

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 СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Злоякісні пухлини яєчників (код курсу 16.2)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Злоякісні пухлини яєчників можуть порушити всі специфічні функції жіночого організму (дітородну, менструальну, статеву, секреторну), а ускладнення, що розвинулись (перекрути нічки, малігнізація) загрожують життю та здоров'ю жінки. Таким чином знання пухлин яєчників є необхідним для студентів медичних вузів.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Класифікацію злоякісних пухлин яєчників.
2. Патогенез злоякісних пухлин яєчників.
3. Етіологію злоякісних пухлин яєчників.
4. Методи злоякісних діагностики та лікування станів яєчників

В результаті проведення заняття інтерн повинен уміти:

1. Провести збір анамнестичних даних;
2. Провести піхвове дослідження;
3. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження

III. Базові знання

1. Знати етіологія і патогенез пухлиноутворення.
1. Клініка, діагностика, лікування пухлин епітеліального походження.
2. Показання та протипоказання до оперативного втручання.
3. Ускладнення, які можуть виникнути при злоякісних пухлинах яєчників.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження жінок та виконанні лікарських маніпуляцій.

При обстеженні хворої дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів	
Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	Виконати лапаротомію на трупі
II. Наступні дисципліни		новонародженого
Сімейна медицина	Клініка, діагностика, лікування пухлин	Провести лабораторне обстеження хворої

	епітеліального походження	
III. Внутрішньопредметна інтеграція Класифікацію злоякісних пухлин яєчників	Патогенез злоякісних пухлин яєчників.	Методи діагностики та лікування злоякісних станів яєчників

V. Зміст теми семінарського заняття

Пухлини внутрішніх статевих органів у жінок досить розповсюджені. Велике місце серед них займають пухлини і пухлиноподібні утворення, які виходять з яєчників. Вони спостерігаються у різні вікові періоди життя жінки і становлять 6-8% всіх гінекологічних захворювань. Більша половина всіх пухлин і майже всі пухлиноподібні утворення мають кістозну форму, тобто є кістомами або кістами. Між ними є деяка зовнішня схожість, але патоморфологічна суть патологічного процесу глибоко відмінна.

Кіста яєчника – це пухлиноподібне утворення, яке виникає в результаті накопичення рідини в попередньо існуючій порожнині. Кісти яєчників збільшуються в розмірах пасивно за рахунок збільшення в них рідкого вмісту. Проліферація клітинних елементів відсутня.

Терміном “кістома яєчника” визначають справжню пухлину, яка росте за рахунок проліферації клітин епітелію і накопичення ексудату в кістозній пухлині.

Серед кістозних утворень яєчників справжні пухлини зустрічаються в 66% випадків, кісти – в 34%. Такий розподіл має велике практичне значення, так як обумовлює тактику лікаря у відношенні лікувальних заходів.

Етіологія і патогенез

Однією з причин виникнення пухлин репродуктивної системи жінки є порушення складного механізму нейроендокринної регуляції. Велике значення має порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники. Пухлини яєчників є дисгормональними захворюваннями в основі яких лежить первинне ослаблення функції яєчників і зниження рівня оваріальних естрогенів та компенсаторні підвищення рівня гонадотропінів гіпофізу, в першу чергу ФСГ. В умовах тривалого підвищення секреції ФСГ в яєчниках виникає спочатку дифузна, потім осередкова гіперплазія і проліферація клітинних елементів, яка може закінчитись утворенням пухлини. Суттєве значення відводиться змінам клітинного та гуморального імунітету. При доброякісних пухлинах яєчника відбувається пригнічення Т-клітинного імунітету, а при злоякісних – пригнічення клітинного імунітету і зміни в гуморальній ланці імунітету.

До групи ризику розвитку доброякісних пухлин відносяться жінки з:

- несприятливим преморбідним фоном (значно більше перенесених в дитинстві, зрілому віці інфекційних хвороб);
- порушенням менструального циклу (пізні менархе, порушення становлення менструації, рання менопауза);
- первинним безпліддям (часто розвивається на фоні серйозних гормональних порушень, аменореї);
- запальними процесами в додатках матки;
- гіперпластичними процесами ендометрію та міомами матки;
- ускладненою спадковістю онкологічного профілю (з боку матері, з боку батька).

Класифікація

Складність розробки єдиної класифікації пухлин яєчників обумовлена тим, що яєчники відносяться до складнопобудованих органів в людському організмі. В їх формуванні беруть участь всі три тканинні закладки: ендодерма, ектодерма і мезодерма. В теперішній час загальноприйнятою є класифікація розроблена акушерами ВОЗ, опублікована в 1977 році в

Женеві. В її основу покладені патоморфологічні особливості будови пухлин, які відображають дійсну природу клітинних і гістологічних структур.

Міжнародна гістологічна класифікація пухлин яєчника

I. Епітеліальні пухлини.

A. Серозні пухлини.

1. Доброякісні:

- а) цистаденома та папілярна цистаденома;
- б) поверхнева папілома;
- в) аденофіброма та цистаденофіброма.

2. Пограничні (з потенційно низькою ступенню злоякості):

- а) цистаденома та папілярна цистаденома;
- б) аденофіброма та цистаденофіброма.

3. Злоякісні:

- а) аденокарцинома, папілярна аденокарцинома та папілярна цистаденокарцинома;
- б) поверхнева папілярна карцинома;
- в) злоякісна аденофіброма та цистаденофіброма.

Б. Муцинозні пухлини.

1. Доброякісні:

- а) цистаденома;
- б) аденофіброма та цистаденофіброма.

2. Пограничні (з потенційно низькою ступінню злоякісності):

- а) цистаденома, аденофіброма і цистаденофіброма.

3. Злоякісні:

- а) аденокарцинома та цистаденокарцинома;
- б) злоякісна аденофіброма та цистаденофіброма.

В. Ендоетріоїдні пухлини.

1. Доброякісні:

- а) аденома та цистаденома;
- б) аденофіброма та цистаденофіброма.

2. Пограничні (з потенційно низькою ступінню злоякісності):

- а) аденома та цистаденома;
- б) аденофіброма та цистаденофіброма.

3. Злоякісні:

- а) карцинома (аденокарцинома, аденоаконтома, злоякісна аденофіброма та цистаденофіброма);
- б) ендометріальна стромальна саркома;
- в) мезодермальні (мюлерові) змішані пухлини.

Г. Світлоклітинні (мезонофрідні) пухлини.

1. Доброякісні: аденофіброма.

2. Пограничні (з потенційно низькою ступінню злоякісності).

3. Злоякісні: карцинома та аденокарцинома.

Д. Пухлини Бренера.

1. Доброякісні.

2. Пограничні (пограничної злоякісності).

3. Злоякісні.

Е. Змішані епітеліальні пухлини.

1. Доброякісні.

2. Пограничні (пограничної злоякісності).

3. Злоякісні.

Ж. Недиференційована карцинома.

3. Некласифіковані епітеліальні пухлини.

II. Пухлини строми статевого тяжа:

A. Гранульозностромальні-клітинні пухлини.

1. Гранульозоклітинна пухлина.

2. Група теком-фібром:

а) ліпома;

б) фіброма;

в) некласифіковані.

Б. Андробластоми: пухлини з клітин Сертолі та Лейдига.

1. Високодиференційовані:

а) тубулярна андробластома, пухлина з клітин Сертолі;

б) тубулярна андробластома з накопичуванням ліпідів;

в) пухлина з клітин Сертолі та Лейдига;

г) пухлина з клітин Лейдига;

д) пухлина з хілюсних клітин.

2. Пухлини проміжної (перехідної) диференціровки.

3. Низькодиференційовані (саркоматозні) пухлини.

4. Пухлини з гетерологічними елементами.

В. Гінадробластома.

Г. Некласифіковані пухлини строми статевого тяжу.

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

IV. Герміногенні пухлини.

A. Дисгермінома.

Б. Пухлини ендодермального синуса.

В. Ембріональна карцинома.

Г. Поліембріома.

Д. Хоріонепітеліома.

Е. Тератома.

1. Незрілі.

2. Зрілі:

а) солідні;

б) кістозні (дермоїдна кіста, дермоїдна кіста з малігнізацією).

3. Монодермальні (високоспецифічні):

а) струма яєчника;

б) карциноїд;

в) струма яєчника та карциноїд.

Ж. Змішані геміногенні пухлини.

V. Гонадобластома:

A. Чиста (з домішкою інших форм).

Б. Змішана з дисгерміномою та іншими формами герміногенних пухлин.

VI. Пухлини м'яких тканин, котрі неспецифічні для яєчників.

VII. Некласифіковані пухлини.

VIII. Вторинні (метастатичні) пухлини.

IX. Пухлиноподібні процеси:

A. Лютеома вагітності.

Б. Гіперплазія строми яєчника та гіпертекоз.

В. Масований набряк яєчника.

Г. Одиничні фолікулярні кісти, кіста жовтого тіла.

Д. Множинні фолікулярні кісти (полікістозні яєчники).

Е. Множинні лютеїнізовані фолікулярні кісти та жовті тіла.

Ж. Ендометриоз.

З. Поверхневі епітеліальні кісти-включення (гермінальні кісти-включення).

І. Прості кісти.

К. Запальні процеси.

Л. Параваріальні кісти.

Пухлини строми статевого тяжа

В цю групу включені всі пухлини, які складаються із клітин, що виникли з статевого тяжа або мезенхіми ембріональних гонад. Ця група пухлин відноситься в основному до гормонально-активних, виключення становить фіброма та окремі інактивні пухлини. Слід підкреслити, що в діагностиці цих пухлин провідне місце займають морфологічні методи.

А. Гранульозостромально-клітинні пухлини

Вони складаються окремо або в різних комбінаціях з гранульозних клітин, тека-клітин і стромальних клітин.

Гранульозоклітинна пухлина (фолікулома, фемінізуюча пухлина) – розвивається з гранульозних клітин яєчника або із диференційованих залишків статевих тяжів. Її частота становить від 0,6% до 3% – по відношенню до всіх новоутворених яєчників. Найчастіше зустрічається у віці 40-60 років. Пухлина майже завжди одностороння, овальної чи овоїдної форми. Капсула досить чітко виражена, величина в середньому до 10см в діаметрі. В залежності від будови пухлини можуть бути щільними, щільно-еластичної та м'якуватої консистенції. На розрізі мають дольчасту будову і жовтий колір. Інколи наявні кістозні порожнини з серозним, слизовим чи геморагічним вмістом. У відповідності з гістологічною будовою гранульозоклітинної пухлини виділяють їх мікро- і макрофолікулярні, трабекулярні, інсулярні і дифузні варіанти.

Пухлина є гормональноактивною і продукує естрогени. При морфологічному дослідженні ендометрія виявляються гіперпластичні процеси (поліпи, залозисто-кістозна гіперплазія, аденоматоз). Супроводжується фемінізуючим синдромом (передчасне статеве дозрівання і пізні статеве угасання).

У дівчаток з гранульозоклітинними пухлинами спостерігається передчасне статеве дозрівання, виникають маткові кровотечі, рано з'являються вторинні статеві ознаки: оволосіння на лобку і в підпахвинних впадинах, збільшення молочних залоз. Зовнішні статеві органи відповідають по своєму розвитку більш старшому віку. У молодих жінок розвиток пухлини супроводжується тимчасовою аменореєю, яка змінюється ациклічними кровотечами. При виникненні гранульозоклітинної пухлини в післяменопаузі виникають маткові кровотечі, відсутні атрофічні зміни зовнішніх статевих органів, матка дещо збільшена, в ділянці додатків визначається одностороннє тугоеластичне рухоме утворення. Поєднання фемінізуючого синдрому, порушення менструальної функції, непліддя з односторонньою пухлиною яєчника вказує на гормонопродукуючий характер пухлини.

Гранульозоклітинні пухлини досить часто перетворюються в злоякісні. За даними літератури злоякісне переродження спостерігається в 25-50%. Пухлина щільна, вузлувата, малорухома, великих розмірів, частіше двохстороння. Метастазує частіше в великий сальник, матку, труби, сечовий міхур, печінку. Діагностика основана на даних анамнеза, клінічній картині. Основним додатковим методом обстеження є лапароскопія, під час якої проводиться біопсія. Кінцевий діагноз ставиться після патоморфологічного дослідження.

Лікування: у молодих жінок при наявності доброякісного процесу можливе видалення пухлини з яєчником з наступним наглядом за хворою. В пре- і постменопаузі показане видалення матки з додатками.

Текома (текобластома, текоклітинна фемінізуюча пухлина) – це сполучнотканинне утворення з добре розвинутою аргірофільною сіткою. Для них характерна наявність великої кількості ліпідів. Звичайно пухлина добре васкуляризована. Її частота складає 2,4-5% по відношенню до всіх новоутворень. Текома зустрічається в будь-якому віці, але найбільш часто в постменопаузі (після 60 років).

Пухлина, як правило, одностороння, виключно рідко – двохстороння, розміри її коливаються від мініатюрних до величини голови дорослої людини, в середньому коло 8см. Форма пухлини округла чи овальна, поверхня гладка, при дольковій будові – нерівна. Капсула

зазвичай відсутня. По зовнішньому вигляду, щільності текому можна прийняти за фіброму. На розрізі пухлина жовтого кольору з волокнистими проміжками сіро-білого кольору.

Текома розвивається з веретеневидних клітин внутрішньої оболонки покритишки фолікула, які виробляють естрогени, а при лютеїнізації їх – прогестерон. В результаті можливе передчасне статеве дозрівання або пізніє закінчення менструальної функції. Перебіг захворювання мало чим відрізняється від проявів гранульозоклітинної пухлини. Характерним для цієї пухлини є асцит, який може виникнути при доброякісному і злоякісному перебігу захворювання.

Лікування – хірургічне, в молодому віці видаляється пухлина з ураженим яєчником. Після операції (при збереженому другому яєчнику) відновлюється менструальний цикл, ліквідується непліддя.

Фіброма яєчника – доброякісна пухлина, яка розвивається з його строми. Частота фібром складає від 7 до 12%. Вони відносяться до гормонально-неактивних пухлин. Звичайно фіброма виникає у жінок у віці 40-50 років. Розміри її коливаються від кількох до 20см в діаметрі. Фіброми яєчника частіше бувають односторонніми, округлої форми, щільні, часто дерев'янистої консистенції з вузлуватою або гладкою поверхнею. Колір пухлини білий або біло-сірий. На розрізі має волокнисту будову, при некрозі може бути буро-червоний. Фіброма має ніжку, що створює умови для її перекруту. Фіброми яєчника можуть бути двох форм: відгороджена з збереженням частини тканини яєчника і дифузна – тканина яєчника при цій фібромі не виявляється, пухлина не має капсули. Фіброми дифузної форми зустрічаються частіше і бувають більших розмірів.

Гістологічно пухлини складаються з клітинних елементів веретеневидної форми і міжклітинної волокнистої речовини в різних співвідношеннях. В більшості випадках пухлини бідні кровоносними судинами. Мітози відсутні. В фібромі на відміну від текоми ліпідів звичайно не виявляються.

Клінічні симптоми з'являються при некрозі або перекруті ніжки пухлини. Досить характерною ознакою фіброми яєчника є асцит. Інколи разом виявляється полісерозит, анемія, кахексія (тріада Мейгса), що, як правило, вказує на злоякісне переродження пухлини. Причини появи асцита і гідроторакса досі не відомі. Проте припускається, що асцит утворюється внаслідок проникнення трансудату з фіброми яєчника, так як капсули вона не має. Поява гідроторакса обумовлена проникненням асцитичної рідини через міжклітинні щілини діафрагми.

Лікування – хірургічне – видалення ураженого яєчника. Після оперативного втручання досить швидко зникає асцит і гідроторакс.

Б. Андробластоми

До андробластом (аренобластом) відносять пухлини, в яких є клітини Сертолі-Лейдига різного ступеня зрілості, а в деяких випадках – індіферентні гонадні клітини ембріонального виду.

Андробластоми розвиваються із клітин статевої залози з потенційно головним напрямком розвитку, володіють маскулінізуючими властивостями. Зустрічаються вони досить рідко. Їх частота становить 0,4% всіх новоутворень яєчника. Пухлини майже завжди односторонні в середньому 5-6см в діаметрі, добре відмежовані, мають чітко виражену капсулу. Звичайно локалізуються в області воріт яєчника і в мезоварії. Поверхня пухлин здебільшого гладка. На розрізі вони мають жовтий, жовто-червоний, жовто-сірий колір, інколи в пухлині зустрічаються дрібні кістозні утворення, локальні крововиливи.

Маскулінізуючі пухлини зустрічаються в будь-якому віці, але особливо часто в 20-30 років і 50-70 років. В клінічному перебізі маскулінізуючих пухлин можна виділити період дефінізації з наступним розвитком явищ вірілізації. У жінок репродуктивного віку на початку захворювання менструації стають рідкими, незначними і переходять в аменорею. Одночасно відбувається гіпоплазія матки, яєчника, атрофія ендометрія, аменорея і атрофія молочних залоз. Будова тіла стає чоловічою, спостерігається ріст волосся на обличчі, грудях, кінцівках. Змінюється тембр голосу, він стає грубим. Появляється гіпертрофія клітора, облісіння по

чоловічому типу, зникає статева функція. Явища дефімінації обумовлені надлишковим утворенням андрогенів (тестостерона), які пригнічують фолікуло-стимулюючу функцію гіпофіза, в результаті чого кількість естрогенів знижується і тим самим створюються умови для маскулінізації. Всі ці ознаки розвиваються на протязі кількох років, рідше на протязі кількох місяців.

Слід відмітити, що інколи андробластоми мають гіперестрогенний ефект – це відбувається коли пухлина складається переважно з клітин Сертолі. В такому випадку вони проявляються гіперпластичними процесами ендометрія.

Андробластоми розділяють на високодиференційовані пухлини, проміжні та низькодиференційовані. Високодиференційовані пухлини – доброякісні, при низькій диференціації в 20-25% випадків пухлини піддаються злоякісному переродженню.

Діагностика базується на характерній пропажі жіночих рис (дефімінація) і розвитку чоловічих (маскулінізація). В ділянці додатків матки визначається одностороннє пухлиновидне рухливе утворення щільної консистенції. З додаткових методів обстеження важливу роль відіграє ультразвукове дослідження та лапароскопія.

Лікування: в молодому віці проводять видалення пухлини. У жінок в пре- і постменопаузі проводять пангістеректомію. При підозрі на злоякісний процес операцію доповнюють резекцією великого сальника. Після видалення пухлини порушені функції жіночого організму поступово відновлюються, зникають симптоми маскулінізації, хоча грубість голосу, гіпертрофія клітору, гірсутизм можуть залишатись.

Ліпідно-клітинні пухлини яєчників

Згідно визначенню ВОЗ в цю групу новоутворень включені пухлини, що складаються з клітин, що нагадують клітини Лейдега, лютеїнові клітини і клітини кори наднирників, але які не можуть ідентифікуватись специфічно як один з цих трьох типів.

Адреналоподібні пухлини

Синонімами є дифузна арренобластома, маскуліноовобластома і гіпернефрома.

Адреналоподібна пухлина яєчника має схожість з аденомою кори наднирників як у відношенні її макроскопічної характеристики, так і морфологічних особливостей. Вона розвивається із ембріональних залишків коркового шару наднирників, які знаходяться в широкій зв'язці, воротах яєчників і корковому шарі яєчників. Пухлина, як правило, одностороння, величина її коливається в широких межах від кількох до 20см. Пухлина має вигляд вузла округлої форми, чітко обмеженого, щільної консистенції. На розрізі солідної будови, помаранчевого, жовтого чи коричневого кольору з ділянками крововиливів.

По гістологічній картині пухлина нагадує сіткову або клубочкову зону кори наднирників. Пухлина утворена з великих (20-45 мкм) полігональних клітин з світлою або вакуолізованою цитоплазмою. Ядра їх невеликі, базофільні, розташовані центрально. Клітини містять ліпіди, мітози зустрічаються дуже рідко. До 7% пухлин можуть бути злоякісними. В цих випадках визначаються атипові клітини (поліморфізм і гіперхроматоз ядер), велика кількість ліпідів.

Більшість адреналоподібних пухлин є маскулінізуючими. Найбільш часто вони зустрічаються у жінок репродуктивного віку, у дівчаток та жінок старше 60 років. Їх частота не перевищує 10%. Ендометрій при цих пухлинах звичайно без ознак проліферації, атрофічний. Враховуючи те, що злоякісні адреналоподібні пухлини зустрічаються рідко, одностороння оваректомія є ефективним методом лікування, особливо в дитячому і репродуктивному віці.

Лютеома

Розрізняють дві пухлини які називають лютеомою: лютеома вагітності і стромальна лютеома. Перша з них не являється істиною пухлиною і згідно класифікації ВОЗ розглядається серед пухлиноподібних процесів.

Стромальна лютеома

До цієї патології відносять невеликі (не більше 2-3см) лютеоми, які локалізуються в корковому або мозковому шарі одного чи обох яєчників. Ці пухлини частіше одиночні рідше численні, не мають капсули, на розрізі жовтого, коричневого, сірого чи білого кольору.

Гістологічно стромальна лютеома складається з великих полігональних чи округлих тісно розташованих клітин у вигляді тяжів і гнізд. Ядра великі, розташовані центрально. Цитоплазма еозинофільна. Строма звичайно бідна, але інколи представлена широкими пучками гіалінізованого колагену, який ділить клітини на групи. Лютеома багата кровоносними судинами, стромальна лютеома розвивається з текалютеїнових клітин або з лютеїнізованих стромальних клітин. Частіше пухлина виникає у жінок в постклімактеричному періоді, в 50-70 років. У більшості випадків розвиток пухлини супроводжується явищами гіперестрогенії. Хворі скаржаться на маткові кровотечі. Визначається залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія. В частини хворих пухлини проявляються явищами вірілізма.

Чітко розробленої тактики лікування хворих при наявності стромальної лютеоми немає. Слід пом'ятати, що пухлина може бути двохсторонньою. Проте відсутність пухлини в другому яєчнику не виключає наявності в ньому ділянок стромальної лютеїнізації, яка в майбутньому може бути джерелом розвитку стромальної лютеоми. Тому вважається, якщо стромальна лютеома характеризується естрогенною активністю, а матка видалена, другий яєчник може бути збережений. При збереженні матки або проявленні лютеомою андрогенної активності рекомендується видалити і другий яєчник.

Герміногенні пухлини

До цієї групи відносяться пухлини, в яких знаходяться незрілі, зрілі або ті і інші структури, які можуть походити з якого-небудь або із всіх трьох зародкових листків – ектодерми, мезодерми і ендодерми. Після серозних і муцинозних кістом зрілі тератоми є найбільш частими доброякісними новоутвореннями яєчників.

Дермоїдна кіста (дермоїд, зріла кістозна тератома, проста тератома) відноситься до зрілих тератом і серед пухлин яєчників зустрічається у 8% хворих. Звичайно вони вислані епідермісом, хоча зустрічаються також тканини екзодермального і мезодермального походження.

Дермоїдні кісти, як правило, односторонні, причому частіше локалізуються в правому яєчнику. Чисельні дермоїди в одному або двох яєчниках явище дуже рідке. Пухлини звичайно не досягають великих розмірів. Форма округла або овальна, консистенція тістувата. На розрізі дермоїдна кіста представляє тонкостінне утворення, однокамерне, яке містить сало, волосся, складене у вигляді клубків. В стінці кіст є щільне утворення у вигляді бугра. Це утворення, яке називається головним або паренхіматозним вузлом, є головною частиною дермоїдної кісти. В ньому знаходяться зрілі тканини і рудиментарні органи: в 1/3 випадків це зуби (1-3, інколи більше), кісткова, хрящева тканина, частини кишкової трубки, щитовидна залоза. Капсула кісти сполучнотканинна, щільна, блискуча.

Пухлина може зустрічатись у жінок різного віку (навіть у новонароджених), хоча частіше у 20-40 років. Ріст дуже повільний. Вони мають досить довгу ніжку (яка може перекрутитись) внаслідок чого пухлини досить рухомі. Діагностика не представляє труднощів: при бімануальному дослідженні пальпується одностороннє, рухоме утворення твердої або тістуватої консистенції, яке розташоване попереду від матки. Діагноз підтверджується під час операції.

Лікування – хірургічне. Молодий вік жінки, рідке рецидування і злякисне переродження дермоїдної кісти дозволяють проводити резекцію яєчника з максимальним збереженням макроскопічно незміненої тканини.

Солідні тератоми (тератобластома, незріла тератома) зустрічаються дуже рідко, відносяться до злякисних пухлин. Виникають у дитячому і юнацькому віці. Тератобластома багата судинами, в зв'язку з чим часто відмічаються крововиливи під капсулу і в товщу пухлини. Поверхня щільна, вузлувата, має нерівномірну консистенцію.

Пухлини частіше зустрічаються у дівчат астенічної будови тіла. Скарг хворі не мають. Основною ознакою є визначення рухомого пухлиноподібного утворення в малому тазі. Часто ніжка пухлини перекручується, можливий розрив капсули. В пізніх стадіях з'являється асцит. Метастазування настає швидко і відбувається в основному гематогенним шляхом.

Лікування – оперативне – надпихова ампутація матки з додатками, резекція великого сальника.

Гонадобластома – це пухлина, що складається з двох основних типів клітин: великих зародкових, які схожі на клітини дисгерміноми і семіоми та маленьких клітин, які нагадують клітини Сектолі. Крім того строма може вміщати клітини, які нагадують лютеїнові і клітини Лейдіга.

Гонадобластоми виникають майже виключно у хворих з дисгенетичними яєчниками або яєчниками, більшість з яких є хроматинівід'ємними і мають Y-хромасоми. Мають схильність до злоякісного переродження. Лікування оперативне.

Некласифіковані пухлини

До цієї групи відносяться такі первинні пухлини яєчників, що не можуть бути віднесені до будь-якої категорії, які описані вище.

Вторинні (метастатичні пухлини) – це злоякісні пухлини, які розглядають у відповідному розділі

Лікування пухлин яєчників

В теперішній час положення про те, що хвора, у якої виявлена пухлина яєчника, підлягає обов'язковому оперативному лікуванню, вважається загальноприйнятим і правильність його підтверджена багатьма клінічними спостереженнями. Ця тактика визначається тим, що не лише злоякісні, але і доброякісні пухлини самостійно не виліковуються і очікування з їх видаленням може потягти за собою ряд ускладнень.

Лише кісти жовтого тіла, які зустрічаються дуже рідко, самостійно піддаються зворотньому розвитку, оперативного лікування не потребують. Проте відрізати кісту жовтого тіла від других кістозних утворень дуже важко. Тому у молодих жінок необхідно провести нагляд на протязі 2-3 менструальних циклів. За цей період кіста жовтого тіла може самостійно піддатися зворотньому розвитку. Якщо кістозне утворення не зменшилось потрібно провести оперативне лікування. Об'єм і характер оперативного втручання вирішується в залежності від віку хворої і особливостей пухлини.

У молодих жінок при виявленні кісти яєчника можна видалити кісту і зберегти незмінену тканину яєчника. У жінок репродуктивного віку при наявності доброякісних пухлин і ураженні одного яєчника проводиться одностороння оваректомія або аднексектомія. При наявності даних, які свідчать про злоякісне переродження кістоми, проводять повне видалення матки з додатками, незалежно від віку хворої. У разі виявлення пухлини в період менопаузи необхідно видалити матку і додатки з обох сторін.

При пухлинах яєчників можливий розвиток вагітності. Під час вагітності досить часто спостерігається більш швидкий розвиток пухлини і частіше перекручується її "ніжка". Тому при наявності пухлини під час вагітності проводиться оперативне лікування.

При невеликих розмірах пухлин і їх доброякісності, особливо у молодих жінок, можна провести операцію за допомогою розрізу по Пффанненштилю, а у хворих з товстою передньою черевною стінкою, при великих розмірах пухлин, мало рухомих або нерухомих пухлинах найбільш раціональним є серединний поздовжній розріз черевної порожнини, який при необхідності можна продовжити вгору.

Після розтину черевної порожнини необхідно розібратись в патологічній ситуації, оцінити вид пухлини, її взаємовідношення із стінками тазу і сусідніми органами. При наявності пухлини на ніжці проводиться оваректомія. Для цього пухлину за допомогою тупфера виводять в рану. Якщо це не вдається, то кістома виводиться рукою. Зажимом Кохера затискають власну зв'язку яєчника, зв'язку, що підвішує яєчник, брижу маткової труби, пухлину, маткову трубу біля рогу матки відсікають. На риг матки накладають вузлуватий кетгутовий шов. Зажим заміняють лігатурою. Перитонізація проводиться безперервним кетгутовим швом за рахунок

круглої зв'язки матки, якою культя лігованих утворень повністю покривається і ізолюється від черевної порожнини. Проводиться туалет черевної порожнини, підрахунок серветок, інструментарію. Зашиваються пошарово передня черевна стінка: очеревина, м'язи безперервним кетгутовим швом, апоневроз – окремими шовковими швами. Підшкірна клітковина кетгутовими швами. На шкіру шовкові шви або скобки Мішеля. Обов'язково вказується величина крововтрати і детально описується видалений макропрепарат.

Аднексектомія – видалення додатків матки (яєчника і труби) виконується слідуючим чином: на розтягнуту брижу маткової труби накладають зажим Кохера (або Мікуліча). Видалення кістоми починають з накладання зажимів і розсікання зв'язки, яка підвішує яєчник, потім розсікають маткову трубу і власну зв'язку яєчника. Зажими заміняють шовковими лігатурами. Перитонізацію виконують за рахунок круглої зв'язки матки.

Ускладнення які можуть виникати при доброякісних пухлинах яєчників:

1. Перекрут ніжки пухлини, крововилив в капсулу. Некроз.
2. Розрив капсули пухлини і її судин, що супроводжується кровотечею.
3. Нагноєння пухлини з утворенням абсцеса в малому тазі, який може прорвати в черевну порожнину, сечовий міхур, пряму кишку, рідше в піхву.
4. Здавлення суміжних органів з порушенням їх функції.
5. Переродження кістоми в злоякісну форму.

Таким чином пухлини яєчників займають по частоті друге місце серед інших пухлиноподібних захворювань жіночих статевих органів. Важкість їх ранньої діагностики полягає в безсимптомному перебізі захворювання на ранніх стадіях, труднощів диференціальної діагностики з злоякісними процесами. Все це обумовило лікування пухлин оперативним методом. Така тактика сприяє оздоровленню жінки і є основою профілактики злоякісних процесів жіночих статевих органів

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	Підготовчий етап 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Основний етап Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Класифікацію злоякісних пухлин яєчників. 2. Патогенез злоякісних пухлин яєчників. 3. Етіологію злоякісних пухлин яєчників. 4. Методи діагностики та лікування злоякісних станів яєчників	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1.	Заключний етап Підбиття підсумків, загальні	Перелік навчальної літератури.	10 хв.

	висновки	План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення гінекології, жіноча консультація
Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

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. Опухольевидные 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».

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 лекції

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

Тестові завдання

1. У 36 літньої жінки проведено радикальне хірургічне лікування ендометріозу, яке включало двобічну овариєктомію. Замісна терапія естрогенами не проводилася. Які ознаки чи симптоми можуть проявитися у пацієнтки в першу чергу?

- A** * Приливи жару до голови
- B** Остеопороз
- C** Сповільнене старіння серцево-судинної системи
- D** Атрофічний вагініт

2. Хвора 3. 29 років із кістостою в анамнезі, яка виявлена при профогляді, скаржиться на різкі болі внизу живота, які виникли раптово після фізичного навантаження, нудоту, блювання, сухість у роті. При огляді матка звичайних розмірів і консистенції, не болюча. Ліве склепіння глибоке, придатки не визначаються, праве склепіння сплюснене утвором округлої форми тугоеластичної консистенції, обмежено рухомим різко-болючим. Аналіз крові: лейкоцити 13×10^9 /л, пульс 118 уд/хв. На УЗД – справа візуалізується двохкамерний утвір розмірами 9x7x6 см. Який діагноз найбільш імовірний у даному випадку?

- A** * Перекручування кистоми правих додатків
- B** Позаматкова вагітність
- C** Фолікулярна киста
- D** Некроз фіброматозного вузла матки
- E** Гострий апендицит

3. Дівчинка 7 років скаржиться на незначні кров'яністі виділення зі статевих шляхів на протязі 3 днів. На протязі останніх 3-х місяців на лобці з'явилося різке оволодіння (Р 1), збільшення молочних залоз (Ма 2). При ректальному і УЗД-дослідженні виявлена пухлина правого яєчника розмірами 12x10x10 см, малоболісна. Виберіть необхідний метод лікування:

- A** * Оперативне лікування
- B** Скорочуючи матку засоби
- C** Гормональна терапія
- D** Антианемічна терапія
- E** Променева терапія

Ситуаційні задачі :

Задача №1.

Хвора 28 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на тупий біль внизу живота, температура до $37,5^{\circ}\text{C}$. 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. (Загострення хронічного двобічного сальпінгоофориту)

Задача №2

Хвора 29 років, доставлена машиною швидкої допомоги, скаржиться на різкі болі внизу живота. Болі виникли раптово, при підйомі важкості. Остання менструація була 10 днів тому, прийшла в

свій строк. Пологів — 2, абортів — 2. Останній раз оглядалась гінекологом півроку тому, була визначена кіста яєчника. Пульс - 100 ударів за хвилину, ритмічний, дихань 22 за хвилину. Язик сухий, не обкладений. Живіт здутий, напружений, різко болючий, особливо зліва. Об'єктивно: шийка матки циліндрична, деформована старими післяпологовими розривами, чиста. Тіло матки чітко не визначається через напруження передньої черевної стінки. Придатки зправа не визначаються. В області лівих придатків пальпується пухлина без чітких контурів, туго еластичної консистенції, обмежено рухома, болісна. Параметри вільні. Який найбільш вірогідний діагноз? Перекрут ніжки кісти яєчника

Задача №3

Хвора З. 34 років із кистою в анамнезі, яка виявлена при профогляді, скаржиться на різкі болі внизу живота, які виникли раптово після фізичного навантаження, нудоту, блювання, сухість у роті. При огляді матка звичайних розмірів і консистенції, не болюча. Ліве склепіння глибоке, придатки не визначаються, праве склепіння сплюснене утвором округлої форми тугоеластичної консистенції, обмежено рухомим різко-болючим. Аналіз крові: лейкоцити 13×10^9 /л, пульс 118 уд/хв. На УЗД – справа візуалізується двохкамерний утвір розмірами 9x7x6 см. Який діагноз найбільш імовірний у даному випадку?

Перекручування кістоми правих додатків

Методичну розробку семінарського заняття підготувала асистент кафедри акушерства і гінекології № 2 О. Г. Макаров

22.01.2015

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; доповнення та зміни внесені „_____” _____ 201__р.