

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»
II РОКУ НАВЧАННЯ**

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

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Доброякісні 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. 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 студентів медичних вузів.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Класифікацію доброякісних пухлин яєчників.
2. Патогенез доброякісних пухлин яєчників.
3. Етіологію доброякісних пухлин яєчників.
4. Методи діагностики та лікування доброякісних 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 доброякісних 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 епітеліального походження	Провести лабораторне обстеження хворої
III. Внутрішньопредметна інтеграція Класифікацію доброякісних пухлин яєчників	Патогенез доброякісних пухлин яєчників.	Методи діагностики та лікування доброякісних станів яєчників

V. Зміст теми семінарського заняття Доброякісні пухлини яєчників

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, аденоакнтома, 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:

А. 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 струми статевого тяжу.

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

IV. Герміногенні пухлини.

А. 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:

А. 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:

А. Лютеома вагітності.

Б. Гіперплазія строми яєчника та гіпертекоз.

В. Масований набряк яєчника.

Г. Одиначні 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.

Епітеліальні доброякісні пухлини яєчників

Серозні пухлини

До групи “епітеліальних” новоутворень яєчників відносять пухлини, які складаються з одного чи кількох типів поверхневого епітелія, строми в різних комбінаціях. Проте гістогену циліоепітеліальних утворень до цього часу до кінця не з’ясований. Існує три основні гіпотези, які пояснюють походження цих пухлин:

- 1) теорія походження з покривного епітелію;
- 2) з рудиментів, які оточують яєчник і розташовуються в ділянці його воріт;
- 3) із зміщених ділянок трубного і маткового епітелія.

Циліоепітеліальні пухлини яєчників відрізняються великою різноманітністю своєї будови. Найбільшу групу доброякісних пухлин складають кістоми. Вони розділяються на серозні і муцинозні.

Серозні кістоми (циліоепітеліальні). Проста серозна кістома (сецернуюча) – частіше однокамерне утворення з гладенькими стінками. Вміст являє собою світлу прозору рідину солом’яного кольору. Внутрішня поверхня стінок капсули вкрита одношаровим кубічним, іноді миготливим, епітелієм. За своєю будовою миготливий епітелій нагадує епітелій, який вкриває слизову оболонку матки і маткових труб. У даних кістом секретія епітелію переважає над його проліферацією. Їх частота складає 11% всіх пухлин яєчників і 45% циліоепітеліальних пухлин. Частіше спостерігаються у віці 30-50 років як правило односторонні, рідко досягають великих розмірів. Ці кістоми звичайно мають округлу або овальну форму і глядку блискучу поверхню. Якщо є супутній запальний процес, то поверхня може бути матовою і покритою численними злуками. В більшості випадків (72%) вони є однокамерними, рідше двохкамерними (10%) та багатоканалієвими (18%). Під час гінекологічного дослідження пухлина визначається частіше з одного боку. Звичайно вона має невеликі розміри, гладку поверхню, тугоеластичну консистенцію, рухлива, безболісна. Клінічно проявляє себе рідко. Виявляється під час профоглядів, або коли хворі звертаються з приводу переймоподібного болю унизу живота (справа або зліва залежно від ураження яєчника) і у ділянці попереку (перекручування ніжки кістоми, розрив капсули або крововилив у неї, некроз). Гормональною активністю пухлини не володіють, менструальний цикл не порушується. Під час УЗД і лапароскопії діагностика даної пухлини яєчника не затруднена.

Лікування тільки оперативне. Операція полягає у видаленні пухлини разом з яєчником. У разі двобічного ураження яєчника, незалежно від віку, видаляють обидва яєчники.

Папілярні кістоми (папілярна цистаденома) – це пухлини, для яких характерна наявність сосочкових розростань. Частіше вони зустрічаються в репродуктивному віці, рідше в клімактеричному і майже не спостерігаються до статевого дозрівання. Їх частота становить 7% загальної кількості пухлин і 34% від епітеліальних. Схильна до злоякісного переродження (до 70% випадків).

Розвиток папілярних кістом характеризується частим двохстороннім ураженням яєчників та інтралігаментарним розміщенням пухлини. Досить часто вони супроводжуються асцитом.

В залежності від локалізації сосочків виділяють:

- 1) інвертуючу форму (сосочки знаходяться в середині кістоми);
- 2) евертуючу форму (сосочки знаходяться тільки зовні капсули кістоми);
- 3) змішану (сосочки розміщуються і всередині і на зовнішній поверхні кістоми).

Вистилає сосочки високий або плоский епітелій. Строма їх може бути щільною або рихлою. Розростання можуть заповнювати більшу частину кістоми і по вигляду нагадувати “цвітну” капусту. Епітеліальний покрив звичайно однорядний, хоча ядра клітин розміщені на

різних рівнях, що створює враження багат шаровості. Інколи в папілярних кістомах зустрічаються ксаммомні тільця. Вони характеризуються наявністю звивистої концентричності і сферичною формою. Раніше їх наявність вважалась ознакою злоякісності, хоча в теперішній час це припущення не підтвердилось.

Розростання сосочків на зовнішній поверхні кістоми нерідко супроводжується розповсюдженням їх по брюшині, але це не свідчить про злоякісний характер. Сосочки можуть розмоктуватись після видалення основної пухлини. Більшість папілярних кістом не перевищує 10см в діаметрі. Вміст цих пухлин серозний або серозно-геморагічний, рідкий, хоча може бути в'язкий, тягучий, часто мутний, що можна пояснити процесами дистрофії і розпаду деяких сосочків, а також більш високим вмістом муцинозної маси.

Клінічні симптоми при папілярних кістомах з'являються раніше, ніж при гладкостінних. Це може бути обумовлено двохстороннім ураженням та інтралігаментарним розміщенням пухлини. Найбільш раннім симптомом є болі внизу живота, інколи вони віддають в попереk, нижні кінцівки, часто супроводжуються дизуричними явищами. Може відмічатись збільшення живота, порушення дефекації, загальна слабкість, втомлюваність, поганий сон і апетит. Має місце порушення менструальної функції, безпліддя.

Під час гінекологічного дослідження визначається пухлина з нерівною поверхнею, горбиста (внаслідок багатокапілярності), яка тісно прилягає до матки, обмежено рухлива або нерухлива (інтралігаментарне розміщення), безболісна. Внаслідок інтимного зв'язку з маткою її нерідко приймають за субсерозний фіброматозний вузол матки.

Папілярні кістоми досить часто (до 40%) поєднуються з іншими пухлиноподібними захворюваннями статевих органів: кисти яєчників, міома матки, внутрішній ендометріоз матки, злоякісні пухлини матки.

Лікування тільки оперативне. Об'єм оперативного втручання такий самий, як у випадку простої серозної кістоми.

Проліферуючі серозні пухлини

Ці кістоми по класифікації ВОЗ відносять до таких, що межують між доброякісними і злоякісними пухлинами яєчника. Вони є передраковими захворюваннями. Макроскопічно проліферуючо-серозні пухлини яєчників мають тіж особливості, що і непроліферуючі. Вони частіше бувають двохсторонніми, супроводжуються асцитом.

Відмінністю від доброякісних пухлин є виражена проліферація епітелія, яка проявляється в багат шаровості (істинній), утворення епітеліальних сосочків, що не мають строми, поява мітозів, інколи аномалій ядер, хоча атипії клітин, яка спостерігається при раці та інфільтративному рості в проліферуючих пухлинах, немає.

Муцинозні пухлини

Псевдомуцинозна кістома (муцинозна цистаденома) – це найбільш проста форма муцинозних кістом. Вони зустрічаються частіше інших форм муцинозних кістом і становлять близько 82%. Переважно бувають односторонніми, двостороннє ураження яєчників відмічається в 10% випадків. Пухлини досягають великих розмірів від 10 до 30см в діаметрі; інколи до 50см в діаметрі, їх форма округла або овальна. В більшості випадків кістоми багатокамерні. Величина камер різна, інколи пухлина складається з одного великого утворення і мілких дочірніх кіст. Вміст камер – псевдомуцин – густа драглиста рідина різного кольору (жовтуватого, коричневого, блідо чи темно-зеленого, темно-червоного). Різниця між псевдомуцином і муцином полягає у тому, що під час дії оцтовою кислотою муцин випадає в осад, а псевдомуцин не змінюється. Стінка муцинозних кістом і перегородок жовта, щільна. Внутрішня поверхня камер гладка.

Епітелій, який вистілає стінку кістоми, однорядний, високий циліндричний, з базально-розміщеним ядром, має схожість з епітелієм цервікального каналу. Він має здатність до утворення слизу. Слиз вміщує глікопротеїни і гетероглікани. Поряд з високим циліндричним епітелієм інколи знаходиться кубічний, а в окремих випадках і миготливий епітелій.

Серед простих муцинозних кістом розрізняють гладкостінні і "гландулярні" кістоми. Останні характеризуються наявністю криптоподібних заглиблень і залозисто-подібних

утворень. В епітелії деяких кістом можна виявити аргентофільні клітини, ще рідше – клітини Пенета.

Псевдопапілярні муцинозні кістоми макроскопічно майже не відрізняються від простих муцинозних кістом. Гістологічно – в результаті багаточисельних криптовидних заглиблень, розташованих одне за одним, складається враження про наявність сосочків, що надає пухлині псевдопапілярної будови. Клінічно вони частіше бувають односторонніми, багатокамерними.

Істинні папілярні псевдомуцинозні кістоми в більшості випадків бувають двохсторонніми. На внутрішній поверхні камер визначаються сосочкові розростання, які інколи нагадують “цвітну” капусту. Сосочки мають сполучно-тканинну основу, епітеліальний покрив однорядний. Висота і форма клітин можуть коливатись, поряд з високим циліндричним епітелієм спостерігаються кубічні та бокалоподібні клітини. Мітози спостерігаються рідко. Деякі клітини втрачають здатність продукувати слиз.

Псевдомуцинозні кістоми розвиваються безсимптомно, поки пухлина не стане досить великою. Інколи хворі відмічають збільшення живота і самі прощупують пухлину. При досить великих розмірах проявляються ознаки здавлення сусідніх органів (сечового міхура, прямої кишки, крижово-нервового сплетіння, лімфатичних і венозних судин). Для пухлини характерна нерівна поверхня (місцями м’якої, місцями щільної консистенції), можливе утворення злук.

Лікування завжди оперативне – видалення пухлини разом з яєчником.

Проліферуючі муцинозні кістоми

Проліферуючі муцинозні кістоми розцінюються як передраковий процес. Пухлина багатокамерна, зовнішня поверхня її гладка, на внутрішній є сосочкові розростання. Клінічний перебіг захворювання мало чим відрізняється від звичайних псевдомуцинозних кістом. Гістологічно характерною ознакою є інтенсивна проліферація епітелію. Вона виражається у втраті на деяких ділянках специфічного диференціювання і функцій клітин, появою багат шарового епітелію (не більше 2-3 рядів). На відміну від злоякісних муцинозних пухлин відсутні атипії клітин, багаточисленні мітози, інфільтративний ріст. Для правильної постановки діагнозу необхідно дослідити додатково кусочки тканини з пухлини. При наявності проліферуючих пухлин прогноз для більшості хворих сприятливий, тому у молодих жінок при ураженні одного яєчника обмежуються односторонньою сальпінгоофоректомією.

Псевдоміксома яєчника – це пухлина, що зустрічається дуже рідко, і на думку деяких авторів є різновидністю псевдомуцинозної кістоми. В результаті насичення муцином стінки кістоми можуть піддатись некрозу і руйнуванню; при цьому вміст кістоми попадає в черевну порожнину. Він не всмоктується очеревиною, а інкапсулюється в результаті вся очеревина вкривається драглистими масами, які підтримують стан хронічного запалення, супроводжується больовим синдромом. При розриві капсули з’являються симптоми гострого живота. Лікування включає проведення радикальної операції з видаленням всіх внутрішніх статевих органів, резекцію великого сальника, звільнення черевної порожнини від драглистої маси, з наступною хіміо- чи рентгенотерапією.

Пухлини Бренера – це фіброепітеліальні пухлини, які складаються із стромы яєчника і гнізд багатограних або великих епітеліальних клітин перехідного типу. Синонімами є муциозна фіброепітеліома, мукоїдна фіброепітеліома, коллоїдна аденофіброма. Пухлина Бренера зустрічається досить рідко, її частота становить 0,4-1%, переважно у хворих старше 50 років. Гістологічно вона складається з сполучно-тканинних (типу фіброми) і епітеліальних компонентів (у вигляді епітеліальних островків, тяжів, які інколи утворюють кісти). Величина пухлини коливається від кількох міліметрів до величини голови дорослої людини, в середньому становить 6-7см в діаметрі. Пухлина, як правило, одностороння, при чому частіше зустрічається лівостороння локалізація. Форма її округла або овальна, зовнішня поверхня гладка, капсула зазвичай відсутня. По зовнішньому вигляду, щільності і волокнистій будові на поверхні нагадує фіброму. Колір її білувато-сірий, інколи з жовтуватим відтінком. В тканині пухлини можуть спостерігатись мілкі порожнини, рідше великі кісти, вміст порожнин здебільшого слизовий. Пухлини Бренера, як правило, доброякісні. Малігнізація відбувається дуже рідко.

В останні роки велика увага приділяється гормональній активності деяких пухлин Бренера, що зв'язують з наявністю в стромі текальної реакції, стромальних лютеїзованих клітин. У 50% хворих з пухлиною Бренера виявлені прояви естрогенної активності у вигляді гіперплазії ендометрія, яка супроводжувалась ановуляторними кровотечами та кровотечами в період постменопаузи. Деякі пухлини проявляються маскулінізацією, що пояснювалось її здібністю синтезувати тестостерон з прогестерона в присутності хоріального гонадотропіна. Лікування хірургічне – видалення пухлини разом з ураженим яєчником.

Кісти яєчників

Ретенційні кісти яєчників це собою утворення, які виникають в результаті накопичення рідини у відповідній порожнині. Збільшення розмірів кісти відбувається не за рахунок розмноження клітинних елементів, а в результаті збирання рідини, яка є трансудатом плазми крові. Цим кісти відрізняються від справжніх пухлин – кістом яєчника.

Фолікулярна кіста

Фолікулярна кіста яєчника спостерігається найбільш часто. Існує дві основні теорії про їх походження. Перша – це порушення гормонального балансу в організмі, зниження естрогенної функції яєчників, що призводить до зростання рівня гонадотропних гормонів, причому змінюється співвідношення між ЛГ і ФСГ в бік підвищення рівня останнього. Підтвердженням цьому є часте поєднання кіст з міомами матки, при яких також відбуваються гормональні порушення. Друга теорія пояснює виникнення кіст змінами, які відбуваються в яєчниках при запальних процесах додатків матки. Велике значення при цьому має застійна гіперемія тазових органів і розвиток явищ періоофорита.

Фолікулярна кіста в своєму розвитку проходить кілька стадій. Під впливом ФСГ фолікули в яєчниках починають збільшуватись в розмірах. Один з фолікулів збільшується особливо помітно. Утворена кіста росте за рахунок порожнини фолікула. Кісти можуть утворюватись із атрезованих і персистуючих фолікулів. Порожнина кісти заповнена прозорим світлим вмістом. Внутрішня поверхня вислана гранульозними клітинами. В процесі росту внутрішня оболонка кісти потовщується, клітини збільшуються, ядра набухають, зовнішня оболонка помітно не змінюється. Слідуюча стадія розвитку кісти характеризується дистрофічними і атрофічними змінами: епітелій потоншується, злущується і пропадає. Наступає вакуолізація протоплазми, пікноз і розпад ядер. Подібні зміни відбуваються і у внутрішній оболонці. В результаті цього кіста перетворюється в тонкостінне, гладкостінне утворення яєчників, порівняно невеликих розмірів. Вміст фолікулярних кіст – прозора лимонно-жовтого кольору рідина, яка не має слизу або муцину. Інколи може бути добавка крові. Вони завжди є однокамерними. Якщо є кілька камер, можна з впевненістю думати про кістому яєчника. Хоча інколи в яєчнику одночасно виникає кілька кіст, які поступово збільшуються, зливаються між собою і складають враження багатокammerного утворення. Фолікулярні кісти неактивні у відношенні продукції гормонів.

Клініка і діагностика

Неускладнена фолікулярна кіста невеликих розмірів звичайно протікає безсимптомно і виявляється при гінекологічному огляді. Під час бімануального дослідження з боку і спереду від матки знаходять утворення тугоеластичної консистенції, порівняно невеликих розмірів з гладкою поверхнею, рухоме, безболічне. Скарги виникають при перекруті ніжки кісти, здавленні суміжних органів. З'являються болі в поперековій ділянці, почуття важкості внизу живота, дизуричні явища. В анамнезі є дані про перенесені запальні процеси, порушення менструального циклу. Для підтвердження діагнозу проводиться ультразвукове дослідження, лапароскопія.

Лікування хірургічне. Операція заключається в вилушуванні кісти із збереженням здорової тканини яєчника, що особливо важливо у жінок репродуктивного віку.

Кісти жовтого тіла зустрічаються досить рідко. Їх розвиток зв'язаною з тим, що після овуляції порожнина фолікула не спадається і не заповнюється повністю лютеїновими клітинами, а залишається існувати і розтягується серозною рідиною.

Макроскопічно кісти жовтого тіла відрізняються від фолікулярних кіст більш товстими стінками, внутрішня поверхня їх жовтого кольору і складчата. Вміст кіст – світла, прозора рідина, інколи з домішками крові. Вони мають гладку поверхню, еластичну консистенцію, невеликий розмір (в середньому до 5см в діаметрі, більші бувають надзвичайно рідко). Мікроскопічно кісти жовтого тіла характеризуються наявністю клітин жовтого тіла, які розміщуються у вигляді пласта, або окремих груп.

Виділяють 2 типи клітин: лютеїнові і тека-лютеїнові. Лютеїнові клітини великих розмірів, полігональної форми з округлими ядрами. Протоплазма їх прозора. Тека-лютеїнові клітини розміщуються ззовні від лютеїнового пласта і не мають чіткої межі з підлеглою сполучною тканиною. Вони менші за лютеїнові і мають більш темні ядра. При вивченні гістологічної будови встановлено, що лютеїнові клітини кіст жовтого тіла проходять стадію проліферації, васкуляризації, розквіту і зворотнього розвитку. В стадії проліферації клітини невеликі, активно ростуть, тека-лютеїнові клітини добре виражені. В стадії васкуляризації відбувається вrostання капілярів і сполучної тканини з боку *these interne*. В стадії розквіту лютеїнові клітини мають полігональну форму, цитоплазма прозора. Тека-лютеїнові клітини менше виражені і зберігаються у вигляді прослойки на периферії. В стадії зворотнього розвитку протоплазма лютеїнових клітин втрачає прозорість, ядра піддаються пікнозу, сполучна тканина розростається і поступово заміщає лютеїнові клітини. Кількість тека-лютеїнових клітин різко збільшується. Разом із зворотним розвитком лютеїнових клітин і заміною їх сполучною тканиною відбувається поступове зникнення порожнини кісти і заміщення її сполучною тканиною.

Клініка і діагностика

Характерних клінічних особливостей перебігу кісти жовтого тіла немає. У хворих може спостерігатись аменорея від 2-3 тижнів до 2-3 місяців, під час якої можуть бути ознаки типові для вагітності (нудота, різні смакові примхи, нагрудання молочних залоз). При бімануальному обстеженні визначається збільшення додатків з однієї сторони. Причому характерна поява або збільшення кісти у другій фазі менструального циклу.

Лікування: при підозрі на кісту жовтого тіла не слід поспішати з оперативним лікуванням. Така хвора підлягає диспансерному нагляду. Слід проводити спостереження на протязі трьох менструацій. За цей період кіста жовтого тіла може самостійно піддатись зворотньому розвитку. Якщо зменшення кісти не відбувається спостерігається тенденція до її збільшення, необхідне хірургічне втручання, оскільки виключити справжню пухлину яєчника буває досить важко.

Тека-лютеїнові кісти – характерні для трофобластичної хвороби (міхурового занеску чи хоріонепітеліоми). Кістозні утворення формуються під впливом стимулюючої дії хоріонічного гонадотропіна, який містить велику кількість лютеїнізуючого гормону, на тека-тканину яєчника. Тека-лютеїнові кісти являють собою двохсторонне утворення з гладкою поверхнею і бурою капсулою. Вміст їх рідкий, інколи густий, жовтого або коричнево-червоного кольору. Навіть при великих розмірах тека-лютеїнові кісти після народження міхурового занеску чи вилікування хоріонепітеліоми, поступово зменшуються в розмірах. Функція яєчників відновлюється. В подальшому можлива нормальна вагітність.

В останні роки при лікуванні міхурового занеску і хоріонепітеліоми рекомендують проводити пункцію кіст з відсмоктуванням вмісту, що прискорює процес зворотного розвитку пухлини. В тих випадках, коли кісти зберігаються на протязі кількох місяців потрібно, в першу чергу, думати про виникнення або метастазування хоріонепітеліоми.

Параоваріальна кіста

Параоваріальні кісти розвиваються із залишків коло яєчників (вольфово тіла), які являють собою каналці, які сліпо закінчуються і розташовуються між матковою трубою і яєчником в листках мезосальпінкса. В нормі ці каналці облітерують і мають вигляд рудиментарних утворень. Проте у деяких жінок вони можуть піддаватись кістозному розширенню внаслідок продукції секрету. Розташовуються вони в основному між зв'язками.

Стінка параоваріальної кісти складається з сполучної тканини. Внутрішня поверхня гладка вислана однорядним циліндричним або плоским епітелієм.

Кісти однокамерні, стінки їх тонкі. Заповнені кісти прозорою рідиною, яка бідна білком не містять муцина. Розмір їх коливається в широких межах: від кількох сантиметрів до розміру голівки новонародженого.

Форма параоваріальних кіст шаровидна або овальна. Яєчник в патологічний процес, як правило, не втягується і розташовується збоку і знизу від кісти. Маткова труба розпластується на поверхні кісти.

Клініка і діагностика

Скарг при невеликих розмірах параоваріальної кісти хворі, як правило, не пред'являють, менструальна функція не змінена. При великих розмірах можуть бути болі, дизуричні явища. При бімануальному дослідженні між маткою і яєчником визначається тугоеластичне, малорухоме утворення внаслідок інтралігаментарного розташування.

Лікування – хірургічне. Операція заключається у вилущуванні кісти, стараються зберегти яєчник і маткову трубу. При параоваріальних кістах порушується топографія внутрішніх органів, тому слід бути особливо уважним при пересіченні і перев'язці судин, які кровопостачають кісту. Після видалення рецидиви, як правило, не наступають. Малігнізація відбувається виключно рідко.

Діагностика пухлин яєчника

Діагностика пухлин і пухлиноподібних утворень внутрішніх статевих органів нерідко викликає труднощі, так як досить тривалий час захворювання протікає безсимптомно. Певних скарг, характерних для даної нозологічної форми немає. Одним з найбільш постійних симптомів є пізні з'явлення болі, яка локалізується в ділянці пухлини або внизу живота чи попереці. Може спостерігатись збільшення живота, порушення функції суміжних органів (дизуричні явища, порушення дефекації), пізніше приєднуються загальні розлади у вигляді недомагання, швидкої втомлюваності, втрати ваги. Слід враховувати, що ці симптоми можуть спостерігатися не тільки про доброякісних, але й при злоякісних ураженнях яєчників.

При діагностиці пухлин яєчників велике значення має анамнез, огляд і пальпація живота, бімануальне дослідження. З їх допомогою можна встановити розмір, консистенцію, характер поверхні, розташування пухлини її взаємовідношення з сусідніми органами.

Кісти яєчників – це тонкостінні утворення туго-еластичної консистенції, які рідко досягають великих розмірів і розташовуються, як правило, спереду або збоку від матки. Кістозні утворення безболючі при пальпації, мають ніжку і внаслідок цього володіють достатньою рухомістю.

При папілярній кістомі матка звичайно відтіснена під лоно пухлиною, яка виходить з одного або двох яєчників. Пухлина розміщується позаду матки, має туго-еластичну, а інколи нерівномірну, з ділянками ущільнення, консистенцію. При наявності сосочкових розростань на нижньому полюсі пухлини і на очеревині прямокишково-маткового заглиблення, вдається пропальпувати ущільнення, яке складає враження мілкої бугристості. Рухомість папілярної кістоми часто обмежена внаслідок її інтралігаментарного росту.

При наявності вираженої евертуючої форми папілярної кістоми, коли крупні маси сосочкових розростань у вигляді “цвітної” капусти по величині перевершують саму кістозну пухлину при бімануальному дослідженні позаду, збоку від матки визначаються невеликі пухлини з нерівною поверхнею. На одній з ділянок вдається пальпувати “хрусткі” утворення більші за пухлину причудливої форми без чітких контурів.

Псевдомуцинозна кістома має щільну капсулу і нерівну бугристу поверхню за рахунок її багатокамерності.

При співставленні анамнестичних даних і результатів гінекологічного дослідження у багатьох хворих вдається встановити правильний діагноз. Проте часто цього буває недостатньо. Необхідно застосовувати додаткові методи обстеження: ультрасонографію, лапароскопію, кульдоскопію, рентгенографію, біконтрастну гінекографію, біологічні реакції на вміст в сечі хоріонічного гонадотропіна, гормональні методи дослідження.

Одним із сучасних методів є ультразвукове дослідження внутрішніх статевих органів. Перед дослідженням необхідно випорожнити кишечник і сечовий міхур. Хвору вкладають на спину на горизонтальну поверхню, при необхідності надають положення Тренделенбурга, на боці. Якщо під передньою черевною стінкою знаходиться пухлиноподібне утворення, наповнене рідиною, то ультразвукова енергія, яка пройшла через передню черевну стінку і передню стінку пухлини без перешкод поширюється далі по рідкому вмісту і відбивається від задньої стінки пухлини. В цьому випадку на ехограмі видно весь контур пухлини. При наявності двохкамерного утворення на ехограмі видно перегородку кістозної порожнини. Якщо під передньою черевною стінкою знаходиться щільна пухлина, яка сильно поглинає ультразвукову енергію, то на екрані видно лише зріз передньої черевної стінки і ділянку пухлини, яка прилягає до неї. За цією ділянкою проходить швидке затухання сигналу.

Одним з простих додаткових методів дослідження є оглядова рентгенографія. проте на звичайній рентгенограмі видно тільки утворення, які затримують рентгенівські промені (петрифіковані вузли, дермоїди в яких є зуби, кістки). Для чіткого визначення зовнішнього контуру внутрішньотазових утворень необхідно ввести в черевну порожнину додаткове контрастне середовище (повітря, кисень, вуглекислота) і на її фоні виконати знімок.

На рентгенограмі, яка виконана в умовах пневмоперітонеуму, добре видно кісткове кільце тазу, тінь від прямої кишки, сечового міхура. Матка виділяється у вигляді щільної овальної тіні. Від контурів по обидва боки відходять тіні, що відповідають широким зв'язкам і матковим трубам. Яєчники визначаються у вигляді щільних овальних тіней біля стінок тазу. Як правило, на фоні введеного газу добре видно розміщені в малому тазі пухлини і зміщення внутрішніх статевих органів.

Пухлини, які виходять з яєчників візуалізуються у вигляді круглих або овальних тіней різної величини, з чіткими і рівними контурами. При пухлиноподібних утвореннях, що спаяні з маткою, на рентгенограмі визначається тінь з поліциклічними контурами, яку можна розцінити як міому матки. При поєднанні міоми матки і кісти яєчника видно тіні міоматозних вузлів і тінь пухлиноподібного утворення яєчника.

Діагноз параоваріальної кісти можна встановити лише в тому випадку, якщо рядом з тінню кісти чітко видно тінь незміненого яєчника. Якщо тінь яєчника відсутня, то точно вказати на походження кісти неможливо. Тубооваріальна кіста на рентгенограмі представляється у вигляді тіні неправильної овальної форми, яка відходить від вузла матки.

При наявності запального процесу на рентгенограмі видно тіні, які зливаються із стінками тазу. У випадку склерокістозних яєчників видно незбільшену матку і шаровидні тіні чи овальні яєчники з чіткими контурами які за розмірами наближаються до матки (в нормі їх величина становить 1/3 частину матки).

Протипоказаннями для проведення дослідження з діагностичною метою є серцево-судинні захворювання з декомпенсацією, серцево-легенева недостатність, гіпертонія, виражений злуковий процес у черевній порожнині, гострі і підгострі запальні процеси в черевній порожнині, наявність гострих інфекційних захворювань, старечий вік, період менструації, великі розміри пухлин.

В останні роки великого значення набули ендоскопічні методи діагностики. Сюди відносяться лапароскопія і кульдоскопія. Ендоскопічне дослідження заключається в тому, що в черевну порожнину вводять оптичний прилад і за його допомогою проводять необхідний огляд.

Ендоскопічне дослідження проводять для диференціальної діагностики між пухлинами матки і додатків, між пухлинами і запальними процесами додатків матки, для підтвердження наявності пухлини в малому тазі або склерокістозних яєчників, при підозрі на позаматкову вагітність і аномалії розвитку внутрішніх статевих органів.

Огляд органів малого тазу може проводитись двома шляхами:

- 1) через передню черевну стінку (лапароскопія);
- 2) через заднє склепіння піхви (кульдоскопія).

Питання про місце введення оптичного інструменту вирішується індивідуально і залежить від розмірів утворення, віку, загального стану жінки.

Протипоказання розділяють на дві групи: загальні і місцеві. До загальних відносяться: декомпенсація серцевої діяльності, легенева недостатність, загальний важкий стан, наявність інфекційного захворювання, період менструації і вагітність. В період менструації відбувається підвищене кровонаповнення органів малого тазу і дещо знижується згортання крові. Місцеві протипоказання: злуковий процес у черевній порожнині, метеоризм (при роздутій газом кишці є можливість поранення), надмірне ожиріння. Кульдоскопію не слід проводити при розташуванні пухлини низько в прямокишково-матковому просторі, наявності злук і зрощень, а також при кольпітах, та у жінок похилого віку з різким звуженням піхви.

Перед виконанням ендоскопії хворій напередодні ввечері і зранку необхідно випорожнини кишечник за допомогою клізми. Безпосередньо перед процедурою спорожняється сечовий міхур, а за 20-30 хвилин до дослідження вводять під шкіру 1мл 2% розчину промедолу. Дослідження проводиться під місцевою інфільтраційною анестезією 0,5% розчином новокаїна, в окремих випадках можливе застосування загального знеболення.

При наявності кісти яєчника видно утворення округлої чи овальної форми сірого чи голубуватого кольору з прозорим вмістом. При кістомі яєчника вдається побачити білуваті утворення з капсулою, інколи з папілярними виростами.

Параоваріальна кіста візуалізується як кістозне утворення голубуватого кольору з розпластанною на ньому матковою трубою. Поряд видно незмінений яєчник.

Ендоетріодні кісти представляють собою білувате утворення з синіми або коричнюватими ділянками, мають щільну капсулу, нерівну поверхню і часто оточені великою кількістю злук.

Досить характерна картина при склерокістозних яєчниках. Матка яскраво-рожевого кольору, займає середнє положення. Яєчники з обох сторін збільшені до розмірів великої сливи або курячого яйця з білуватою блискучою поверхнею, інколи видно мілкі голубуваті кісти.

При наявності хронічного запального процесу видно злуки різного характеру у вигляді струн, широких пластів, які замурують статеві органи в малому тазі.

Встановити справжню величину пухлини при лапороскопії не завжди можливо, бо може бути збільшення або зменшення дійсних розмірів в залежності від відстані між оптичним приладом і утворенням. Тому головна мета полягає у виявленні наявності пухлини і місці її виникнення. Часто для встановлення точного діагнозу доводиться поєднувати окремі методи дослідження. Всі вони є цінним доповненням до результатів бімануального дослідження.

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 відрізнити 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 ріг матки накладають вузлуватий кетгутувий шов. Зажим заміняють лігатурою. Перитонізація проводиться безперервним кетгутувим 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 кетгутувим швом, апоневроз – окремими шовковими швами. Підшкірна клітковина кетгутувими 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
	<i>Підготовчий етап</i>		5 хв.
1.	Організаційні заходи.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	
2.	Визначення актуальності теми.		
3.	Визначення навчальних цілей.		
4.	Забезпечення позитивної мотивації.		

2.	<p>Основний етап</p> <p>Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Класифікацію доброякісних пухлин яєчників. 2. Патогенез доброякісних пухлин яєчників. 3. Етіологію доброякісних пухлин яєчників. 4. Методи діагностики та лікування доброякісних станів яєчників 	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	<p>Заключний етап</p> <p>Підбиття підсумків, загальні висновки</p> <p>Відповіді на можливі запитання.</p> <p>Завдання до наступного семінару.</p>	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

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 оваріектомію. 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 кістомою 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 $13 \times 10^9 / \text{л}$, 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°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 3. 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.