



УДК 618.11-066-031.12-091

А. І. Грачов, А. І. Даниленко

ДВОСТОРОННЯ ПУХЛИНА БРЕННЕРА

Одеський державний медичний університет

Пухлина Бреннера — рідкісне новоутворення яєчників. Частота пухлини серед усіх овариальних новоутворень коливається від 0,6 до 2,5 % [1]. Гістогенез пухлини неясний. Як правило, виникає вона у хворих старше 40 років. В основному одностороння, частіше лівостороння. Пухлина розвивається в будь-якому відділі яєчника, дуже рідко — екстраовариально (матковій труби, широка зв'язка, серозна оболонка матки). У хворих із пухлиною Бреннера спостерігається міоматоз матки. Пухлина іноді комбінується з мюцинозою, серозною кістаденомою, фібромою, ендометріозом яєчника, часто перебігає безсимптомно. Пухлина Бреннера гормонально-активна [2], здатна перетворювати андростендіон у естрон і естрадіол, синтезувати тестостерон із прогестерону, але тільки у присутності хоріального гонадотропіну. Частішими є прояви естрогенної активності у вигляді гіперплазії ендометрія, що супроводжується ановуляторною кровотечею, кровотечею в період менопаузи. Розміри пухлини — від мікроскопічних до пухлин масою 6–7 кг. Форма пухлини частіше округла або овальна, поверхня — то гладка, то горбиста, консистенція щільна. На розрізі тканина пухлини біла, сіро-біла, іноді жовтувата, волокниста. Мікроскопічно сформована з тканини, що нагадує фіброму або текому, і вкраплених у неї тяжів, солідних острівців і кіст епітеліального характеру. У тканині можуть бути ділянки кальцинозу та гіалінозу, скупчення ліпідів. Епітеліальні включення у вигляді великих і дрібніших світлих полігональних клітин із чіткими межами. Іноді клітини нагадують перехідний епітелій сечових шляхів. Нерідко в товщі епітеліальних включень визначаються одна або кілька округлих порожнин, у просвіті яких гомогенний слизоподібний вміст, що забарвлюється еозином у рожевий колір. Мітози в клітинах епітеліальних острівців відсутні. Кількість і величина острівців різні. Іноді вони поодинокі, мікроскопічних розмірів, або множинні, такі, що надають тканині губчастого вигляду (мікрокістозний варіант). У інших випадках острівці у вигляді більших чітких кістозних утворень, частково або повністю вистелених кубічним або призматичним епітелієм, однорядним або багаторядним.

Двосторонні пухлини дуже рідкісні й становлять 7 % усіх відомих у світовій літературі спостережень [1]. Зважаючи на рідкісність двосторонніх пухлин Бреннера, наводимо опис власного спостереження.

Хвора К., 58 років, надійшла в МКЛ № 1 зі скаргами на сильні болі в правій здухвинній ділянці, що посилювалися протягом останніх кількох днів. Не менструє 10 років. Двадцять років тому діагностована міома матки. Під час огляду гінеколога: зовнішні статеві органи без особливостей, піхва вільна. Епітелій шийки матки цілий. Зів закритий. Шийка матки циліндричної форми. Тіло матки збільшене до 6–7 тиж. вагітності, щільне, безболісне. Придатки матки зліва не визначаються. Справа, всередину матки, спостерігається пухлиноподібне утворення приблизно 6 × 7 см, стінки його болісні. Склепіння глибокі. Діагноз: кістома правого яєчника з частковим порушенням живлення. Міома матки. Артеріальний кров'яний тиск — 160/100 мм рт. ст., ЕКГ — перевантаження системи лівого шлуночка; R-обстеження органів грудної клітки — емфізема, дифузний пневмосклероз. Серце та судини — вікові зміни. Аналіз крові: ер. — 4,5 г/л, ЦП — 0,9, лейкоцити — 12,2, ШОЕ — 25 мг/год, п — 26, с — 37, л — 31, м — 3. Аналіз сечі: питома вага — 1022 г/л, білок — 0,33 г/л.

Хворій проведена операція: екстирпація матки з придатками, ділянками сальника. Нижньосерединна лапаротомія. Тіло матки збільшене до 8–9 тиж. вагітності. У черевній порожнині до 100,0 мл прозорої світлої рідини. Правий яєчник — щільна пухлина до 15 см у діаметрі, ніжку якої утворює права маткова труба, спостерігається перекручування пухлини на 360°. Лівий яєчник розміром 4 × 2 см зі щільним випинанням діаметром до 1,5 см. Проведено термінове гістологічне дослідження тканини пухлини. Заморожені препарати — новоутворення за типом текаклітинної пухлини. Остаточна відповідь у постійних препаратах.

Постійні препарати — пухлина Бреннера, мікрокістозний варіант, осередки некрозу тканини. Маткова труба — склероз стінок. Опис макропрепарату — правий яєчник у вигляді щільного пухлинного вузла розміром 11 × 8 × 7 см. На розрізі тканина його сіро-біляста, місцями блідо-жовтувата, волокниста з поодинокими дрібними се-



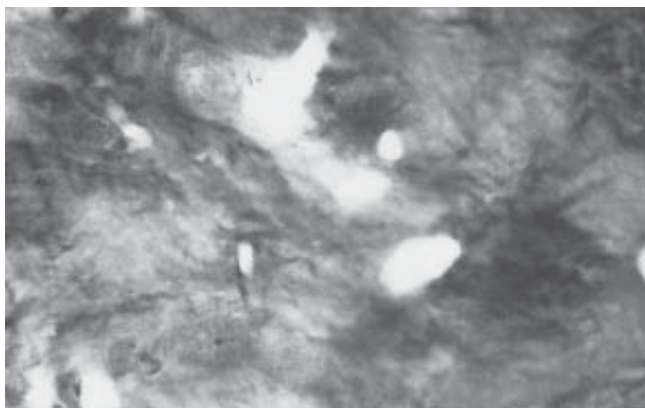


Рис. 1. Пухлина Бреннера, мікрокістозний варіант. Забарвлення гематоксилін-еозином. Ок. 10, об. 20

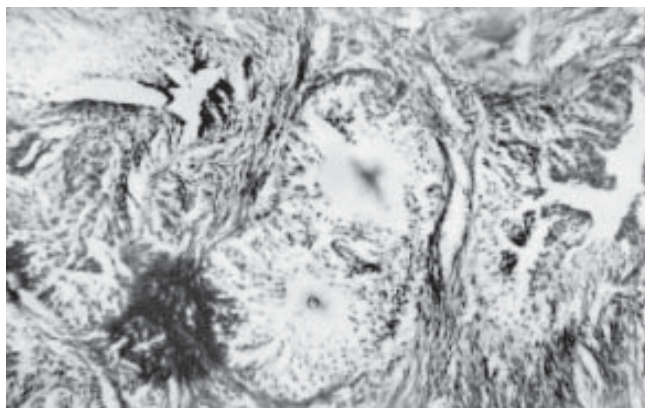


Рис. 2. Пухлина Бреннера з епітеліальних гнізд солідної та кістозної будови. Забарвлення гематоксилін-еозином. Ок. 10, об. 20

розними кістами до 0,2 см у діаметрі. Права маткова труба розміром 6 × 0,5 см, стінки в'ялі, просвіт спадається, серозна та слизова оболонки сіро-синюшні. Матка розміром 10 × 6 × 4 см, щільна, з субсерозним діаметром 1,5 см, у вузлах — осередки кальцинозу. Порожнина матки щілинноподібна, ендометрій гладкий, блідо-сіро-рожевий. Шийка матки згладжена, слизова оболонка цервікального каналу гладка, сіро-синюшна. Ліва маткова труба розміром 6 × 0,5 см, стінки в'ялі, просвіт спадається, серозна та слизова оболонки сіро-синюшні. Лівий яєчник — 3,7 × 2 × 1 см, з вибухаючим по поверхні вузлом діаметром 1 см. Тканина яєчника та вузла на розрізі сіро-жовтувата, щільна. Ділянка сальника розміром 24 × 5 см, тканина в'яла, на розрізі однорідна.

Патогістологічне дослідження післяопераційного матеріалу: лівий яєчник — пухлина Бреннера, мікрокістозний варіант (рис. 1); правий яєчник — пухлина Бреннера з епітеліальних гнізд солідної та кістозної будови (рис. 2); матка — лейоміома, внутрішній ендометріоз; ендометрій

— осередкова гіперплазія залоз; шийка матки з елементами залозистої ерозії; ліва маткова труба — склероз стінок; сальник — застійне повнокров'я судин тканини.

Пухлина Бреннера, вперше описана в 1907 р. Францем Бреннером, довгий час розглядалася як абсолютно доброякісна. З середини 1950-х років з'явилися повідомлення про злоякісне перетворення пухлини. Зараз, окрім доброякісної, виділяють граничну і злоякісну форми пухлини з їх відповідною клініко-морфологічною характеристикою [3], можливим поступовим переходом однієї форми пухлини в іншу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Fox H. Tumours of the ovary / H. Fox, F. A. Langley. — London, 1976.
2. Марков А. Я. К клинике и патологической анатомии опухолей типа Бреннера / А. Я. Марков, Е. М. Гредитор // Акушерство и гинекология. — 1963. — № 4. — С. 116-118.
3. Хмельницкий О. К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний / О. К. Хмельницкий. — СПб., 1994. — С. 383-386.

УДК 618.14-006.3.36-08:615.357

В. М. Підвальнюк, М. І. Щурко, О. Б. Захарченко, А. Ю. Дізік

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ «БУСЕРИНУ» В ЛІКУВАННІ МІОМИ МАТКИ

Одеський державний медичний університет

Сьогодні міома матки є гіперпроліферативною патологією, яка найчастіше трапляється у жінок перименопаузального періоду. Частота цієї патології, за даними різних досліджень, становить 50–75 % [1–3].

Більшість дослідників вважають, що міома матки є фактором ризику розвитку гіперпластичних процесів ендометрія, оскільки в патогенезі міоми та гіперплазії ендометрія провідна роль належить відносній гіперестрогенії [4].

У жінок перименопаузального періоду стійка ановуляція спричинює підвищення вмісту естрадіолу при одночасному низькому вмісті прогестерону, що спочатку призводить до локальної гіперплазії та гіпертрофії міоцитів і формування так

