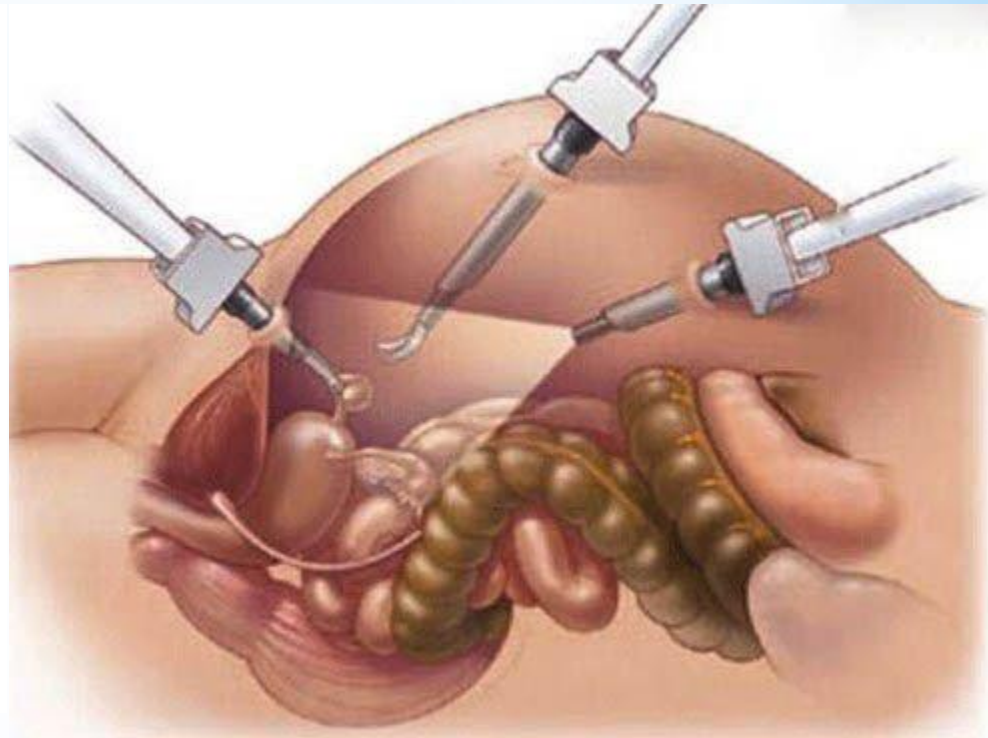
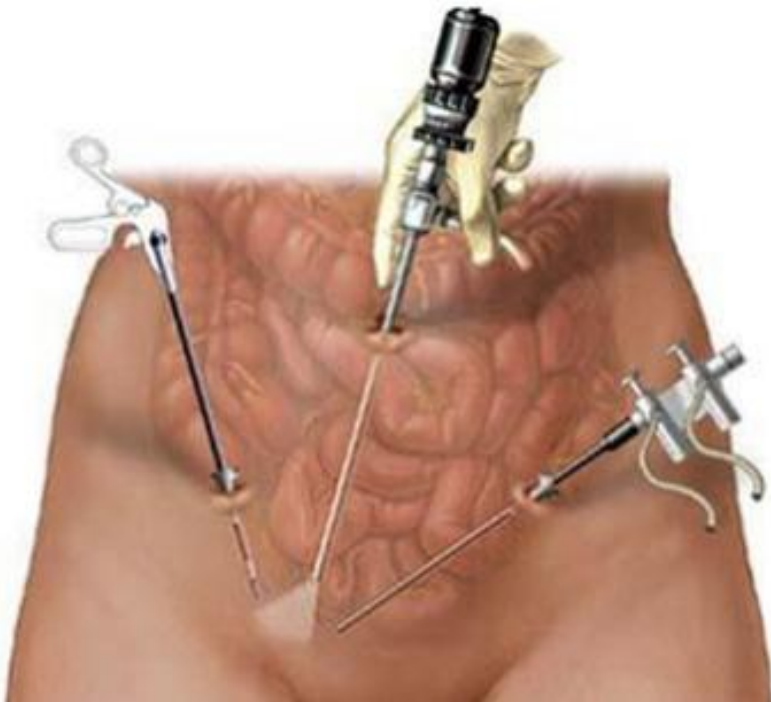
Метод показан при субмукозной локализации новообразования, наличии миомы на ножке, мено- или метrorрагиях, приводящих к анемии, невынашивании беременности и бесплодию. Процедура выполняется амбулаторно на первой неделе менструального цикла под местной анестезией или общим наркозом.

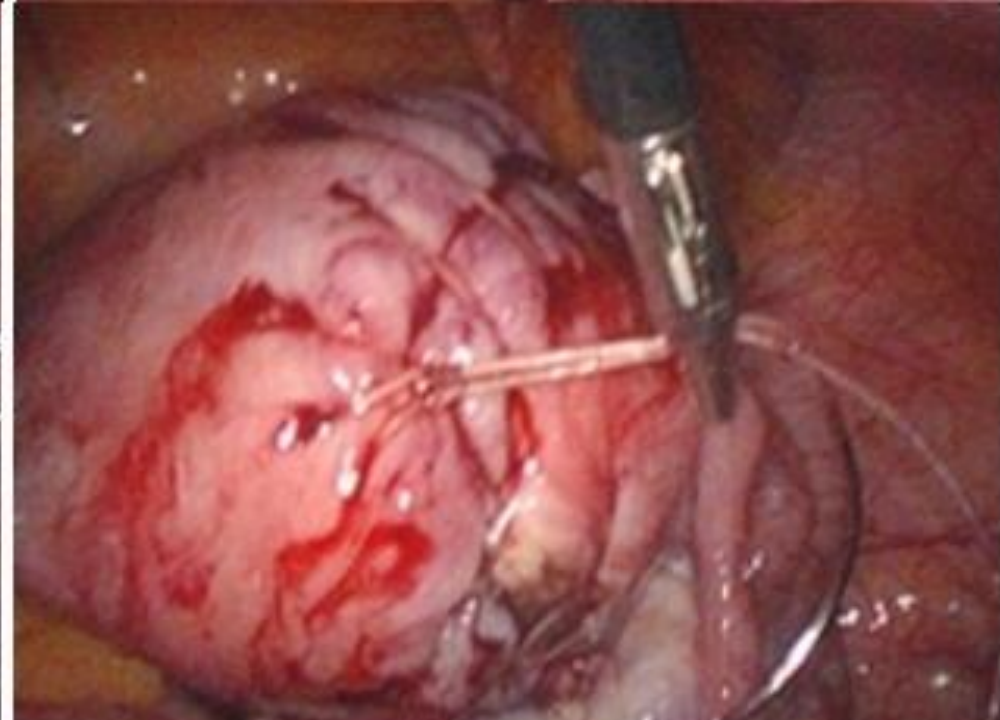
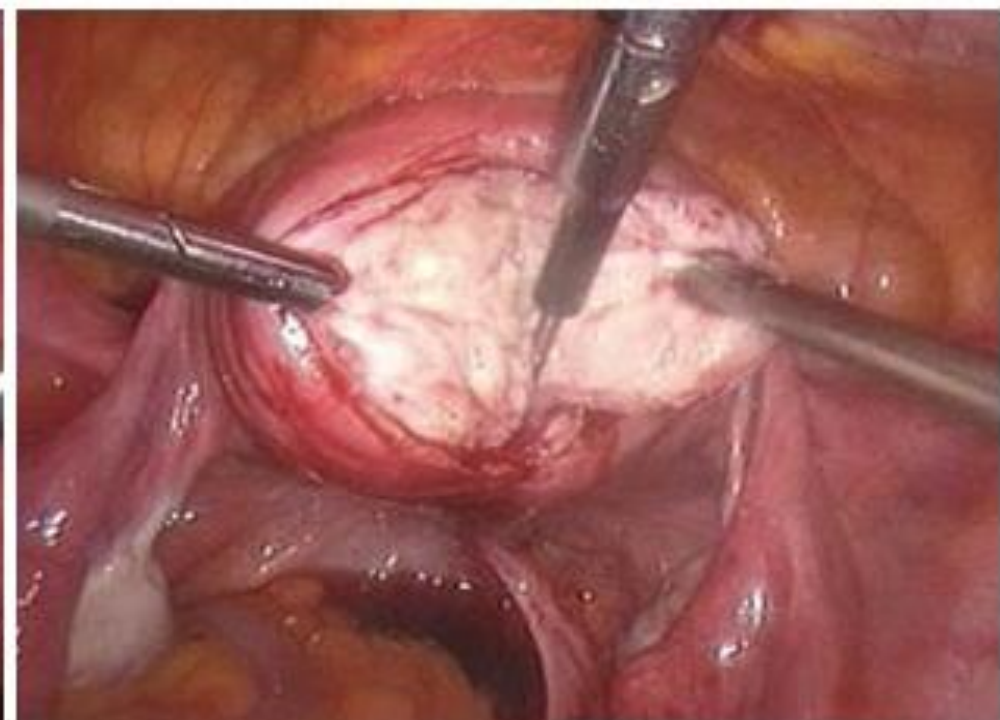


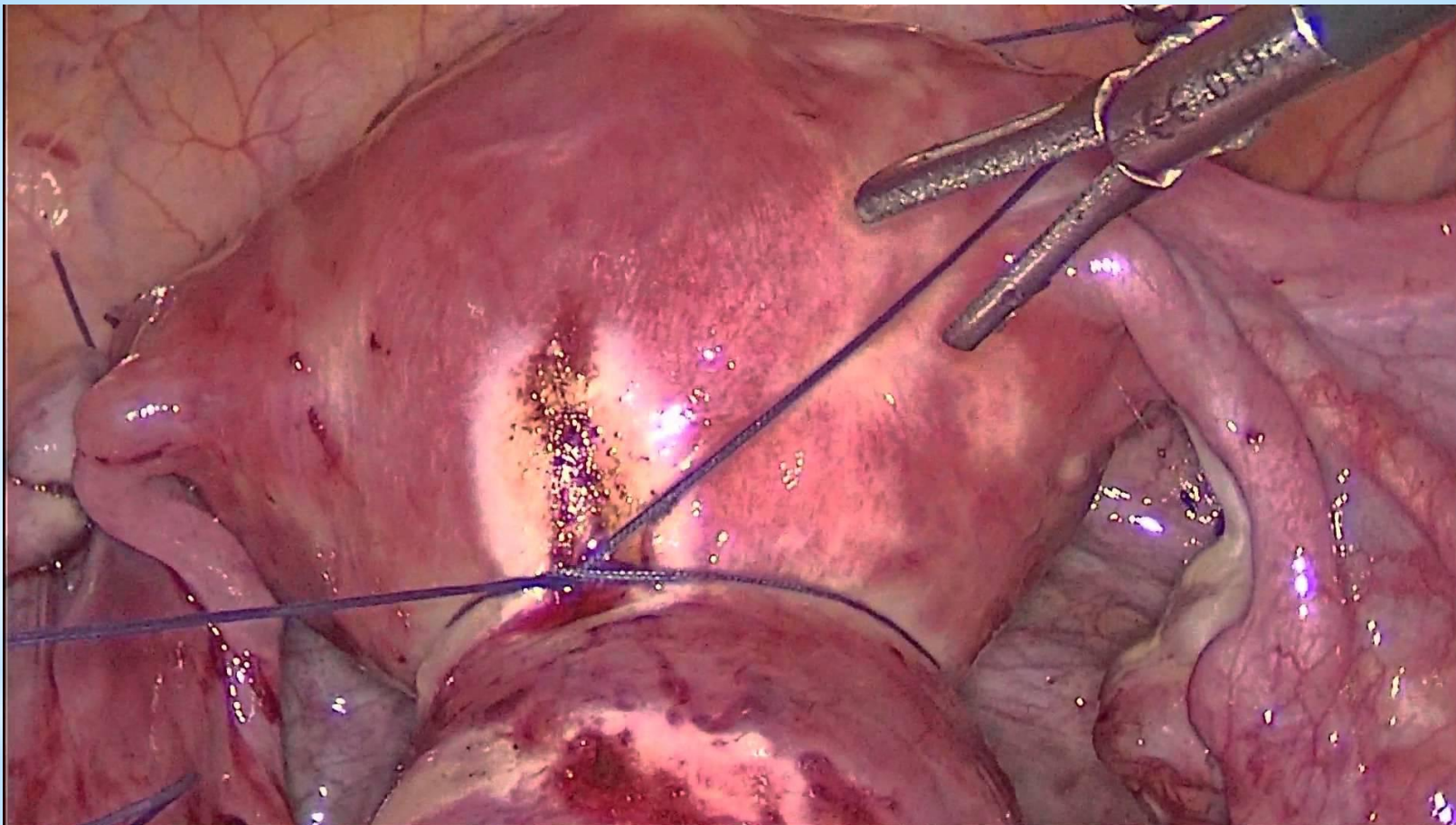


Методика проведения лапароскопической миомэктомии

Во время лапароскопической миомэктомии используются новейшие методики: лазерная, ультразвуковая и электрохирургическая. Операция проходит под общим наркозом, продолжительность её 30 минут - 2 часа.

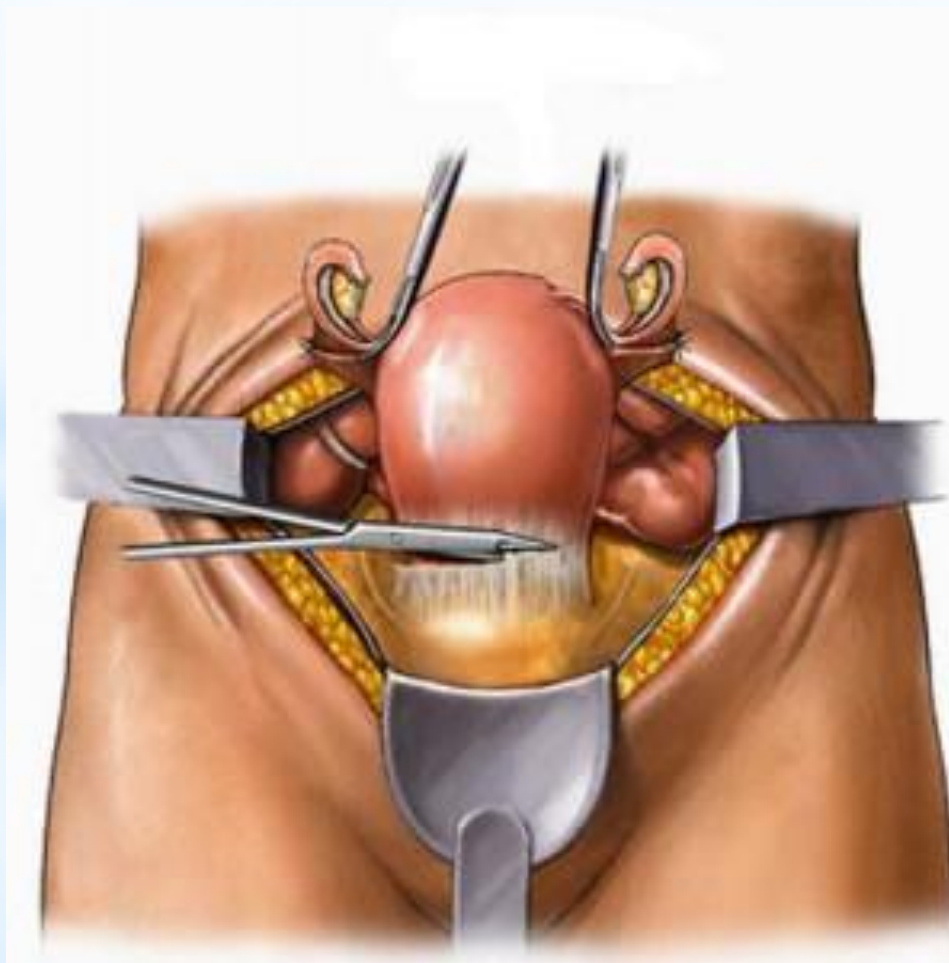


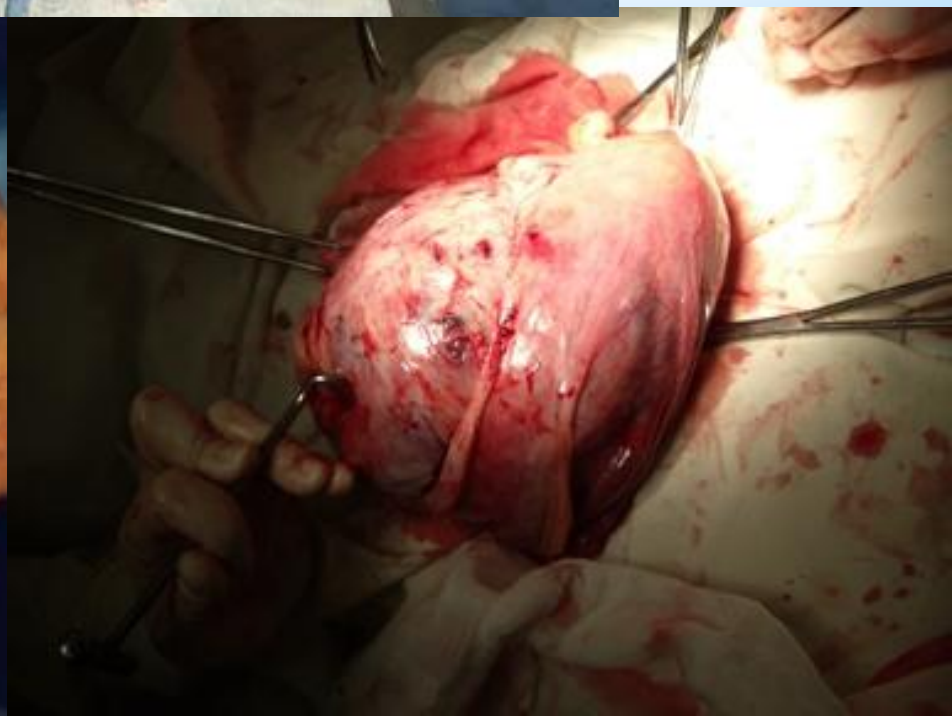




удаление миоматозного узла из левого угла матки с сохранением
маточной трубы

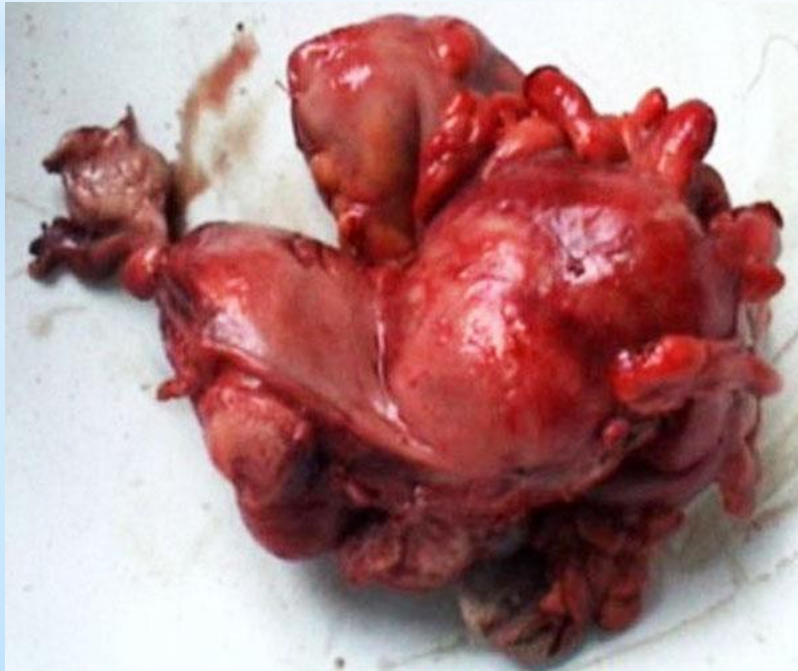
Абдоминальная (открытая) миомэктомия - иссечение (энуклеация) миоматозных узлов лапаротомическим доступом, при этом матка не удаляется. Данное вмешательство применяется в качестве альтернативы лапароскопической методике при отсутствии необходимого оборудования в клинике.





Прогноз.

Миома матки малигнизируется (переходит в злокачественную форму) в 2-5% случаев. В такой ситуации показано удаление матки с близлежащими лимфоузлами. Новые клетки рождаются с измененной структурой ДНК и увеличенным ядром, неправильными очертаниями, размножаются бесконтрольно, уничтожая здоровые. Стимулом для этого процесса становятся: курение и алкоголь, подстегивающие интоксикацию тканей; неправильное питание с преобладанием животных жиров, минимумом витаминов и клетчатки; лишний вес, провоцирующий обменный сбой; усиление кровообращения в малом тазу в результате большой физической нагрузки; стрессы, стимулирующие обменные нарушения; травмы, подталкивающие патологическое развитие клеток; прогревание опухоли, стимулирующее сосуды к усиленной подаче кислорода к ней.



Рак тела матки

Классификация опухолей яичников.

I. Эпителиальные опухоли (цистаденомы):

- 1) серозные (цистаденома и папиллярная цистаденома, поверхностная папилома, аденофиброма, цистаденофиброма)
- 2) муцинозные (цистаденома, аденофиброма и цистаденофиброма)
- 3) эндометриоидные (аденофиброма и цистаденофиброма, аденома и цистаденома)
- 4) светлоклеточные (мезонефроидные)
- 5) доброкачественная опухоль Бреннера
- 6) смешанные эпителиальные

II. Опухоли стромы полового тяжа (текома, фиброма, андробластома)

III. Герминогенные опухоли (дермоидные кисты, струма яичника)

IV. Опухолевидные процессы

- 1) единичные фолликулярные кисты
- 2) множественные фолликулярные кисты (поликистозные яичники)
- 3) кисты желтого тела
- 4) параовариальные кисты
- 6) простые кисты
- 7) воспалительные процессы
- 8) эндометриоз
- 9) лютеома беременности
- 10) гиперплазия стромы яичника и гипертекоз

Эпидемиология

Частота встречаемости опухолей яичников составляет 13,3%, причем большая часть выявленной патологии приходится на опухолевидные процессы - 58,8%, на истинные опухоли - 39,1%.

На первом месте эпителиальные опухоли (76%). Среди них:

- Серозные - 69,9%;
- Муцинозные - 14,8%
- Эндометриодные - 11,8

На втором месте - опухоли стромы полового тяжа - 14,9%.

Основная масса больных с ДОЯ (69%) приходится на возрастную группу от 31 до 60 лет.

Киста яичника - опухолевидное образование. Представляет собой капсулу, которая наполнена жидким или полужидким содержимым. Растет только за счет растяжения ее стенок, сама ткань не разрастается. При увеличении размера может сдавливать внутренние органы, но не перерастает в злокачественную опухоль и не метастазирует.

Кистома яичников - это истинная опухоль яичника. Растет за счет деления и роста клеток, может прорасти в ткани других органов и разрушать их. Склонна к быстрому увеличению в размерах и метастазированию.

Клиника

ЖАЛОБЫ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ БОЛЬНЫМИ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

	Характер жалоб и симптомов	Частота встречаемости (%)
	Боли в низу живота или в пояснице	31,2
	Нарушение менструальной функции в детородном возрасте	24,5
	Кровянистые выделения в менопаузе	6,0
	Бесплодие (первичное или вторичное)	7,4
	Дизурические явления	5,2
	Запоры	4,8
	Увеличение живота	3,5
	Прочие	2,2

Простая серозная цистаденома (гладкостенная цилиоэпителиальная цистаденома, серозная киста) - истинная доброкачественная опухоль яичника. Самая распространенная среди всех кист яичников (около 70%).

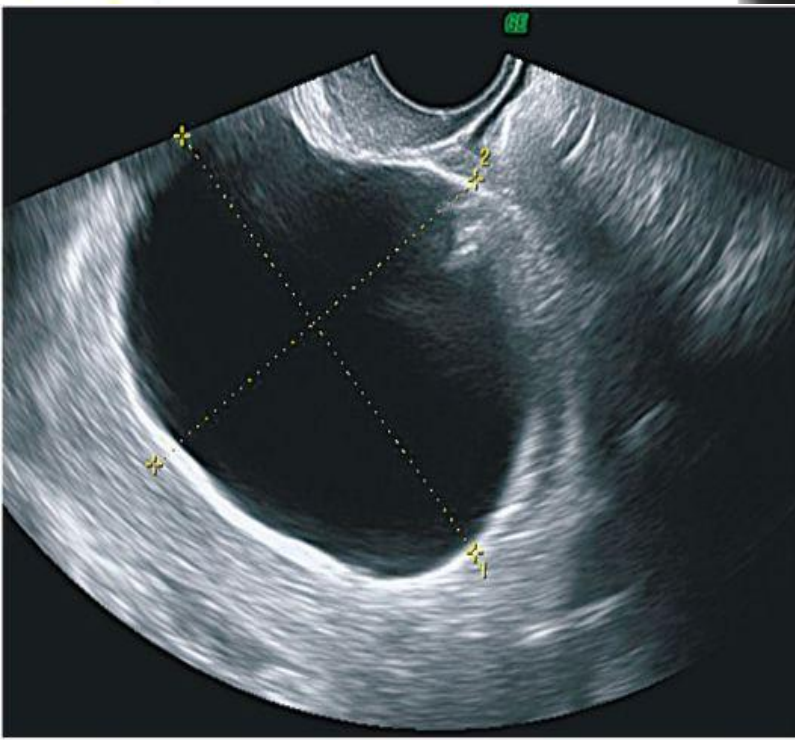
Макроскопически поверхность опухоли гладкая, опухоль располагается сбоку от матки или в заднем своде. Чаще опухоль односторонняя, однокамерная, овоидной формы, тугоэластической консистенции. Цистаденома не достигает больших размеров, подвижная, безболезненная. Обычно содержимое опухоли представлено прозрачной серозной жидкостью соломенного цвета.

Цистаденома переходит в рак крайне редко.



Серозная цистаденома яичника

- Гигантских размеров серозная цистаденома яичника у женщины в менопаузе



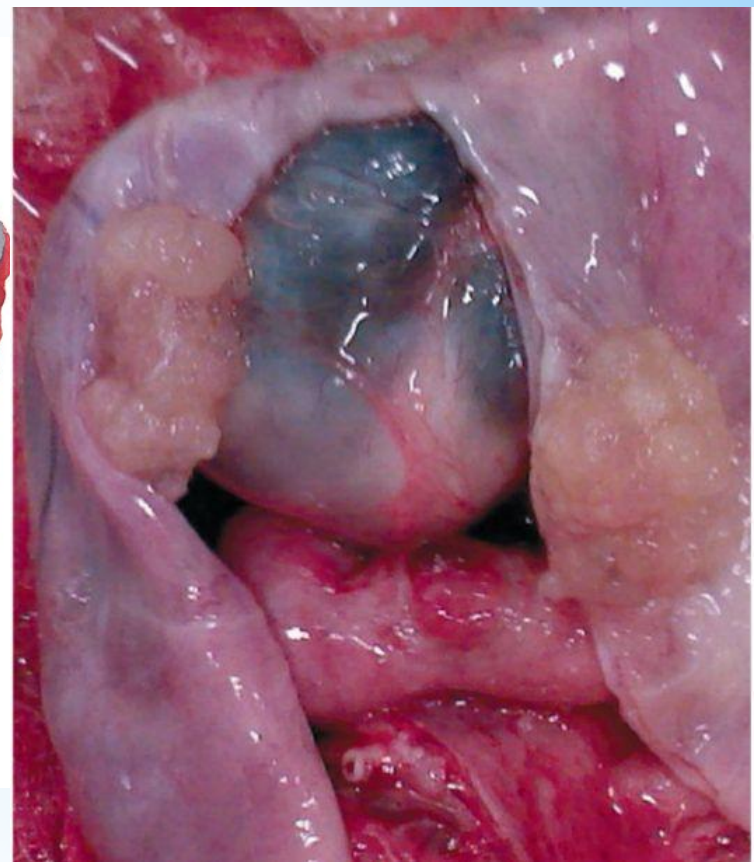
Папиллярная (грубососочковая) серозная цистаденома - морфологическая разновидность доброкачественных серозных цистаденом, наблюдается реже гладкостенных серозных цистаденом. Составляет 7-8% всех опухолей яичников и 35% всех цистаденом. В большинстве случаев размеры папиллярных цистаденом не превышают 10 см в диаметре.

Это одно- или многокамерное кистозное новообразование, на внутренней поверхности имеются единичные или многочисленные плотные сосочковые вегетации на широком основании, белесоватого цвета. Обладает высоким злокачественным потенциалом и *риском развития рака*. Частота малигнизации может достигать 50%.

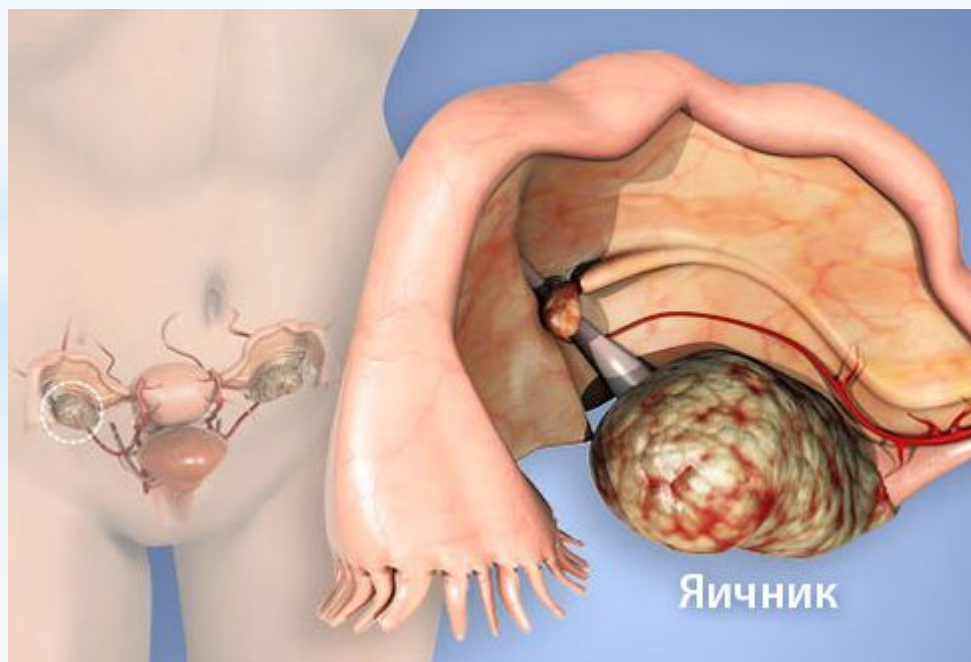




папиллярная серозная цистаденома (сосочки
снаружи кисты)



Поверхностная серозная папиллома (папилломатоз) - редкая разновидность серозных опухолей с сосочковыми разрастаниями на поверхности яичника. Новообразование часто двустороннее и развивается из покровного эпителия. Поверхностная папиллома не распространяется за пределы яичников и имеет истинные сосочковые разрастания. Одним из вариантов папилломатоза является гроздевидный папилломатоз (опухоль Клейна), когда яичник напоминает гроздь винограда.



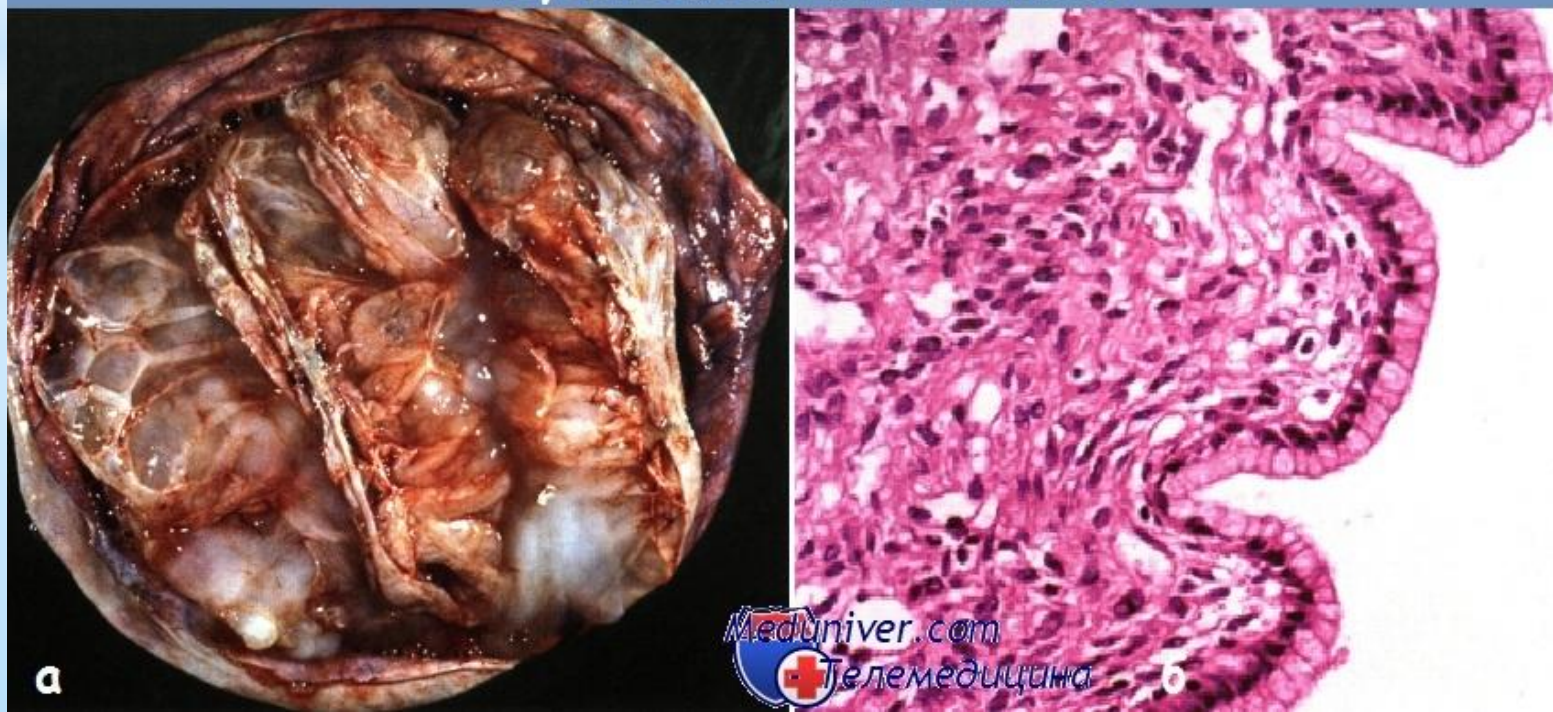
Пограничная папиллома яичника

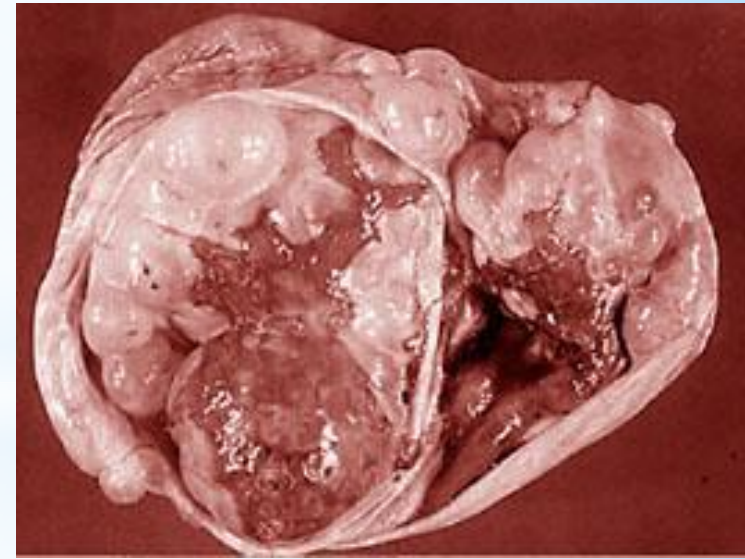
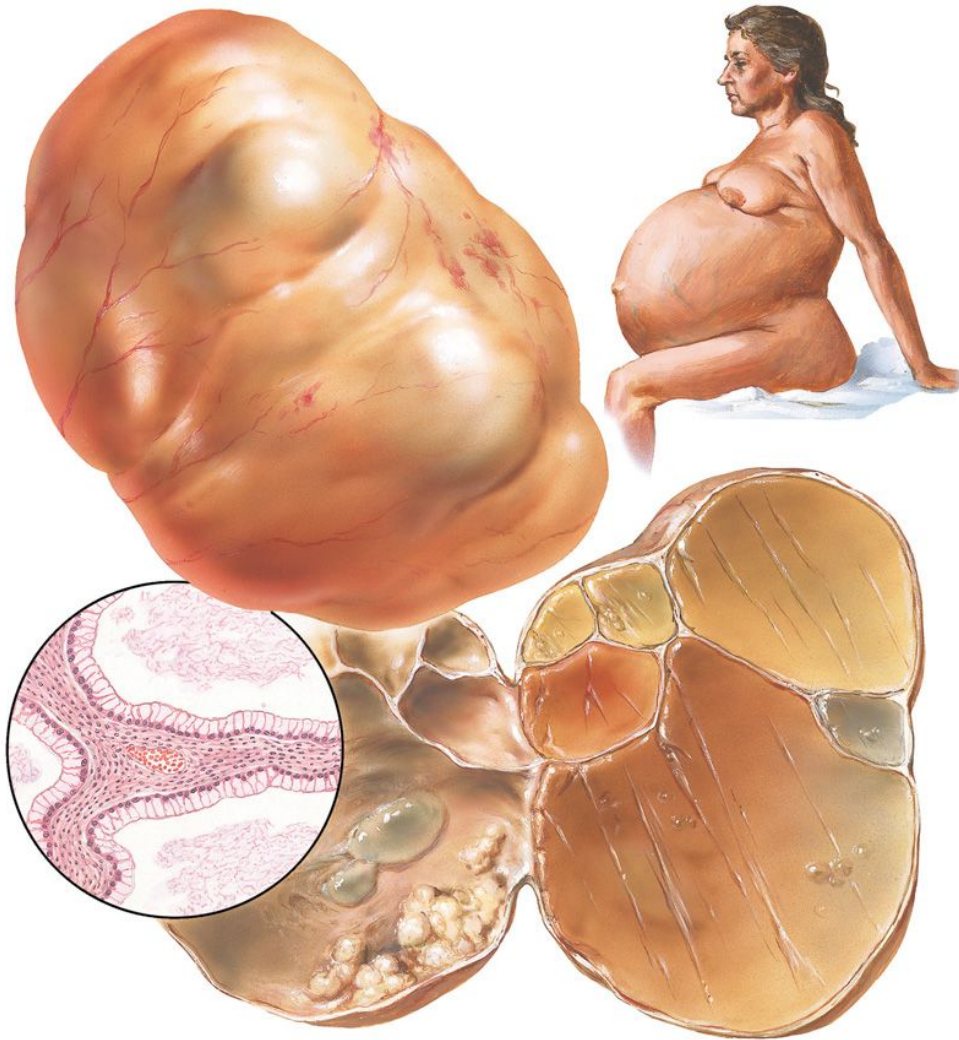
Серозная аденофиброма (цистаденофиброма) встречается относительно редко, часто односторонняя, округлой или овоидной формы, диаметром до 10 см, плотной консистенции. На разрезе ткань узла серовато-белого цвета, плотная, волокнистого строения с мелкими полостями. Возможны грубососочковые разрастания. При микроскопическом исследовании эпителиальная выстилка железистых структур практически не отличается от выстилки других цилиоэпителиальных новообразований.



Муцинозная цистаденома (псевдомуцинозная цистаденома) занимает по частоте второе место после цилиоэпителиальных опухолей и составляет 1/3 доброкачественных новообразований яичника.. Муцинозные цистаденомы почти всегда многокамерные. Камеры выполнены желеобразным содержимым, представляющим собой муцин в виде мелких капелек, слизь содержит гликопротеиды и гетерогликаны. Истинным муцинозным цистаденомам не свойственны папиллярные структуры. Размеры муцинозной цистаденомы обычно значительные, встречаются и гигантские, диаметром 30-50 см. Наружная и внутренняя поверхности стенок гладкие. Стенки большой опухоли истончены и даже могут просвечивать от значительного растяжения. Содержимое камер слизистое или желеобразное, желтоватого, реже бурого цвета, геморрагическое. Потенциально злокачественные.

Муцинозная цистаденома





Опухоль Бреннера (фиброэпителиома, мукоидная фиброэпителиома) впервые описана в 1907 г. Францем Бреннером. Представляет собой фиброэпителиальную опухоль, состоящую из стромы яичника.

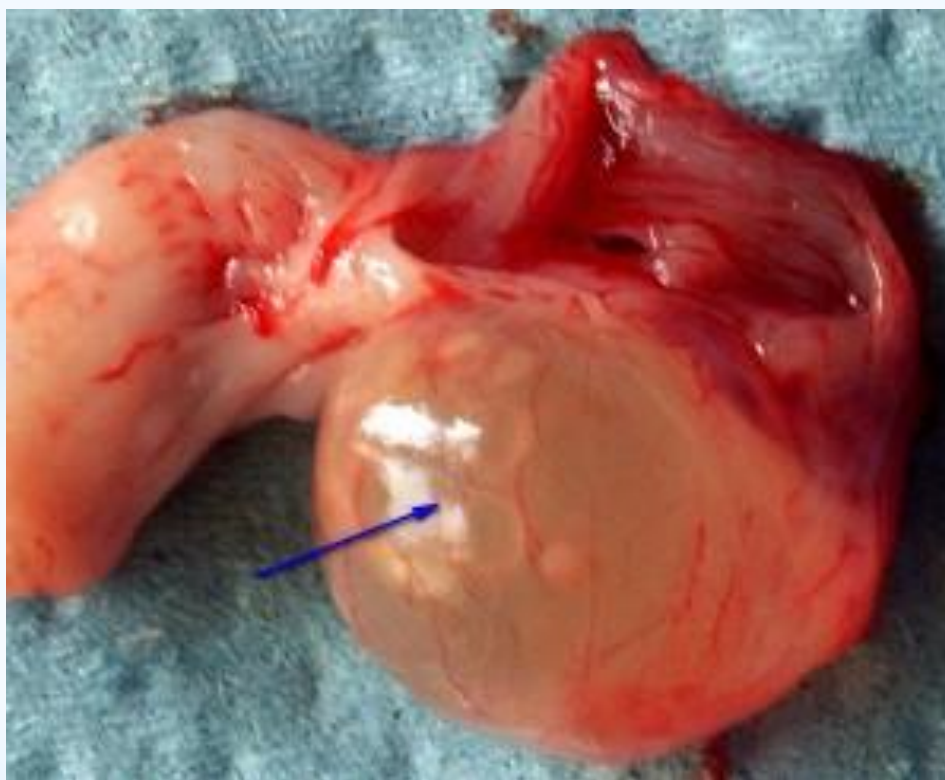
Последнее время все более обосновывается происхождение опухоли из покровного целомического эпителия яичника. Бреннера составляет около 2% всех опухолей яичника. Встречается как в раннем детском возрасте, так и в возрасте старше 50 лет. Опухоль имеет солидное строение в виде плотного узла, поверхность разреза серовато-белая с мелкими кистами. В основном опухоль доброкачественная и обнаруживается случайно на операции.

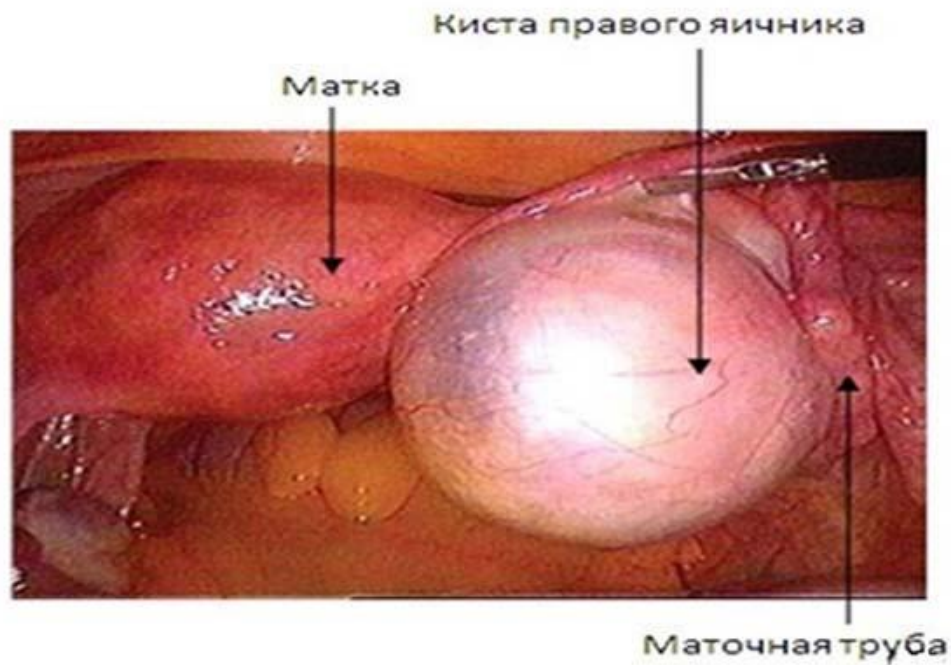
Опухоль Бреннера

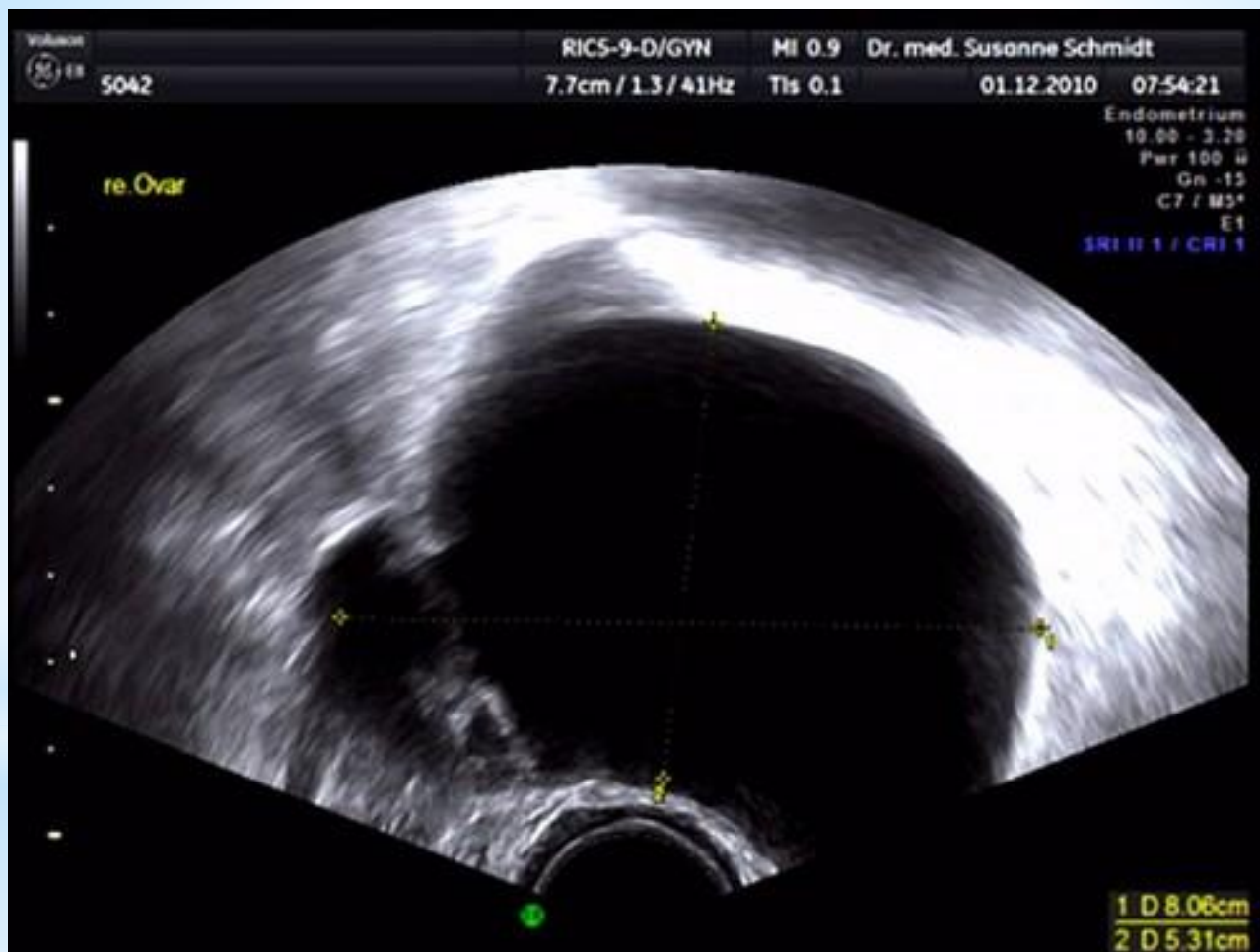


Фолликулярная киста

Фолликулярная киста яичника (функциональная киста яичника) — доброкачественное опухолевидное образование, образующееся из доминантного (наиболее крупного) фолликула при достижении им 3,0 см в диаметре и более и **отсутствии овуляции** (разрыва фолликула и выхода яйцеклетки). Фолликулярная киста составляет 83% от всех кист яичника. Встречается чаще у женщин детородного возраста, но может возникать в течение первых 5 лет климактерического периода. Иногда фолликулярная киста выявляется у плодов и новорожденных. Фолликулярная киста никогда не малигнизируется («не переходит в рак»).







Киста, заполненная жидкостью

Поликистоз яичников

ID_20120130_160551

КУР КЛИНИКА ЖЕН ЗДОРОВЬЯ

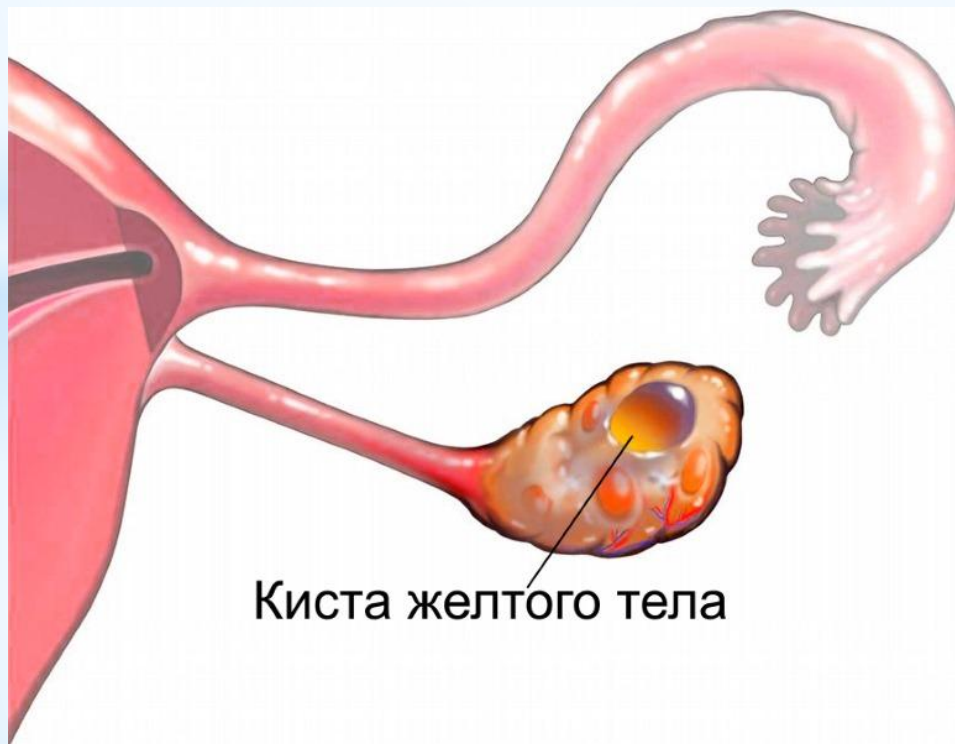
30/01/12
16:05:51

GYN/EV-General
E9-4/C7MHz
DR85/M1/P2
G98/E3/100%
MI1.1 TIs0.3
4.0 cm
17 Hz
ZSI 0
Cine



Киста желтого тела

Киста желтого тела яичника — это одна из разновидностей кист яичников, которая возникает вследствие скопления жидкости в месте лопнувшего фолликула и иногда может содержать кровь. Располагается сбоку или сзади от матки. Ее размеры обычно составляют 3-8 см, но могут достигать до 20 см. При благоприятном течении киста желтого тела яичника не требует специального лечения и проходит сама в течение 2-3 менструальных циклов. Киста желтого тела яичника может обнаруживаться во время беременности. Но она не представляет угрозы для ее течения и развития плода.

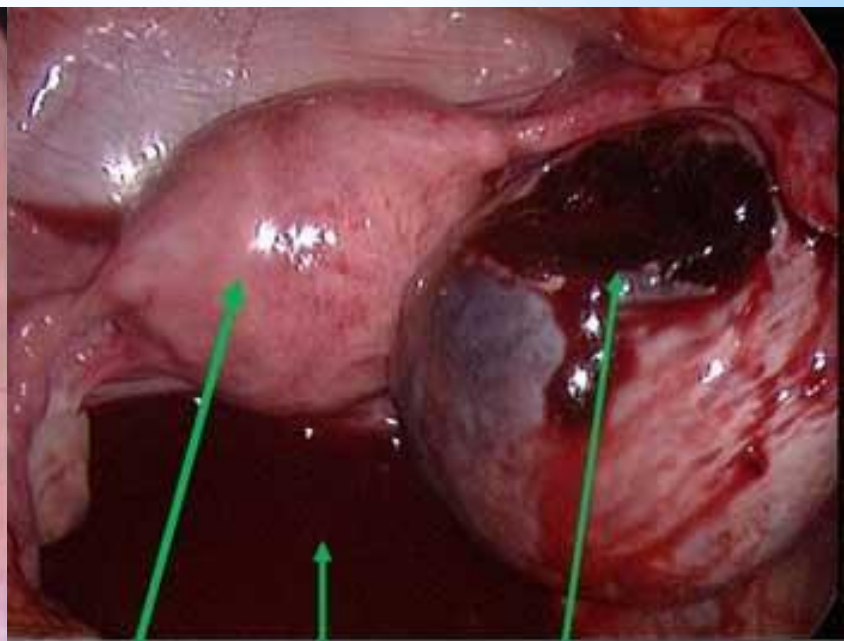
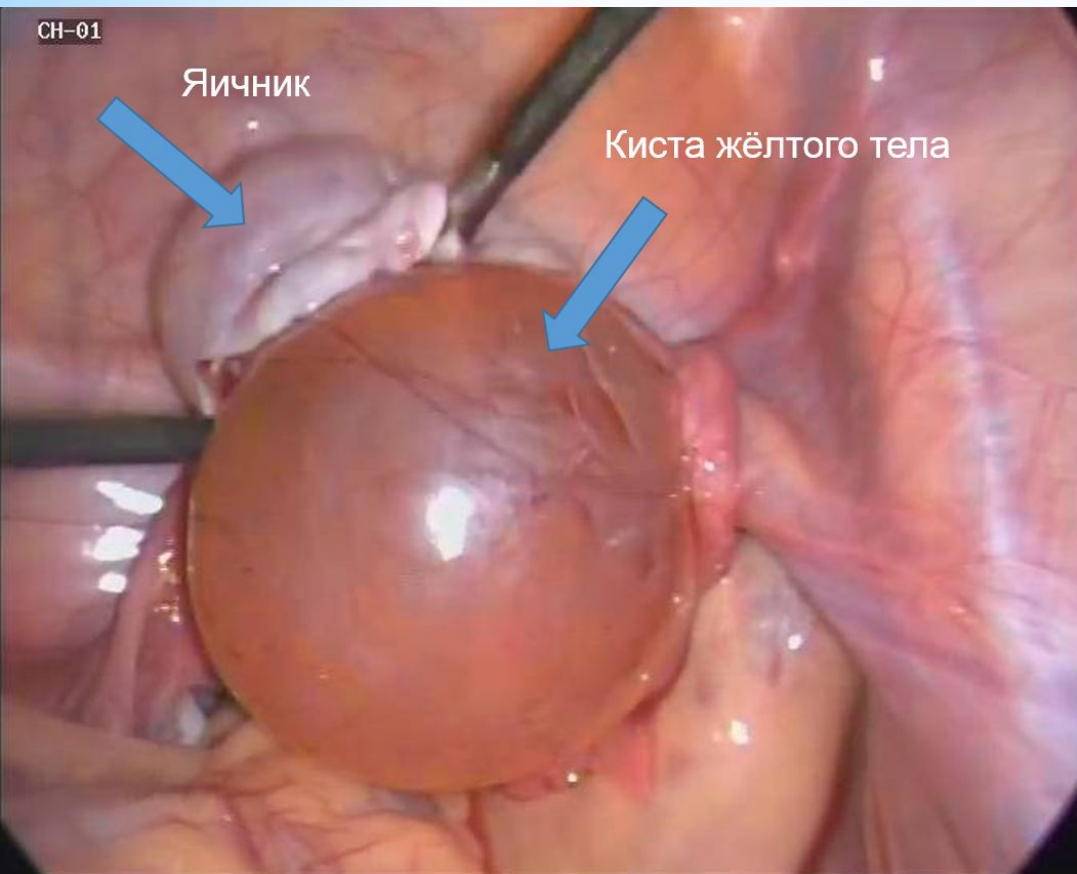


Киста желтого тела

CH-01

Яичник

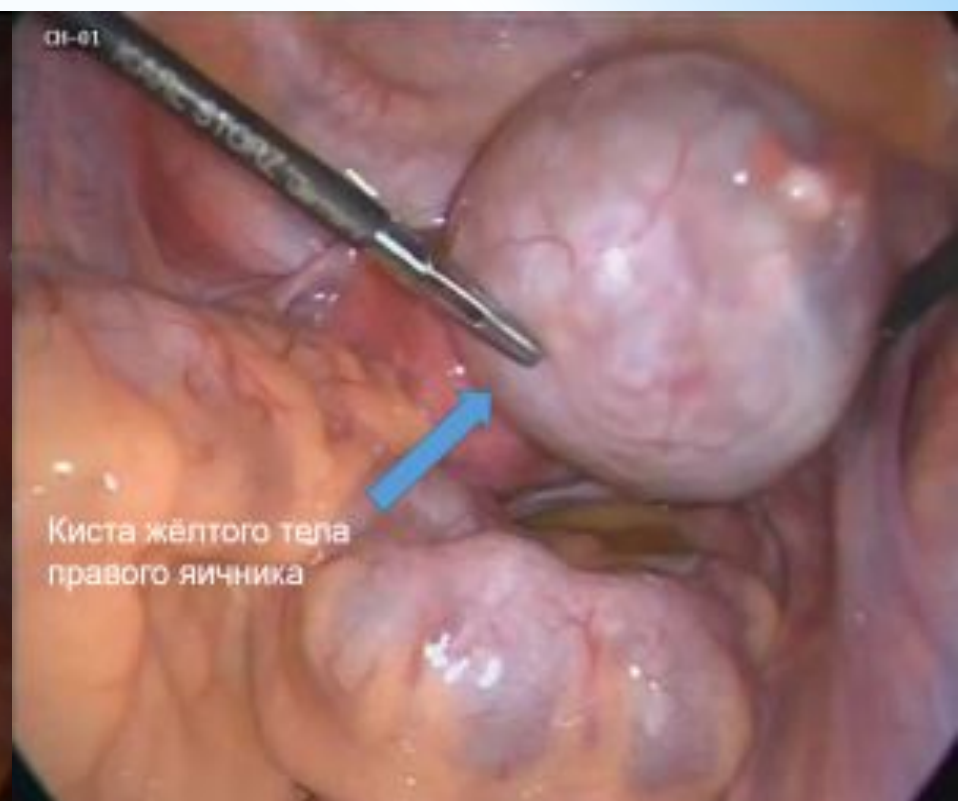
Киста жёлтого тела



Матка

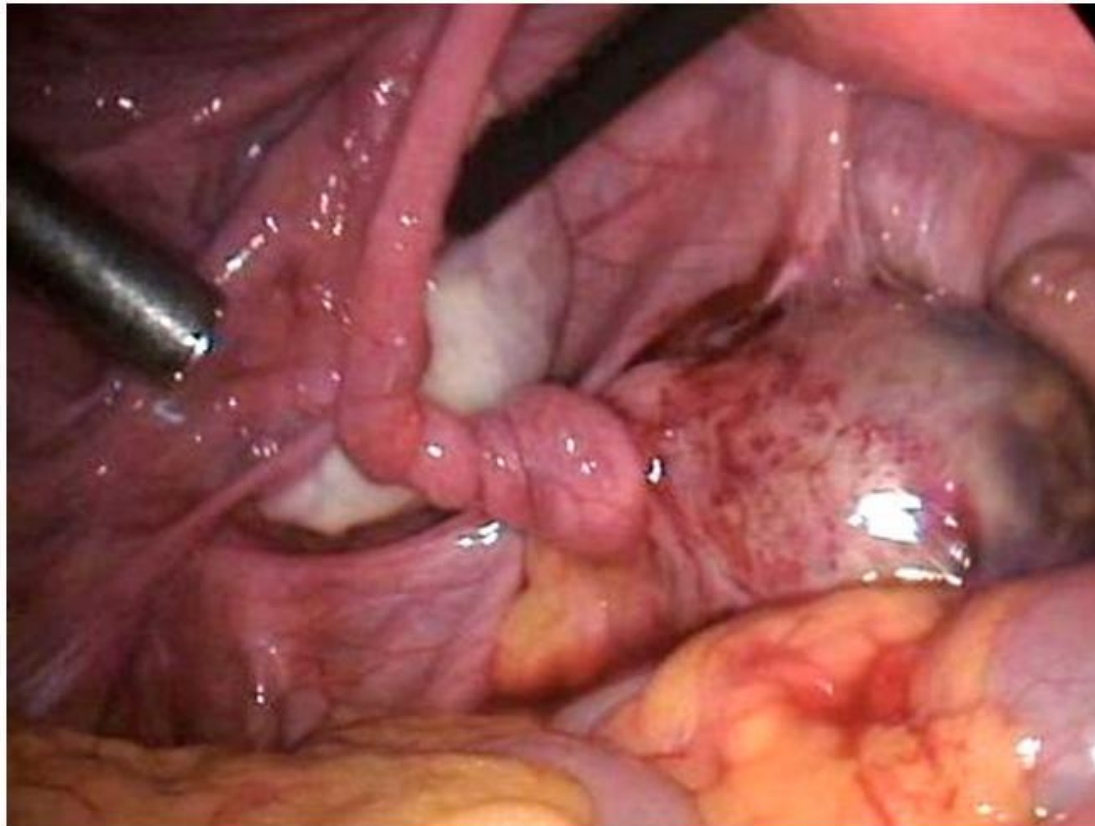
Кровь в малом
тазу

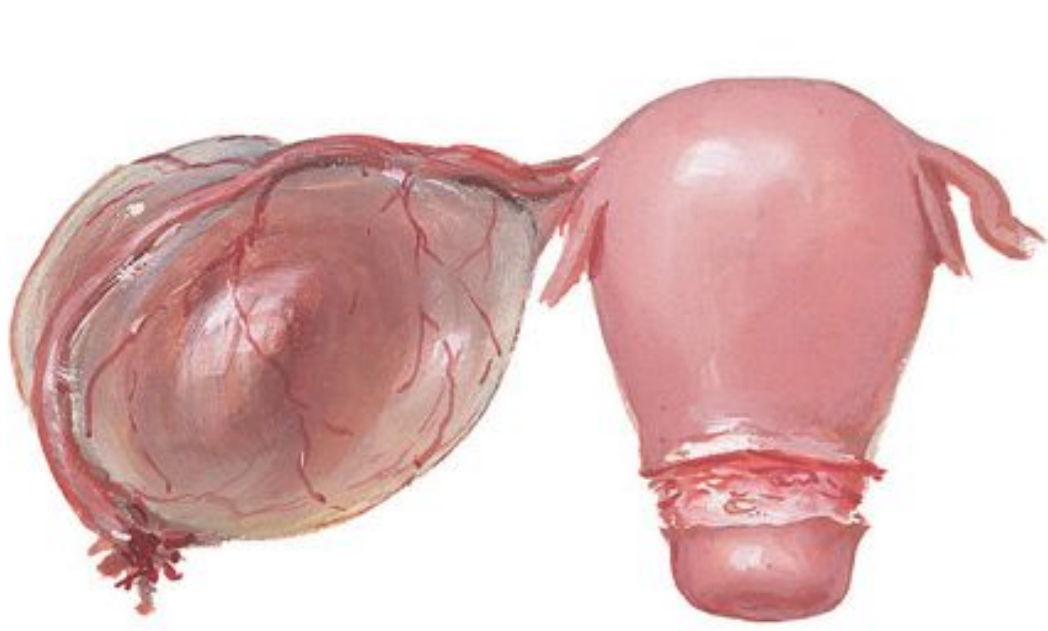
Правый яичник, в нем киста
желтого тела с разрывом
капсулы



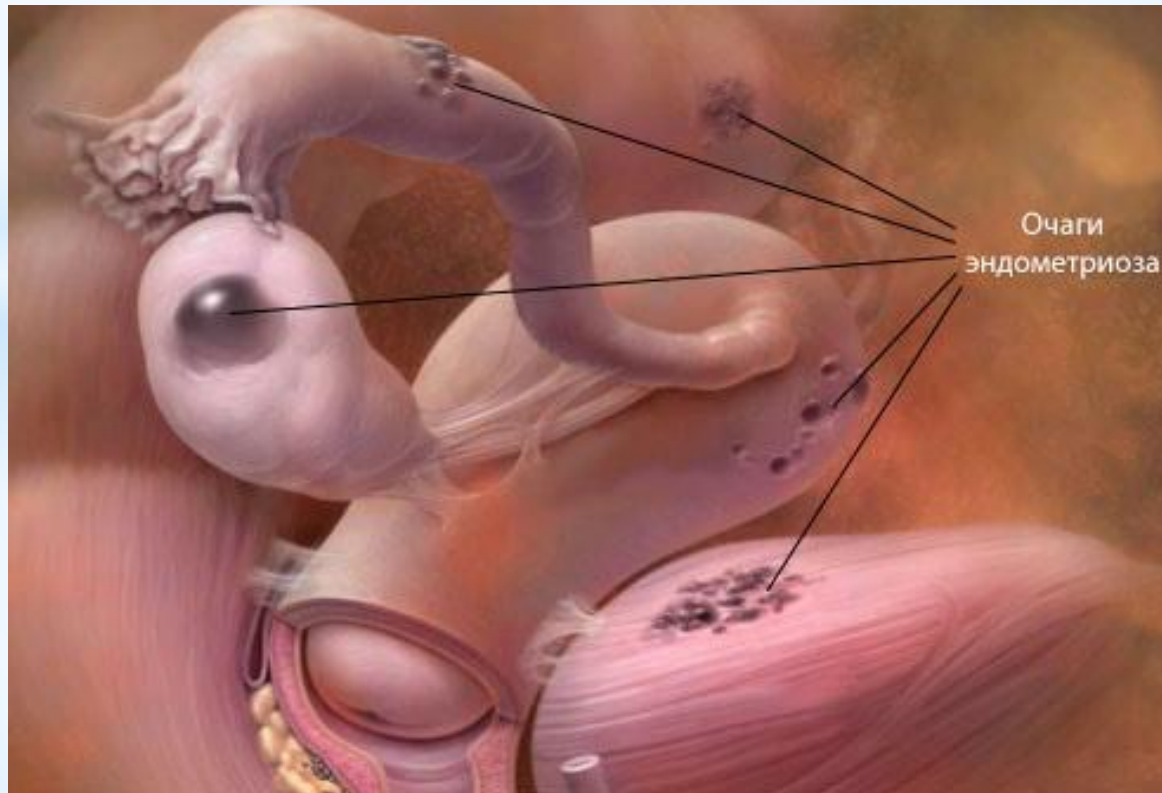
Параовариальная киста – однокамерное полостное опухолевидное образование, которое формируется из придатка яичника. Параовариальная киста находится в ограниченном листками маточных связок пространстве между фаллопиевой трубой и яичником.

- Встречается в любом возрасте
- Часто вызывает боли и дискомфорт внизу живота
- Может деформировать маточную трубу
- Лечится преимущественно оперативно
- При небольших размерах может быть эффективным противовоспалительное лечение



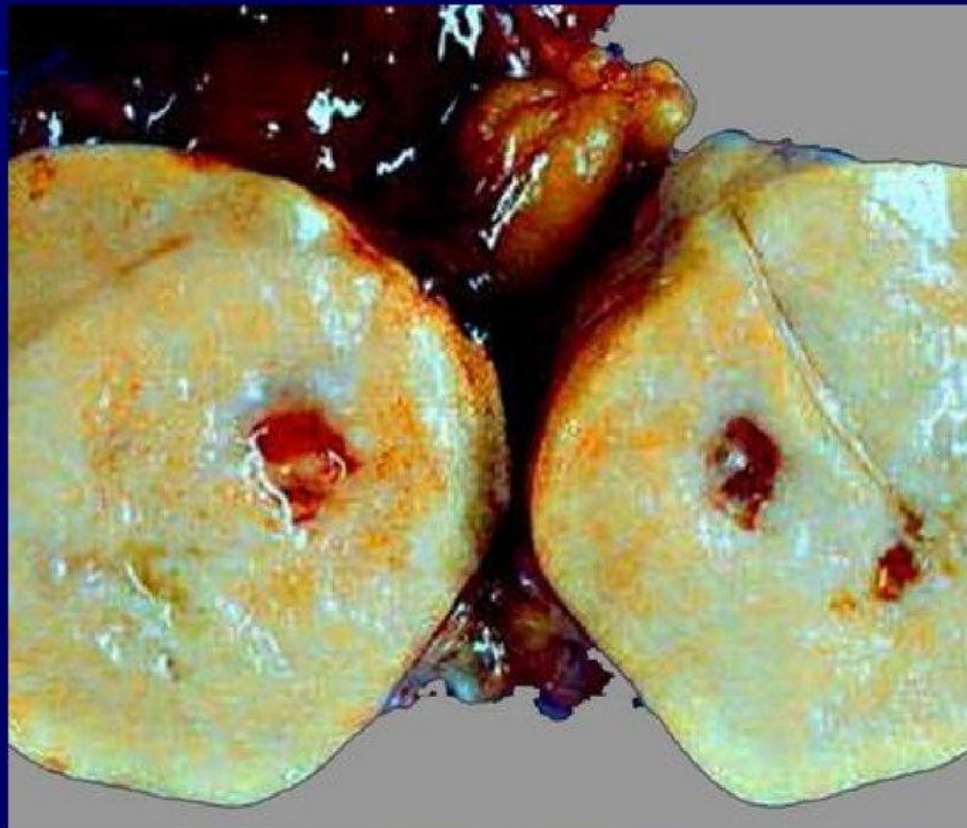


Эндометри́оз — распространённое гинекологическое заболевание, при котором клетки эндометрия (внутреннего слоя стенки матки) разрастаются за пределами этого слоя. Развивается у женщин репродуктивного возраста. Эти участки подвергаются всем тем изменениям, что происходят в эндометрии в течение менструального цикла. Различают генитальный (в пределах половых органов — матки, яичников) и экстрагенитальный (вне половой системы — пупок, кишечник и т. д.) эндометриоз.



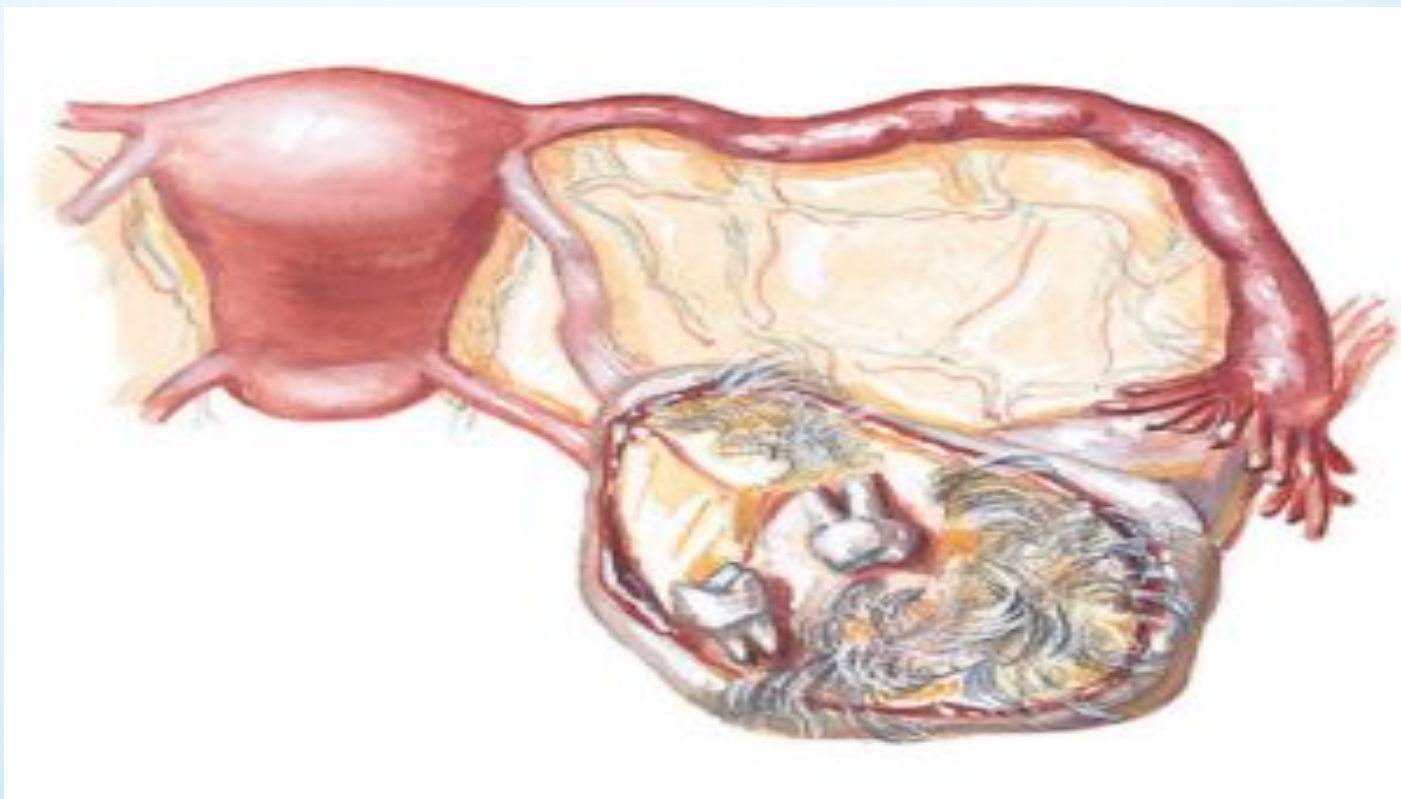
Типичная текома яичника - доброкачественная опухоль, которая состоит из стромальных (тека) клеток. Выявляется втрое реже, чем гранулезоклеточная опухоль. Она наблюдается преимущественно у женщин в перименопаузе (средний возраст - 63 года). Около 10% теком возникают в возрасте до 30 лет; опухоль является редкой в пубертатном периоде. У молодых женщин часто наблюдаются интенсивно кальцифицированные текомы.

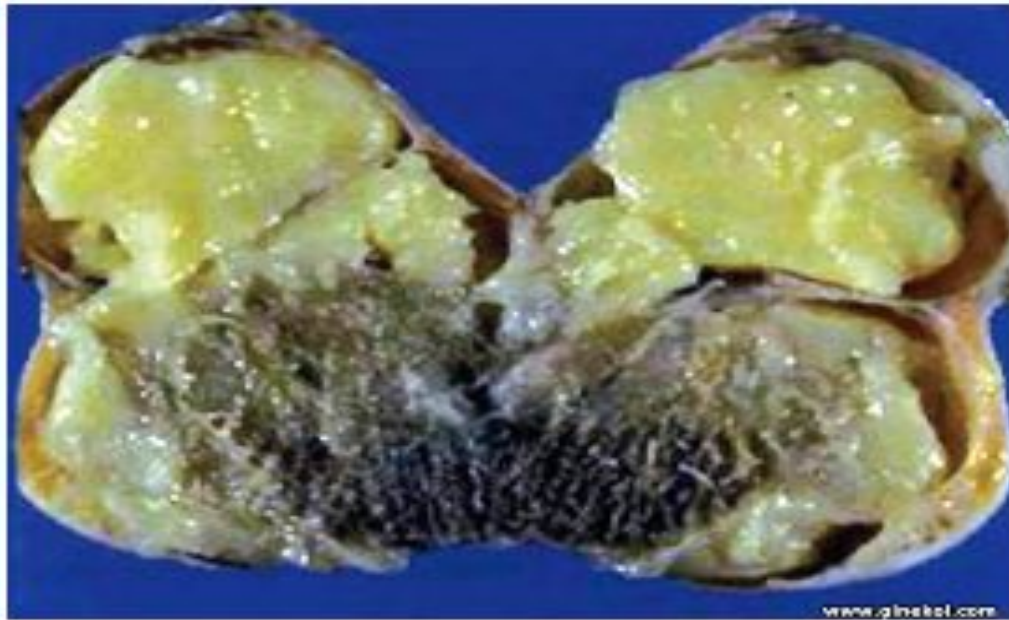
**Текома: вид поверхности разреза;
макропрепарат**



Доброкачественная дермоидная киста (тератома) является наиболее часто встречающейся герминогенной доброкачественной опухолью яичников.

Она формируется в результате дифференциации в эмбриональные ткани. Частота ее составляет до 40% от всех новообразований яичников, причем наиболее часто дермоидная киста встречается у молодых женщин. Средний возраст больных, при котором она обнаруживается, составляет 30 лет. Приблизительно в 11 % случаев дермоидная киста формируется с обеих сторон. В большинстве случаев (60%) для дермоидных кист характерно бессимптомное течение. Однако в 3,5-10% случаев происходит перекрут ножки кисты. Реже (1—4%) может произойти спонтанный разрыв кисты, для которого характерна либо клиническая картина острого живота и химического перитонита, либо хронического гранулематозного перитонита.





Тератома



Отчеты радиологии.

Опубликовано в Университете Вашингтона.

Спасибо за внимание