

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ» ІІ
РОКУ НАВЧАННЯ**

| | |
|----------------------|---|
| Навчальна дисципліна | Акушерство і гінекологія |
| Тема: | Пухлинні захворювання яєчників (код курсу 16.2) |
| Курс | ІІ |
| Спеціальність | Акушерство і гінекологія |

Кількість навчальних годин: 6 годин.

I. Мета заняття

Доброякісні пухлини жіночих статевих органів можуть порушити всі специфічні функції жіночого організму (дітородну, менструальну, статеву, секреторну), а ускладнення, що розвинулись (перекрути, порушення живлення, малігнізація) загрожують життю та здоров'ю жінки. Різноманітні пухлини яєчників мають подібність з пухлинами матки, вагітністю, вадами розвитку, пухлинами статевих органів, сечовидільної системи, кишечника. Таким чином знання пухлин яєчників є необхідним для лікарів первинної ланки

II. Об'єм повторної інформації

1. Знати етіологія і патогенез пухлиноутворення.
2. Клінічна анатомія та фізіологія жіночих статевих органів
3. Збирання загального та спеціального акушерсько-гінекологічного анамнезу

III. Об'єм нової інформації

1. Класифікація доброякісних пухлин яєчників.
2. Доброякісні пухлини яєчників.
3. Класифікація, клініка, діагностика доброякісних пухлин яєчників
4. Лікування доброякісних пухлин яєчників
5. Доброякісні пухлини яєчників: класифікація, клініка, діагностика, лікування
6. Реабілітація хворих в післяопераційний період

IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната
2. Жіноча консультація.
3. Гінекологічне відділення.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Інструментарій для вконтання операції.
4. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

| № п/п | Назва практичних навичок | Ступінь засвоєння | | |
|-------|--|-------------------|-------|-------|
| | | ознай | опан. | овол. |
| 1. | Зібрати і оцінити анамнез жінки. Бімануальне обстеження жінки | | + | |
| 2. | Оцінити результати лабораторних досліджень | | + | |
| 3. | Оцінити результати УЗД | | + | |

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).
Самоконтроль лікаря-інтерна.
Вирішення ситуаційних задач.
Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Етіологія і патогенез пухлиноутворення.
2. Класифікація пухлин яєчників.
3. Клініка, діагностика, лікування пухлин епітеліального походження.
4. Клініка, діагностика, лікування пухлин сполучнотканинного походження.
5. Ліпідно-клітинні пухлини яєчників. Клініка, діагностика, лікування.
6. Герміногенні пухлини. Особливості розвитку, росту і клінічних проявів.
7. Назвати суттєві відмінності в будові і клінічному перебігу кіст і кістом яєчника.
8. Класифікація кіст яєчників.
9. Механізми утворення кіст.
10. Особливості клінічного перебігу кіст яєчників.
11. Лікування пухлин яєчників.
12. Показання та протипоказання до оперативного втручання.
13. Ускладнення, які можуть виникнути при доброякісних пухлинах яєчників.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Зібрати і оцінити анамнез жінки.
2. Оцінити результати лабораторних досліджень.
3. Оцінити результати УЗД.
4. Визначити тактику ведення жінки

Тестові завдання

Жінка 41-го року постуила у стаціонар зі скаргою на переймоподібні болі внизу живота та кров'янисті виділення із вагіни. В анамнезі 1 пологи, 2 медаборта. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді; при вагінальному дослідженні виявлена міома матки до 8 тижнів в вагітності. При УЗД виявлена деформація порожнини матки субмукозним вузлом, який знаходиться в її дні. Яке лікування треба провести?

- A. Оперативне лікування.
- B. Лікування екстрогенами.
- C. Лікування андрогенами
- D. Симптоматичне лікування.
- E. Лікування гестагенами

2. Породілля скаржиться на біль в молочній залозі. В ділянці болю інфільтрат 3x4 см., з розм'ягшенням у центрі. Температура тіла $38,5^{\circ}\text{C}$. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гострий гнійний мастит
- B. Пневмонія
- C. Плеврит
- D. Затримка молока
- E. Пологова травма

3. При обстеженні хворої 46 років встановлено діагноз: рак лівої молочної залози T2N2M0, кл. гр. II-а. Який план лікування цієї хворої?

- A. Променева терапія+операція+хіміотерапія

- В. Тільки операція
- С. Операція+променева терапія
- Д. Променева терапія+операція+хіміотерапія
- Е. Тільки операції

Задачі

1.. Хвора 28 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на тупий біль внизу живота, температура до 37,5°C. Хворіє 3 роки, при об'єктивному дослідженні тіло матки нормальних розмірів, рухоме, не болюче. Придатки з обох боків збільшені в розмірах, болючі при пальпації, склепіння піхви глибокі. Параметрії вільні.

Сформулюйте діагноз.

2. Хвора 34 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на значні рідкі виділення з піхви. Остання менструація була тиждень тому. Статеве життя з 24 років. Контактні кровотечі. В дзеркалах: на передній губі шийки матки виразка розміром 1см, взята біопсія. Мікроскопічно виявлений плоскоклітинний рак.

Визначіть тактику ведення пацієнтки.

3.. Хвора 23 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на тупий біль в попереку та незначні кров'янисті виділення із статевих шляхів.

Вагітність перша. Втручання заперечує. Захворіла 2 доби тому.

В анамнезі - кір, скарлатина, дифтерія, малярія, черевний тиф.

Менструації з 17 років, регулярні по 3 дні, болючі, скудні. Остання менструація 9 тижнів тому.

Загальний стан задовільний, температура 36,6°C, пульс 74 за 1 хв, наповнений.

Гінекологічне обстеження: шийка матки конічної форми. Зовнішнє вічко закрите. Матка м'яка, збільшена до розмірів жіночого кулака. Кров'янисті виділення в невеликій кількості.

Сформулюйте діагноз

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Доброякісні пухлини яєчників

Однією з причин виникнення пухлин репродуктивної системи жінки є порушення складного механізму нейроендокринної регуляції. Тимчасове зниження естрогенної функції яєчників може настати при запаленні придатків матки, інфекційних захворюваннях, недостатньому харчуванні та ін., що призводить до порушення гормональних співвідношень в організмі жінки. Часто пухлини яєчників виникають у жінок після 40 років, що пояснюється змінами функції гіпоталамуса.

Класифікація . Існує багато класифікацій пухлин яєчників за клінічним, клініко-морфологічним та гістологічним принципами, однак жодна з них повністю не задовольняє клініцистів. На сьогодні використовують гістологічну класифікацію пухлин яєчників, прийняту в 1973 році за участю Міжнародного довідкового центру (Ленінград) і 12 центрів інших країн, що співпрацювали з ним:

I. Епітеліальні пухлини.

А. Серозні пухлини.

1. Доброякісні: а) цистаденома і папілярна цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма; в) поверхнева папілома.

2. Пограничні (потенційно низького ступеня злоякісності): а) цистаденома і папілярна цистаденома; б) поверхнева папілома; в) злоякісна аденофіброма і цистаденофіброма.

3. Злоякісні: а) аденокарцинома, папілярна аденокарцинома і папілярна цистаденокарцинома; б) поверхнева папілярна карцинома; в) злоякісна аденофіброма і цистаденофіброма.

Б. Муцинозні пухлини

1. Доброякісні: а) цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.
2. Пограничні (потенційно низького ступеня злоякісності): а) цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.
3. Злоякісні: а) аденокарцинома і цистаденокарцинома; б) злоякісна аденокарцинома і цистаденофіброма.

В. Ендометріоїдні пухлини

1. Доброякісні: а) аденома і цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.
2. Проміжні (потенційно низького ступеня злоякісності): а) аденома і цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.
3. Злоякісні: а) карцинома, аденокарцинома, аденоакантома, злоякісна аденофіброма і цистаденофіброма; б) мезодермальні (мюллерові) змішані пухлини, гомологічні й гетерологічні.

Г. Світлоклітинні (мезонефроїдні) пухлини.

1. Доброякісні: аденофіброма.
2. Проміжні (потенційно низького ступеня злоякісності).
3. Злоякісні: карцинома й аденокарцинома.

Д. Пухлини Бреннера.

1. Доброякісні.
2. Проміжні (проміжної злоякісності).
3. Злоякісні.

Е. Змішані епітеліальні пухлини.

1. Доброякісні.
2. Проміжні (проміжної злоякісності).
3. Злоякісні.

Ж. Недиференційована карцинома.

3. Некласифіковані епітеліальні пухлини.

II. Пухлини строми статевого тяжа.

А. Гранульозостромально-клітинні пухлини.

Б. Гранульозоклітинна пухлина.

2. Група теком-фібром: а) текома; б) фіброма; в) некласифіковані.

Б. Андробластоми: пухлини з клітин Сертолі й Лейдіга.

1. Високодиференційовані: а) тубулярна андробластома, пухлина з клітин Сертолі, б) тубулярна андробластома з накопиченням ліпідів, пухлина з клітин Сертолі з накопиченням ліпідів (ліпідна фолікулома Лесена); в) пухлина з клітин Сертолі і Лейдіга; г) пухлина з клітин Лейдіга, пухлина з хілюсних клітин.

2. Проміжного (перехідного) диференціювання.

3. Низькодиференційовані (саркоматозні).

В. Гінадробластома.

Г. Некласифіковані пухлини строми статевого тяжа.

III. Ліпідно-клітинні (ліпоїдно-клітинні) пухлини.

IV. Герміногенні пухлини.

А. Дисгермінома.

Б. Пухлина ендодермального синуса.

В. Ембріональна карцинома.

Г. Поліембріома.

Д. Хоріонепітеліома.

Е. Тератоми.

1. Незрілі.
2. Зрілі: а) солідні; б) кістозні (дермоїдна кіста, дермоїдна кіста з малігнізацією);
3. Монодермальні (високоспеціалізовані): а) струма яєчника; б) карциноїд; в) струма яєчника і карциноїд; г) інші пухлини.

Ж. Змішані герміногенні пухлини.

V. Гонадобластома.

- А. Чиста (без домішок інших форм).
- Б. Змішана з дисгерміноюю та іншими формами герміногенних пухлин.

VI. Пухлини м'яких тканин, неспецифічні для яєчника.

VII. Некласифіковані пухлини.

VIII. Вторинні (метастатичні) пухлини.

IX. Пухлиноподібні процеси.

- А. Лютеома вагітності.
- Б. Гіперплазія строми яєчника і гіпертекоз.
- В. Масивний набряк яєчника.
- Г. Поодинокі фолікулярна кіста і кіста жовтого тіла.
- Д. Множинні фолікулярні кісти (полікістоз яєчників).
- Е. Множинні лютеїнізовані фолікулярні кісти і (або) кісти жовтого тіла.
- Ж. Ендометриоз.
- З. Поверхневі епітеліальні кісти включення (гермінальні кісти включення).
- І. Прості кісти.
- К. Запальні процеси.
- Л. Параоваріальні кісти.

Більшість перерахованих пухлин зустрічаються рідко.

Клінічна картина. Скарги неспецифічні. Симптоматика залежить від величини, локалізації пухлини та наявності ускладнень. Найчастішою скаргою є біль, що виникає внизу живота, в попереку, часом - у клубових ділянках. Найчастіше він має ниючий характер. Гострий біль з'являється при перекрученні ніжки пухлини, крововиливі та розриві капсули пухлини. Як правило, біль не пов'язаний з місячними і виникає внаслідок запалення або подразнення серозних покривів, спазмів гладкої мускулатури порожнистих органів або в результаті порушення кровообігу.

Характер больових відчуттів залежить від індивідуальних особливостей нервової системи. Іннервація статевої системи характеризується значним розвитком рецепторного апарату. Пухлина в яєчнику може викликати подразнення рецепторів статевих органів і очеревини малого таза, а також нервових закінчень і сплетень судинної системи матки та придатків. Біль також виникає внаслідок розтягнення капсули пухлини, що призводить до подразнення рецепторного апарату і порушення кровопостачання стінки пухлини, що може викликати больові відчуття незалежно від інших причин та факторів. Нерідко хворі скаржаться на розлади сусідніх органів, зокрема на дизуричні явища, а при великих розмірах пухлини - на відчуття важкості та збільшення живота. Часто основною скаргою є безпліддя. Загальні прояви (слабкість, задуха) характерні для супровідної екстрагенітальної патології. У більшості жінок захворювання тривалий час перебігає безсимптомно. Доброякісні пухлини яєчників часто поєднуються з іншими гінекологічними захворюваннями (хронічним аднекситом та ін.). Існує думка, що запальний процес є причиною зміни гормональних взаємозв'язків в жіночому організмі. Однак не виключено, що запальний процес розвивається як наслідок мікроперфорацій, порушення кровообігу пухлини. Нерідко спостерігається порушення менструальної функції. Генеративна функція у таких хворих знижена, що може бути зумовлено порушеннями в системі гіпоталамус - гіпофіз - яєчники, непрохідністю маткових труб або змінами їх функції у зв'язку з наявністю пухлини в малому тазу. Окрім того, існує багато інших супровідних гінекологічних захворювань, які можуть зумовити безпліддя.

Доброякісні пухлини яєчників (окрім гормонопродукуючих) незалежно від будови в клінічному перебігу мають багато спільного. На ранніх стадіях захворювання, як правило, має безсимптомний перебіг або симптоматика настільки незначна, що хвора тривалий час терпить чи не звертає на це належної уваги.

Гемограми при доброякісних пухлинах яєчників неспецифічні, хоча нерідко спостерігається прискорення ШОЕ до 25-30 мм/год. Лейкоцитоз виникає, як правило, тільки при наявності ускладнень, лейкоцитарна формула не змінена. Найчастіше зустрічаються епітеліальні пухлини (серозні, або ціліоепітеліальні, і мущинозні кістоми), дермоїдні кісти яєчників, або зрілі

тератоми, фіброми яєчників.

Епітеліальні пухлини.

За характером росту розрзняють кисти і кістоми. Кисти - це доброякісні небластоматозні ретенційні утвори, які ростуть внаслідок накопичення секрету (retentio - затримка). Кістоми - це доброякісні бластоматозні утвори, що ростуть за рахунок власної тканини. І кисти, і кістоми мають у своєму складі анатомічну і хірургічну ніжки. Анатомічна ніжка складається з трьох утворів: підвішувальної зв'язки яєчника (lig suspensum ovarii), власної зв'язки яєчника (lig ovarii proprium) і частини широкої зв'язки (mesovarium). Хірургічна ніжка - це утвір, який пересікається під час операції і включає в себе анатомічну ніжку та маткову трубу.

Серозні (ціліоепітеліальні) пухлини поділяються на гладкостінні і папілярні, а папілярні, у свою чергу, на інвертуючі (сосочки розташовані всередині капсули) й евертуючі (сосочки розміщені на зовнішній поверхні капсули). Часом може бути поєднання обох варіантів.

За клінічним перебігом гладкостінні і папілярні пухлини значно відрізняються одна від одної. Гладкостінні пухлини часто однокамерні і однобічні, легко сприймаються як фолікулярні кисти яєчника. Папілярні кістоми здебільшого двобічні, нерідко супроводжуються асцитом, запальним процесом в малому тазу, інтралігаментарним розташуванням пухлини і розростанням сосочків на очеревині. Евертуючу форму пухлини під час операції часто приймають за рак.

Муцинозні кістоми багатоканерні, характеризуються швидким ростом. Вміст пухлини являє собою слизоподібну рідину.

Фіброми яєчника мають бобоподібну форму, щільні, легко некротизуються, часто супроводжуються асцитом, часом у поєднанні з анемією і гідротораксом. Цю тріаду (асцит, гідроторакс, анемія) називають синдромом Мейера.

Дермоїдні кисти яєчника, або зрілі тератоми, як правило, мають довгу ніжку, розташовані спереду від матки, посилено мобільні. Найчастіше вони зустрічаються в жінок молодого віку і навіть до статевого дозрівання, інші ж пухлини переважно виникають у віці 40 і більше років.

Гормонопродукуючі пухлини поділяються на 2 групи, які відрізняються одна від одної за клінічним перебігом.

Фемінізуючі пухлини яєчника (гранульозоклітинні, гранульозотеклаклітинні, текаклітинні) продукують більшою мірою естрогени, що і зумовлює їх клініку. У дівчаток виникають ознаки передчасного статевого дозрівання, а у жінок зрілого віку - порушення менструального циклу і хаотичні кровотечі. В постменопаузі відбувається ніби омолодження організму (соковита слизова оболонка піхви, поява кров'янистих виділень, високий каріопікнотичний індекс, гіперплазія слизової оболонки тіла матки).

Маскулінізуючі пухлини (андробластома, ліпоїдно-клітинні пухлини) продукують у великій кількості чоловічий статевий гормон тестостерон, що призводить до припинення менструацій, гірсутизму (посиленого оволосіння), безпліддя, а в пізніх стадіях захворювання - облісіння, зміни тембру голосу.

Фолікулярна кіста - це пухлиноподібний утвір, який виникає внаслідок скупчення рідини в кістозноатрезованому фолікулі. Мікроскопічно це тонкостінні однокамерні утвори, тугоеластичної консистенції. Вони можуть виникати в будь-якому віці, навіть в дитинстві, але найчастіше утворюються після періоду статевого дозрівання. В анамнезі таких хворих нерідко виявляють запальний процес.

Основним симптомом захворювання є біль внизу живота, рідше - порушення менструального циклу. При вагінальному дослідженні збоку або спереду матки визначається малорухома кіста величиною до 10 см, нерідко з явищами запального процесу придатків.

Після встановлення діагнозу можна спостерігати за хворою протягом 2-3 менструальних циклів. Якщо за цей час утвір не розсмокчеться, то потрібно виконати операцію, яка полягає у видаленні кісти і формуванні яєчника із залишків яєчничкової тканини. У клімактеричному і постменопаузальному періодах видаляють придатки матки з ураженої сторони.

Кіста жовтого тіла зустрічається відносно рідко (у 2-5 % випадків). За своєю будовою вона схожа на жовте тіло, але сягає більших розмірів (звичайно до 2 см). Стінки її товсті, внутрішня

поверхня складчаста, жовтого кольору. Вміст являє собою світлу прозору рідину, часом з домішками крові.

Ці утвори зустрічаються у хворих віком від 16 до 55 років. Основним симптомом є біль внизу живота, пов'язаний з наявністю супровідного запального процесу придатків матки. Специфічні клінічні ознаки відсутні. Здебільшого ускладненням є крововилив у порожнину кісти.

Найчастіше кіста жовтого тіла пальпується збоку від матки, має неоднорідну консистенцію. Такі кісти здебільшого виникають під час вагітності, після її переривання вони швидко розсмоктуються. У багатьох випадках кісти жовтого тіла зазнають зворотнього розвитку. Поступово шар лютеїнових клітин заміщується сполучною тканиною, при цьому утвір може перетворитися в кісту, позбавлену епітелію.

При підозрі на кісту жовтого тіла слід поспостерігати за хворою протягом 2-3 менструальних циклів, бо за цей час може відбутися зворотний розвиток кісти. У протилежному випадку показане оперативне втручання - лапаротомія з видаленням кісти і формуванням яєчника з незміненої тканини.

Параоваріальна кіста - це ретенційний утвір, що розташовується між листками широкої зв'язки матки і виходить з над'яєчникового придатка. Найчастіше зустрічається в 20-40-річному віці. Над'яєчниковий придаток (епіофорон, параоваріум) досягає максимального розвитку в період статевої зрілості з віком атрофується.

Макроскопічно параоваріальна кіста має вигляд утвору округлої або овальної форми, тугоеластичної консистенції. В більшості випадків вона однокамерна з прозорим рідким вмістом. Розміри можуть коливатися від маленьких до гігантських, що займають всю черевну порожнину, найчастіше діаметром 8-10 см. Стінка її тонка, прозора, з мережею судин, що складаються з судин брижі маткової труби і стінки кісти. На верхньому полюсі кісти видно розпластану, видовжену, деформовану маткову трубу. Яєчник розташовується біля задньонижнього полюса кісти, а в інших випадках може бути теж розпластаний на її нижній поверхні.

Параоваріальна кіста спочатку не має ніжки, однак при її рості в бік черевної порожнини відбувається випинання одного з листків широкої маткової зв'язки і утворюється ніжка, що складається з листків брижі маткової труби. Часто до її складу входить маткова труба, а часом і власна зв'язка яєчника.

Гістологічно стінка кісти утворена волокнистою фіброзною тканиною. Внутрішня поверхня її вкрита циліндричним, кубічним або однорядним плоским епітелієм. В цих випадках на внутрішній поверхні виявляють папілярні розростання.

Клінічна картина характеризується болем внизу живота і в попереку. При збільшенні розмірів кісти можуть з'являтися ознаки стиснення сусідніх органів та збільшуватись розміри живота. Часом мають місце порушення менструального циклу і безпліддя, що більш характерно для поєднання параоваріальної кісти з супровідною патологією: міомою матки, кістою чи кістою яєчника.

Із ускладнень, що спостерігаються при параоваріальній кісті, практичне значення має перекрут ніжки, клінічні прояви якого залежать від утворів, що входять до складу ніжки.

Діагностика параоваріальної кісти часто важка. Встановленню діагнозу допомагає УЗД, коли поряд з яєчником визначається пухлиноподібний утвір з рідким вмістом.

Лікування оперативне, воно полягає у вилучуванні кісти з накладанням затискачів на її ніжку, гемостазі, перитонізації за рахунок переднього листка широкої зв'язки.

Ускладнення. Найважчим ускладненням доброякісних пухлин яєчника є їх *злаякісне перетворення*. Найнебезпечнішими в цьому плані є ціліоепітеліальні папілярні кістоми, рідше - муцинозні і зовсім рідко - дермоїдні кісти яєчника. На початкових стадіях малігнізації характерної клініки немає, і тому при виявленні кістоми яєчника слід ставити питання про оперативне лікування.

Перекрут ніжки пухлини. Анатомічна ніжка пухлини складається з розтягнутих воронкотазової і власної зв'язок яєчника і частини заднього листка широкої зв'язки. В ніжці проходять судини, що живлять пухлину (яєчникова артерія), лімфатичні судини і нерви. Хірургічна ніжка - це утвір, який доводиться пересікати під час операції. До її складу входять

анатомічна ніжка і маткова труба. При повному перекруті ніжки пухлини різко порушуються кровопостачання і живлення в пухлині, виникають крововиливи і некроз, що клінічно проявляється картиною гострого живота: раптовий різкий біль, дефанс м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, часто нудота або блювання, парез кишечника, затримка випорожнень, рідше - пронос. Температура тіла підвищена, пульс частий, відзначаються блідість, холодний піт, важкий загальний стан, зниження артеріального тиску.

Перекрутитися може ніжка будь-якої кістоми. Рухомі пухлини, які не з'єднані з навколишніми тканинами, найнебезпечніші у цьому відношенні. При перекруті пухлина збільшується внаслідок крововиливу і набряку. Спроби її зміщення призводять до виникнення різкої болючості. Такі випадки вимагають термінового оперативного втручання - видалення пухлини. Запізніле оперативне втручання призводить до некрозу пухлини, приєднання вторинної інфекції, зрощення з сусідніми органами, обмеженого перитоніту, що в подальшому ускладнює виконання операції, або до розлитого перитоніту. Частковий перекрут ніжки пухлини супроводжується усіма вищезгаданими проявами, які виражені незначно і можуть зникати навіть без оперативного лікування.

Нагноєння стінки або вмісту пухлини виникає дуже рідко. Інфекція проникає лімфогенно або гематогенно, найчастіше з кишечника, а, можливо, і з інших вогнищ інфекції. При виникненні гнійника утворюються перифокальні спайки. Гнійник може прорвати в кишечник або сечовий міхур з наступним утворенням відповідних нориць. Нагноєння супроводжується симптомами гнійної інфекції (лихоманкою, лейкоцитозом, перитонеальними симптомами).

Крововиливи відбуваються частіше в стінку, рідше - в порожнину пухлини. Вони, як правило, супроводжуються посиленням болю. До оперативного лікування і гістологічного дослідження практично не діагностуються.

Розрив капсули кістоми виникає рідко, часом при прямій механічній травмі, а також внаслідок грубого дослідження. Характеризується гострим болем, кровотечею, шоком. Бімануально визначається відсутність пухлини, яка до цього чітко пальпувалась. Розрив може призвести до імплантації елементів пухлини на очеревині (особливо це стосується муцинозної кістоми яєчника).

Псевдоміксома очеревини спостерігається дуже рідко, характерна для осіб старшого віку, може виникати як ускладнення муцинозної кістоми яєчника або поширюватися з апендикса.

Клінічний перебіг характеризується поліморфізмом у вигляді хронічного апендициту або пухлини черевної порожнини (при цьому відзначається різке чи повільне збільшення розмірів живота). Часом при пальпації відчуються "колоїдні потріскування" і "хрускіт". Може спостерігатися клініка розлитого перитоніту з усіма притаманними йому ознаками (втратою апетиту, печією, метеоризмом, диспепсичними розладами).

Діагностика захворювання утруднена і часто стає можливою лише після лапаротомії, яка при цій патології обов'язкова та полягає у видаленні пухлини і внутрішніх геніталій, резекції сальника і ділянок очеревини з імплантатами, видаленні з черевної порожнини драглистих мас. Прогноз звичайно несприятливий. Встановлення діагнозу пухлини яєчника диктує необхідність оперативного втручання. Обсяг операції залежить від характеру пухлини, віку хворої і супровідної патології.

При лікуванні хворих із злоякісними новоутвореннями в сучасній клінічній практиці все з великими успіхами і широтою застосовуються протипухлинні впливу загального типу, в першу чергу, хіміогормонотерапія, крім того, використовується радикальне лікування, яке спрямоване на повну ліквідацію всіх осередків пухлинного росту. Правда, радикалізм лікування завжди умовний, оскільки ніякі методи дослідження не дають повної впевненості в відсутність "прихованої" дисемінації процесу.

Для онкологічних хворих надія на лікування пов'язана, насамперед, з видаленням пухлини шляхом хірургічного втручання. Раціональною операцією вважається така, коли повністю видаляється пухлина разом з ураженими тканинами, органом або його частиною і зоною можливого регіонарного метастазування. Іонізуюче випромінювання застосовується при багатьох злоякісних пухлинах голови і шиї, жіночих статевих органів, шкіри та багатьох інших.

У поєднанні з операцією опромінення збільшує радикалізм лікувальних заходів та зменшує ризик рецидиву раку молочної залози, стравоходу, прямої кишки, сарком м'яких тканин. Променева терапія базується на принципі руйнування пухлин іонізуючим випромінюванням.

Можливі комбіновані методи - це використання радіотерапії та хірургічного втручання, останнім часом досить широко застосовується комбінація опромінення з гіпертермією.

Лікарське лікування, почате з метою отримання протипухлинного ефекту, розділяють за типом впливу на хіміо-та гормонотерапію.

Хіміотерапія передбачає переважно пряме цитотоксичну вплив на пухлину, гормонотерапія расчитана головним чином на регресію пухлинних вогнищ, що досягається опосередковано - через штучно індуковані зрушення в гормональному балансі. Відмінність полягає ще й у тому, що хіміотерапія практично повністю базується на застосування чужорідних для організму хімічних агентів, тоді як для гормонотерапії характерне використання препаратів існуючих в організмі гормонів або їх синтетичних аналогів.

Прямим переважною поліферації і ріст пухлин лімфатичної тканини дією володіють і типові гормони - глюкокортикоїди.

Всі протипухлинні засоби по цитотоксическому впливу на фази клітинного циклу діляться на речовини з переважно фазонеспеціфіческім дією, до них відносяться: адриаміцин, рубомицин, мітоміцин С, дактіноміцин, блеоміцин, фторурацил, фторафур, натулан і речовини з фазоспеціфіческім дією: вінбластин, віккрістін, цитарабін, метотрексат, меркаптопурин, тіогуанін, теніпозід.

Умовою ефекту хіміотерапії є дотримання правил:

- 1) кожен препарат повинен бути активний по відношенню до злоякісної пухлини;
- 2) механізми протипухлинної дії комбінують цитостатиків щоб уникнути виникнення або прояву резистентності повинні бути різними;
- 3) кожен з цитостатиків, складових комбінацію, повинен мати різний спектр (тип) клінічної токсичності, що дозволяє вводити їх в декілька менших, ніж звичайні для монокіміотерапії, або майже повних дозах без особливого ризику сумачі побічних ефектів.

Як метод лікування використовується регіонарна і локальна хіміотерапія пухлин. На відміну від системної хіміотерапії регіонарні і локальні методи мають обмежену сферу застосування. До регіонарної хіміотерапії відносять інфузії і перфузії розчинів протипухлинних препаратів, через катетер, в артеріальні судини, що живлять зону новоутворення. Найбільш часто інфузії виробляються в печінкову артерію (метастази пухлин у печінку), внутрішню клубову (пухлини тазових органів), зовнішню і внутрішню сонні (пухлини голови та шиї, верхніх і нижніх кінцівок).

Для інфузії в основному використовуються кілька цитостатиків (метотрексат, фторурацил, блеоміцин, дактіоміцин, що, з одного боку, обумовлено специфікою пухлин, розташованих в зонах, кровозабезпечується через перераховані артерії, а з іншого - вибором препаратів з найменшою місцевим ушкоджувальним дією на навколишні новостворені тканини. Бувають і побічні явища : васкуліти, тромбози, некрози, інфекційні осередки.

Введення цитостатиків в серозні порожнини (як один з методів локальної хіміотерапії) застосовується при специфічних випоту, не регресуючих результаті системного лікування протипухлинними препаратами. Щоб уникнути серйозних місцевих пошкоджень серозних оболонок в плевральну порожнину дозволяється вводити тільки розчини ембіхіна, тіофосфаміда, сарколизина, блеоміцином в черевну порожнину - блеоміцин, тіофосфамід, фторурацил; в порожнину перикарда - фторурацил і тіофосфамід, але зі зменшенням дози в 80%.

Побічні ефекти цитостатичної терапії неминучі і виявляються не відразу. До таких синдромам допустимо відносити мієлодепресії, диспепсичні розлади, зміна реакцій гуморального і клітинного імунітету, функцій репродуктивних органів, алопецію (випадання волосся).

VIII. Основна література для опрацювання

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Санкт-Петербург, ООО «Издательство Фолиант», 2002.
2. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
3. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога: Руководство для врачей. –Киев, 2012. _154 с.
4. Вовк И.К., Корнацкая А.Г., Чайка В.К. Опухолевидные поражения яичников.- Киев, 2007.-32с.
5. *Гинекология: национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
6. *Назаренко Т.А.* Синдром поликистозных яичников.– М., 2005.– 207с.
7. *Цивьян Б.Л.* Эндовидеохирургическая технология в диагностике и лечении доброкачественных опухолей яичников // Журнал акушерства и женских болезней. – 2001. – № 3. – С. 63–65.
8. Наказ МОЗ України «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія» № 297 від 02.04.2010.– К., 2010.– 315 с.
9. Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів.-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина, 2007.
10. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

Методичну розробку практичного заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська.

23.01.20015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 8 від 03.02. 2015 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____201__р.