

**Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»**



«Утверждено»
на заседании №1 кафедры онкологии
Заведующий кафедры онкологии
д.мед.н., профессор Баштан В.П.

«___»_____ 2018 г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ**

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| <i>Учебная дисциплина</i> | <i>Онкология</i> |
| <i>Модуль №</i> | <i>I</i> |
| <i>Смысловой модуль №</i> | <i>3</i> |
| <i>Тема занятия</i> | Рак яичников |
| <i>Курс</i> | <i>V</i> |
| <i>Факультет</i> | <i>Медицинский №1, №2</i> |

Полтава - 2018

ТЕМА: РАК ЯИЧНИКОВ (РЯ)

1. Актуальность темы.

Рак яичников (РЯ) является наиболее злокачественной опухолью женских половых органов. В последние годы наблюдается рост заболеваемости по этой патологии.

Среди злокачественных опухолей органов репродуктивной системы – злокачественные опухоли яичников находятся на четвертом месте после рака молочной железы, рака шейки и тела матки и составляют 15 – 20 % всех опухолей гениталий. Опухоли яичников могут развиваться у женщин любого возраста, даже у девушек, но чаще всего возникают в возрасте 40 – 50 лет. В связи с бессимптомным протеканием процесса опухоль диагностируется в 65 – 70 % больных в III – IV стадиях. Потому большое значение приобретают мероприятия по профилактике и раннему выявлению рака яичников.

Достаточно часто случаются диагностические ошибки. Часть больных оперируется с диагнозом: “пупочная грыжа”, “аппендицит” и другие. Во время операции диагностируется рак яичников. Терапевты неоправданно долго лечат больных с диагнозом “гепатохолецистит”, “энтероколит”, “цирроз печени”, “экссудативный плеврит”. После консультации онколога устанавливается диагноз: “рак яичников”. При этом время упущено и опухоль оказывается в III – IV стадиях. Все это свидетельствует об обязательном знании этой патологии врачами всех профессий.

2. Конкретные учебные цели:

Знать:

- этиологию и патогенез РЯ;
- эпидемиологию и современные показатели заболеваемости РЯ;
- гистологическую классификацию РЯ;
- клиническую классификацию РЯ;
- клинику и обязательные методы обследования больных РЯ;
- основные методы лечения больных РЯ;
- основные группы противоопухолевых препаратов (цитостатиков), которые используются при лечении больных РЯ;
- группы риска.

Уметь:

- определить стадию распространения опухолевого процесса;
- провести общее объективное и специальное гинекологическое обследование больных;
- определить значение и необходимость дополнительных методов обследования больных РЯ (пункция заднего свода, парацентез, забор материала для цитологического исследования, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые исследования, радиоизотопное обследование и другие);

- провести дифференциальную диагностику кисты, кистомы и РЯ при гинекологическом обследовании;
- назначить индивидуальное лечение больных РЯ в зависимости от стадии опухолевого процесса, общего состояния больных и возраста;
- назначить профилактические мероприятия по борьбе с этими опухолями.

3. Базовые знания, умения, навыки необходимые для изучения темы (междисциплинарная интеграция).

| Дисциплины | Знать | Уметь |
|--------------------------------------|---|---|
| Анатомия | Анатомию яичника, кровоснабжение и путь оттока лимфы. | Правильно понимать этиологию заболевания, патогенетического объяснения клинических проявлений и профилактических мероприятий. Определить прогноз заболевания в зависимости от гистоструктуры опухоли. |
| Гистология | Гистологическую структуру яичника, разнообразие доброкачественных и злокачественных опухолей, что предопределено множественными источниками их возникновения. | |
| Хирургия | Принципы хирургического вмешательства, объем вмешательств. | |
| Патологическая анатомия | Гистологическую структуру яичника, разнообразие доброкачественных и злокачественных опухолей, что предопределено множественными источниками их возникновения. | |
| Общая физиология | Функции эндокринной, иммунной, нервной систем, функции печени, почек. | |
| Патологическая физиология | Функции эндокринной, иммунной, нервной систем, функции печени, почек. | Пальпация, перкуссия, осмотр в зеркалах, бимануальное исследование. Предопухолевые заболевания. Назначить курс полихимиотерапии. |
| Терапия | Методы общего обследования больных. | |
| Гинекология | Методы гинекологического обследования женщин. | |
| Фармакология и фармакотерапия | Знание групп противоопухолевых препаратов и механизм их действия на опухоль и организм человека вообще. | |

4. Задание для самостоятельной работы во время подготовки к занятию.

4.1. Перечень основных сроков, параметров, характеристик, которые должен знать студент.

Терминология

| Украинский язык | Русский язык | Латинский язык |
|--|---|--|
| Рак яєчників | Рак яичника | Cancer ovarii |
| Кістома яєчника | Кистама яичника | Cistoma ovarii |
| Черевна порожнина | Брюшная полость | Abdomen cavity |
| Аденокарцинома | Аденокарцинома | Adenocarcinoma |
| Метастатичний рак шлунку | Метастатический рак желудка | Cancer ventriculi metastaticum |
| Двобічні утвори яєчників | Двусторонние опухоли яичников | Tumor ovarii bilateralis |
| Ультразвукове дослідження | Ультразвуковое исследование | Ultra sound |
| Підозра на пухлину яєчника | Подозрение на опухоль яичника | Suspicio ca ovarii |
| Заднє склепіння піхви | Задний свод влагалища | Fornex posterior |
| Лапароскопія | Лапароскопия | Laparoscopy |
| Хіміотерапія | Химиотерапия | Chemotherapy |
| Екстирпація матки з придатками, видалення сальника | Экстирпация или ампутация матки с придатками, резекция сальника | Extirpatio uteri totalis cum adnexis bilateralis |

4.2. Теоретические вопросы к занятию.

1. Анатомия яичников.
2. Кровоснабжение, лимфоотток.
3. Гистологические структуры опухолей яичников.
4. Объем обследований больных РЯ.
5. Куда чаще всего метастазирует РЯ.
6. Основные методы лечения РЯ.
7. Полихимиотерапия больных РЯ.
8. Прогноз.
9. Реабилитация.
10. Профилактика.

4.3. Перечень учебных практических заданий, которые необходимо усвоить на практическом занятии:

1. Осмотр шейки матки, влагалища, наружных половых органов (это места, где могут быть метастазы).
2. Бимануальное влагалищное обследование.
3. Прямокишечное обследование.
4. Пункция заднего свода, забор материала для цитологического исследования.
5. Фракционное выскабливание матки (полости матки и отдельно цервикального канала).
6. Биопсия опухолевого узла влагалища или лимфатических узлов подвздошной области.
7. УЗИ матки и ее придатков.

Профессиональные алгоритмы относительно овладения навыками и умениями

Дифференциальная диагностика рака яичников и других опухолевидных образований

| Признаки | Киста | Кистома | | Рак | | |
|---------------|----------------------------|---|------------------------------|--|---|------------------------|
| | | Серозная | Муцинозна | Первичный | Вторичный | Метастатический |
| Величина | Не более 10см | В среднем 15-20см | Разная, иногда гигантская | Небольшая, иногда яичники обычных размеров | Разная | Средняя |
| Форма | Овоидна | Округлая | Неправильно-округлая | Без четкой формы | Разная, чаще без формы | Овальная |
| Структура | Тонкостенная, однокамерная | Толстостенная, одно- или многокамерная | Тонкостенная, много-камерная | Солидная, плотная | Неоднородная, кистозно-солидная | Чаще солидная опухоль |
| Консистенция | Мягко-эластичная | Туго-эластичная | Туго-эластичная, тигувата | Солидная, плотная, холмистая | Плотная, холмистая | Плотная, холмистая |
| Поверхность | Гладкая | Гладкая | Большо-волновая | Холмисто-зернистая | Чаще холмистая | Как правило, холмистая |
| Локализация | Сбоку и впереди от матки | Сбоку и позади от матки | Сбоку и позади от матки | Сбоку и позади от матки | Сбоку и позади от матки. В поздних стадиях определяется в единичном опухолевом конгломерате | |
| Подвижность | Сохраненная | Сохраненная, возможен перекрут | | Ограниченно подвижная или совсем не подвижная | | |
| Болезненность | Болезненность | Безболезненная, Боль возможна в звязку с перекрутом | | Малоболезненная. Боль возможна в случае некроза распада опухоли. | | |
| Асцит | Нет | Иногда | При разрыве | Очень часто | Часто | Редко |

Содержание темы.

А. Патологическая анатомия.

Ни в одном органе человека не существует такого гистологического разнообразия доброкачественных и злокачественных опухолей, как в яичниках. Такое состояние предопределено множественными источниками их возникновения. М.Ф. Глазунов выделил 18 источников, из которых могут возникнуть опухоли яичников.

В 1973 году Всемирная организация здравоохранения предложила гистологическую классификацию опухолей яичников:

I. Эпителиальные

1. Серозные:
 - а) на границе (потенциально злокачественные);
 - б) злокачественные.
2. Муцинозные:
 - а) на границе (потенциально злокачественные);
 - б) злокачественные.
3. Эндометриоидные:
 - а) на границе (потенциально злокачественные);
 - б) злокачественные.
4. Мезонефроидные:
 - а) на границе (потенциально злокачественные);
 - б) злокачественные.
5. Опухоли Бреннера:
 - а) на границе (потенциально злокачественные);
 - б) злокачественные.
6. Смешанные эпителиальные опухоли:
 - а) на границе (потенциально злокачественные);
 - б) злокачественные.
7. Недифференцированные карциномы.
8. Неклассифицированные эпителиальные опухоли.

II. Опухоли стромы полового тяжа

1. Гранулезно-стромальноклеточные опухоли.
2. Андробластомы.
3. Гонандобластомы.
4. Неклассифицированные опухоли стромы полового тяжа.

III. Липидно-клеточные опухоли.

III. Герминогенные опухоли.

IV. Гонадобластомы.

V. Опухоли мягких тканей, неспецифических для яичника.

VI. Неклассифицированные опухоли.

VII. Метастатические опухоли.

VIII. Изменения опухолевидные.

По форме роста злокачественные опухоли яичников есть: **экзофитные** (эвертующие) и **эндофитные** (инвертирующие). Наблюдаются также смешанные формы опухоли.

Эпидемиология.

Злокачественные опухоли яичников составляют до 20% всех злокачественных новообразований женских половых органов. В среднем ежегодно регистрируется около 15 новых случаев РЯ на 100 000 тыс. женского населения.

Заболеваемость и смертность от рака яичников наблюдается во многих странах Европы, США, Сингапуре, Японии, Англии, Испании. В Полтавской области за последние годы заболеваемость РЯ составляет 15,8 (по Украине 15,0) на 100 000 население. Запущенные стадии РЯ III – IV ст 56,7% (Украина 38,9%).

Этиология.

1. Гормональная теория. В последнее время рак яичников относят к гормонозависимым опухолям. Это становится понятным, если принимать во внимание, что яичники являются основным органом секреции половых гормонов, а их деятельность регулируется гипоталамо-гипофизарной системой.

Эпидемиологические исследования при раке яичника дали возможность обнаружить у больных ряд нарушений менструальной и репродуктивной функций: ранняя менархе, ранняя или поздняя менопауза, снижение детородной функции. Чаще всего рак яичника возникает непосредственно или после менопаузы. Доказательством гормонозависимости рака являются частые гиперпластические процессы эндометрия у больных этой формой рака. Роль эндокринно-обменных нарушений в патогенезе этого заболевания подтверждается частым развитием первично-множественных опухолей с локализацией в эндометрии и молочных железах. Нужно считать, что на развитие рака яичника влияет нарушение функции яичников, точнее овуляции.

2. Воспалительная теория. Опухоли яичников нередко возникают у пациентов, которые болели воспалениями придатков матки, долгое время лечили аднекстумор воспалительного генеза.

3. Травматическая теория. В возникновении РЯ имеют значение операции, которые перенесли больные в прошлом, по поводу фибромиом матки, кистом яичников, во время которых выполнялись те или другие вмешательства на яичниках.

Последнее время изучается вопрос значения преемственности в возникновении злокачественных опухолей яичников. Установлено, что возможности возникновения таких опухолей у детей и внуков больных, которые перенесли РЯ больше чем в общей популяции людей.

Классификация раков яичников
(код МКХ – О С56) по системе TNM (5 – е издание, 1997 год) и FIGO
TNM Клиническая классификация
T – Первичная опухоль

| Категория TNM | Стадии FIGO | Описание признаков |
|--|-------------|---|
| T _x | | Не достаточно данных для оценки первичной опухоли. |
| T ₀ | | Первичная опухоль не определяется. |
| T ₁ | I | Рост опухоли ограничен только яичниками. |
| T _{1a} | IA | Опухоль будет поражать один яичник, капсула интактная, отсутствующие признаки опухоли на внешней поверхности яичника, в асцитической жидкости или смывах из брюшины отсутствующие злокачественные клетки. |
| T _{1b} | IB | Опухоль будет поражать оба яичника, капсула интактная, отсутствующие признаки опухоли на внешней поверхности яичника, в асцитической жидкости или смывах из брюшины отсутствующие злокачественные клетки. |
| T _{1c} | IC | Опухоль ограничена одним или двумя яичниками с любой из таких характеристик: разрыв капсулы, признаки опухоли на поверхности одного или обоих яичников, наличие злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшины. |
| T ₂ | II | Опухоль захватывает один или оба яичника с распространением на стенки таза. |
| T _{2a} | IIA | Распространение и/или метастазирование в матку и/или одну обе трубы, в асцитической жидкости или смывах из брюшины отсутствующие злокачественные клетки. |
| T _{2b} | IIB | Распространение на другие органы таза, в асцитической жидкости или смывах из брюшины отсутствующие злокачественные клетки. |
| T _{2c} | IIC | Распространение на таз (2a или 2b), но с наличием злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшины. |
| T ₃ и/или N ₁ | III | Опухоль захватывает один или оба яичника с микроскопически подтвержденными метастазами вне таза и/или поражение регионарных лимфатических лимфоузлов. |
| T _{3a} | IIIA | Микроскопические перитонеальные метастазы вне границ таза. |
| T _{3b} | IIIB | Макроскопические перитонеальные метастазы вне границ таза, ни один из них не превышает 2 см в наибольшем измерении. |
| T _{3c} и/или N ₁ | IIIC | Перитонеальные метастазы вне границ таза, размерами свыше 2 см в наибольшем измерении и/или метастазы в регионарные лимфоузлы. |
| M ₁ | IV | Отдаленные метастазы (за исключением перитонеальных метастазов). |

Примечание:

Метастазы в капсулу печени принадлежат к T₃ (стадии III), паренхимальные печеночные метастазы – к M₁ (стадии IV). Если есть плевроальное отделяемое, то необходимое цитологическое подтверждение для зачисления случая к M₁ (стадия IV).

N – Региональные лимфатические узлы

NX – Не достаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

N₀ – Нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов

N₁ – Имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах

M – Отдаленные метастазы

MX – Не достаточно данных для определения отдаленных метастазов

M0 – Отдаленные метастазы не определяются

M1 – Имеются отдаленные метастазы

pTNM Патоморфологическая классификация

Категории pT, pN, pM отвечают категориям T, N и M.

pN₀ – Материал для гистологического исследования после тазовой лимфаденектомии должен включать не меньше 10 лимфатических узлов.

G – Гистопатологическая градация

G_x – Степень дифференциации не может быть определена

G_b – Пограничная злокачественность

G₁ – Высокая степень дифференциации

G₂ – Средняя степень дифференциации

G₃₋₄ – Низкая степень дифференциации или недифференцированная опухоль

Группировка по стадиям

| | | | |
|-------------|-----|----------------|----|
| Стадия IA | T1a | N ₀ | M0 |
| Стадия IB | T1b | N ₀ | M0 |
| Стадия IC | T1c | N ₀ | M0 |
| Стадия IIA | T2a | N ₀ | M0 |
| Стадия IIB | T2b | N ₀ | M0 |
| Стадия IIC | T2c | N ₀ | M0 |
| Стадия IIIA | T3a | N ₀ | M0 |
| Стадия IIIB | T3b | N ₀ | M0 |

| | | | |
|-------------|---------|----------------|----|
| Стадия IIIС | T3c | N ₀ | M0 |
| | любое T | N ₁ | M0 |
| Стадия IV | любое T | любое N | M1 |

Клиника.

Рак яичников характеризуется отсутствием специфических жалоб. Гормоноактивные опухоли могут сопровождаться расстройствами менструации. Иногда у больной увеличивается объем живота. На начальных стадиях появляются неясные ощущения тяжести внизу живота или периодические боли в животе, которые захватывают эпигастрий и подреберье. У больных возникают ощущения дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта, тошнота, потеря аппетита, вздутие, запоры или поносы, частые позывы на мочеотделение и олигурия. Эти симптомы рака яичника иногда дают основу ошибочно заподозрить у больной другое заболевание брюшной полости (гастрит, колит, холецистит, аппендицит или ущемленную грыжу). При разрастании опухоли симптомы становятся более выраженными, добавляются общая усталость, отказ от еды, боль становится более интенсивной, а то и постоянной, добавляются симптомы частичной низкой или высокой непроходимости кишечника. При выраженном асците, гидротораксе, появляется одышка. Добавляются субфебрилитет и потеря массы тела.

- При первичном раке яичников нет предыдущих кистозных изменений. Обычно такие опухоли низкодифференцированные, малых размеров, имеют вид "просовидных разрастаний", "ягод шелковицы", диагностировать их очень тяжело.
- Вторичный рак яичников развивается путем малигнизации внутреннего слоя кистомы. Опухоли могут быть одно- и многокамерными, достигать значительных размеров, неоднородной плотности.
- Метастатический рак яичников - это чаще всего метастазы в яичники при раке желудка (рак Крукенберга), раке молочной железы и др.

Диагностика.

1. Гинекологические исследования:

- а) пункция заднего свода или пункция брюшной полости;
- б) забор мазков из шейки матки, цервикального канала, полости матки для цитологического исследования;
- в) выскабливание полости матки;
- г) парацентез.

2. Рентгенологические исследования:

- а) рентгенообследование легких (преимущественно рентгенография);
- б) рентгеноскопия желудка и кишечника;
- в) ирригоскопия;
- г) внутривенная урография (по показаниям).

3. Эндоскопические исследования (в некоторых случаях, где это возможно, желательно заменить рентгенологические исследования эндоскопическими):
- а) фиброгастроскопия;
 - б) фиброколоноскопия;
 - в) лапароскопия;
 - г) цистоскопия;
 - д) ректороманоскопия;
 - е) кульдоскопия.
4. Другие методы диагностики:
- а) ультразвуковое исследование печени и органов малого таза;
 - б) термография;
 - в) радиоизотопные исследования и другое;
 - г) компьютерная томография.

Дифференциальный диагноз.

- 1. Доброкачественные опухоли яичников (кисты и кистомы).
- 2. Хроническое воспаление яичников (аднекстумор).
- 3. Недифференцированная фибромиома матки.
- 4. Рак тела матки с метастазами в яичники.

Лечение.

Лечение больных раком яичников должно быть комплексным и последовательным в зависимости от стадии распространения опухолевого процесса.

Основные компоненты комплексного лечения:

- 1. Хирургическое вмешательство.
- 2. Химиотерапия.
- 3. Гормонотерапия.
- 4. Лучевая терапия.
- 5. Иммунотерапия.
- 6. Общеукрепляющее лечение.
- 7. Восстановительное лечение.

При I и II стадиях рака яичников, а также при опухолевой форме рака лечение начинают с оперативного вмешательства. Объем операции зависит от характера опухоли и степени ее распространения. Радикальной операцией для данной патологии считается: экстирпация матки или надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекция сальника. В брюшной полости остается полиэтиленовая трубка для введения химиопрепаратов. В последние годы отдается предпочтение экстирпации матки, а не надвлагалищной ампутации, учитывая возможность полинеоплазии.

Лечения III и IV стадии рака яичников – циторедуктивная операция (экстирпация или надвлагалищная ампутация матки с дополнениями, оментэктомия, удаление, по возможности, всех других ячеек опухоли: в брюшной полости, забрюшинном пространстве, лимфатических узлах) → 6 курсов химиотерапии I линии. Наличие опухолевого плевритизма меняет тактику

лечения. У больных с нерезектабельными опухолями, метастазами в печень, легкие, надключичные лимфоузлы, при массивном поражении средостения, наличия асцита – неоадьютивная химиотерапия 2-3 курса со следующим решением вопроса относительно операции.

Группы риска по раку яичников.

1. Больные, ранее оперированные по поводу доброкачественных опухолей или опухолевидных процессов яичников, которым проводилась резекция или удаление одного из яичников.
2. Больные ранее оперированные по поводу фибромиомы матки с удалением одного или обоих яичников.
3. Больные, которые лечились по поводу рака молочной железы.
4. Больные с хроническим воспалением придатков матки, особенно при наличии так называемых аднекстуморов.
5. Отягощенный семейный анамнез.
6. Больные, которые долгое время были под наблюдением по поводу малосимптомных фибромиом матки.
7. Женщины с нарушением менструальной функции в течение длительного времени в виде мено- и метрорагии, аменореи, первичного и повторного бесплодия гормональной этиологии, с ранними признаками климакса.

Материалы для самоконтроля.

А. Вопросы для самоконтроля.

1. Перечислите этиологические факторы РЯ.
2. Какие клинические симптомы у больных РЯ.
3. Клиническая классификация РЯ.
4. Назовите дополнительные методы обследования больных РЯ.
5. Роль УЗИ в ранней диагностике РЯ.
6. Что такое перацентез?
7. Объемы хирургического вмешательства у больных на РЯ. Назовите классическую операцию при этой патологии и авторов, которые ее предложили.
8. Комбинированное лечение больных.
9. Роль химиотерапии в лечении больных РЯ. Группы противоопухолевых препаратов. Эффективность лечения и его осложнения.

Рекомендуемая литература:

а) Основная

1. Онкология. Под ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешко. – Тернополь: Укрмедкнига, 2003. – 313 с.
2. Онкология. Под ред. Б.Т. Билинского, Ю.М. Стернюка, Я. В. Шпарика. – Киев: Здоровье, 2004. – 527 с.
3. Галайчук И.И. Клиническая онкология. Часть I: Пособие. – Тернополь: «Укрмедкнига», 2003. – 276 с.
4. Онкология. Под ред. И.Б.Щепотина. – Киев: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
5. Лекции по клинической онкологии. Том 1. (Опухоли пищеварительного тракта). Учебное пособие для студентов 5-6 курсов, интернов и семейных врачей. Под редакцией академика АМН Украины профессора Бондаря Г.В. – Донецк: ООО «Норд Компьютер», - 2006. – 255 с.

б) Дополнительная

1. Избранные лекции по клинической онкологии. Под ред. проф. Г.В.Бондаря и проф. С.В.Антиповой. Луганск, 2009.
2. Стандарты диагностики и лечения онкологических больных. Утверждено приказом Министерства здравоохранения Украины «Об утверждении протоколов предоставления медицинской помощи за специальностью «Онкология» от 17.09. 2007 № 554. - 199 с.
3. Я.В.Бохман. Руководство по онкогинекологии. Ленинград, "Медицина", 1989г.
4. Онкогинекология: Руководство для врачей. / Под ред. З.Ш. Гилязутдиновой и М.К. Михайлова. – М.: Медпресс, 2000. – 384 с.

в) Методическая

В.Е. Милерян. - Методические основы подготовки проведения учебных занятий в медицинских вузах (методическое пособие).- Киев, Крещатик. – 2003. – 80с.5.

Б. Тести поточного уровня знаний по теме: “Рак яичников” (РЯ).

- I. Выберите опухоль яичников, которая чувствительна к лучевой терапии, что встречается у детей и в молодом возрасте:
1. Текома.
 2. Фиброма яичника.
 3. Тератобластома.
 4. Гранулезоклеточная опухоль.
 5. Дисгерминома.
- II. Выберите опухоль яичника, которая наиболее часто встречается в период постменопаузы, и обладает эстрогенной активностью:
1. Муцинозная киста.
 2. Гранулезоклеточная опухоль.
 3. Дисгерминома;
 4. Лютеома;
 5. Цистаденокарцинома.
- III. При лапароскопии у больной найдена злокачественная опухоль яичников с высокой степенью дифференцировки, которая вышла за пределы одного яичника, повреждает второй, матку и одну трубу, есть асцит. Определите, к какой стадии по системе TNM она относится.
1. T₂N_xM₁G₁
 2. T₂N₁M₁G₂
 3. T₃N₁M₁G₁
 4. T₃N_xM₁G₂
 5. T₃N_xM₀G₁
- IV. В этой ситуации выберите объем оперативного вмешательства:
1. Надвлагалищная ампутация матки с придатками.
 2. Экстирпация матки с придатками.
 3. Расширенная экстирпация матки с придатками по типу Вертгейма.
 4. Пробная лапаротомия.
 5. Экстирпация матки с придатками + резекция большого сальника.
- V. Вторым по частоте клиническим симптомом, прогрессирующей опухоли яичников на первых этапах есть:
1. нарушение менструальной функции;
 2. болевые ощущения;
 3. нарушение функции соседних органов;
 4. увеличение живота;
 5. патологические выделения.

VI. В каком возрасте наиболее часто встречается РЯ?

1. 20 – 25;
2. 26 – 30;
3. 31 – 40;
4. 41 – 50;
5. 51 – 60.

VII. Какая гистологическая структура наиболее характерна для рака яичников?

1. Плоскоклеточный рак.
2. Железистый рак.
3. Железистый – сосковый рак.
4. Скир.
5. Мелкоклеточный рак.

VIII. Наиболее характерные жалобы у больных РЯ?

1. Тошнота, рвота.
2. Кровотечение.
3. Нелокализованные боли внизу живота, слабость.
4. Боль в эпигастрии.
5. Дизурические проблемы.

IX. Наиболее распространенные факторы риска в возникновении РЯ?

1. Частые роды, аборты.
2. Хирургические вмешательства на яичниках по поводу кист.
3. Нарушение менструальной функции.
4. Вирусное инфицирование влагалища.
5. Хронические воспалительные заболевания гениталий.

X. Какой вид комбинированного лечения применяется у больных РЯ?

1. Операция и лучевая терапия.
2. Химиотерапия и лучевая терапия.
3. Операция и химиотерапия.
4. Гормоно – химиотерапия.
5. Операция и гормонотерапия.

Правильные ответы: I) 5. II) 2. III) 5. IV) 5. V) 4. VI) 5. VII) 3. VIII) 3. IX) 2. X) 3.

В. Ситуационные задачи для самоконтроля.

Задача №1.

У женщины 40 лет, которая не имела никаких жалоб при профосмотре, в малом тазу обнаружено подвижное образование эластичной консистенции размером 10х10 см. Со стороны других органов и систем патологии не обнаружены. Предварительный диагноз. План обследования.

Эталон ответа:

1. Киста (киста) яичника.
2. УЗД, СА-125 (опухольный маркер), рентгенография легких.

Задача №2.

Женщина 50 лет прощупала в своем животе опухоль. В последние 6 месяцев замечала увеличение живота и тяжесть после принятия еды. При осмотре гинекологом в брюшной полости обнаружена большая опухоль размером 20х25 см, ограниченно подвижная, плотной консистенции. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Периферические лимфоузлы и печень не увеличены. При влагалищном исследовании матка четко не определяется, брюшина углубления Дугласа гладкая и блестящая, ректовагинальная перегородка свободна. Предварительный диагноз. План обследования.

Эталон ответа:

1. Киста (кистома) яичника.
2. УЗД, СА- 125, колоноскопия.

Задача №3.

Женщина 59 лет жалуется на незначительную боль в животе, слабость, быструю утомляемость. Объективно: бледность, исхудание, живот увеличенный. В участке пупка - плотное образование размером 1х2 см., которое появилось около 6 месяцев назад и расценивалось, как пупочная грыжа. При исследовании влагалища: матка находится в опухолевом конгломерате, который в левой половине малого таза неподвижный, умеренно болезненный. Брюшина Дугласового углубления бугристая. Предварительный диагноз. Дополнительное исследование. План лечения.

Эталон ответа:

1. Рак левого яичника, III стадия (T3cN0M0).
2. УЗД, СА-125, рентгенография легких, обследования желудочно-кишечного тракта.
3. При подтверждении диагноза – химиотерапия, потом лапаротомия и удаление основного очага опухоли. Послеоперационные курсы химиотерапии (паллиативной). При возможности – надвлагалищная ампутация матки, с опухолью придатков, резекция сальника, mts в пупок.

Задача №4.

Женщину 55 лет тревожит слабость, утомляемость, увеличение живота. При физикальном и рентгенологическом обследовании терапевтом обнаружена свободная жидкость в брюшной и правой плевральной полости. При гинекологическом осмотре: в малом тазу обнаружена подвижная плотная опухоль 8х3 см. Брюшина Дугласового пространства гладкая и блестящая. План дополнительного обследования. Диагноз. План лечения.

Эталон ответа:

1. Абдоминальная и плевральная пункции (парацентез), рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта, УЗИ, цитологические исследования асцитической жидкости, СА-125.
2. Наиболее **вероятно** – рак яичника IV стадия.
3. На первом этапе химиотерапия, **а затем** возможное оперативное вмешательство.

Задача №5.

У больной 50 лет клинически обнаружен рак правого яичника, опухоль размещена справа и позади от матки, плотная, бугристая, спаяна с маткой. При пункционной биопсии найдены клетки злокачественной опухоли. План лечения. Объем оперативного вмешательства.

Эталон ответа:

1. Операция и адъювантное химиотерапевтическое лечение.
2. Ампутация или экстирпация матки с придатками и резекцией большого сальника.

Задача № 6.

Больной, что прооперирована по поводу рака яичника II стадии, назначена химиотерапия. Препараты и схемы лечения.

Эталон ответа:

САР (циклофосфан, доксорубицин, цисплатин); СНАР (доксорубицин, цисплатин, циклофосфамид, гексаметилмеламин); цисплатин + паклитаксол.

Задача № 7.

Женщина 60 лет жалуется на ощущение тяжести после еды, слабость. При обследовании: больная бледная, пониженной упитанности, живот увеличен, в нижнем отделе свободная жидкость, а над лобковым участком пальпируется неподвижная плотная опухоль размером 8х10 см. Еще одно плотное образование в виде конгломерата пальпируется в эпигастральной области. Во время влагалищного исследования пальпируется плотное неподвижное образование, матка не контурируется. Брюшина Дугласового углубления бугристая. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта: желудок оттеснен кверху, деформирована большая

кривизна, слизистая его не изменена. В асцитической жидкости во время пункции найдены клетки аденокарциномы. Диагноз. План лечения.

Эталон ответа:

1. Рак яичника с метастазом в сальник, асцит.
2. Парацентез, химиотерапия, с последующей (при соответствующей регрессии опухоли) лапаротомией и паллиативным удалением опухоли.

Задача № 8.

Женщина 49 лет жалуется на умеренные боли в животе, запоры. При обследовании в малом тазу справа обнаружена неподвижная разнородной консистенции опухоль, размером 8х10 см, в ректовагинальной перегородке, неподвижный узел размерами 6х6 см, слизистая прямой кишки над этим узлом смещается. Предварительный диагноз. План лечения. Прогноз.

Эталон ответа:

1. Рак яичника III стадии.
2. Химиотерапия, оперативное вмешательство в возможном объеме.
3. Прогноз неблагоприятный.

Задача № 9.

У больной 52 лет проведена нерадикальная операция по поводу рака яичника III стадии. с асцитом, после чего ей назначена химиотерапия. Правильна ли лечебная тактика? Нужна ли больной лучевая терапия, гормонотерапия ?

Эталон ответа:

1. Сначала необходимо было провести химиотерапию, а затем выполнить оперативное лечение.
2. Лучевая терапия показана в комплексном лечении у молодых женщин при наличии одиночных не удаленных опухолевых узлов в малом тазе.
3. Гормонотерапия показана при эндометриоидному раке (прогестини).

Задача № 10.

Женщина 18 лет жалуется на увеличение живота, тошноту, обратилась в женскую консультацию, где установили беременность. Во время повторного осмотра через 2 месяца в левом надключичном участке обнаружен узел 3х3 см, в брюшной полости - опухоль до уровня пупка, свободная жидкость. В асцитической жидкости - клетки злокачественной опухоли. Поставлен диагноз - рак яичника IV стадии с Вирховским метастазом. План лечения.

Эталон ответа:

1. Химиотерапия и последующее оперативное лечение.
2. Лучевая терапия на надключичные лимфоузлы. Продолжение химиотерапии.