



ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ  
ШИЙКИ МАТКИ, МАТКИ, МАТКОВИХ  
ТРУБ, ЯЄЧНИКІВ

Романенко Т.В.  
Романенко Н.С.  
ЛС - 409

ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ (TUMOR MALIGNUS)  
РОЗДІЛЯЮТЬ НА 2 ВЕЛИКІ ГРУПИ:  
1-ША - ЕПІТЕЛІАЛЬНІ, ЩО РОЗВИВАЮТЬСЯ ІЗ  
ЗАЛОЗОВОГО АБО ПОКРИВНОГО ЕПІТЕЛІЮ, - РАК  
(CANCER, CARCINOMA);  
2-ГА - СПОЛУЧНОТКАНИННІ, МЕЗЕНХІМАЛЬНІ -  
САРКОМА (SARCOMA - ВІД ГРЕЦ. SARCOS -  
М'ЯСО)

◦ **Для злоякісних пухлин характерні такі особливості:**

а) швидкий ріст пухлини внаслідок безконтрольного розмноження клітин;

б) відносна автономність, тобто незалежність розмноження клітин;

в) анаплазія (втрата диференціювання, властивостей, які характерні для нормальних диференційованих клітин);

г) інвазивний, або інфільтративний ріст - пухлина вростає в суміжні тканини, руйнуючи їх, на різну глибину у вигляді інфільтратів, паростків і тяжів, які нагадують клешні рака, що дало стародавнім лікарям підставу назвати цю хворобу "рак". У зв'язку із цим межі пухлини точно визначити майже неможливо. Клінічне злоякісні пухлини, як правило, бугристі, щільні, малорухомі або нерухомі, спаяні із сусідніми тканинами, не мають капсули.

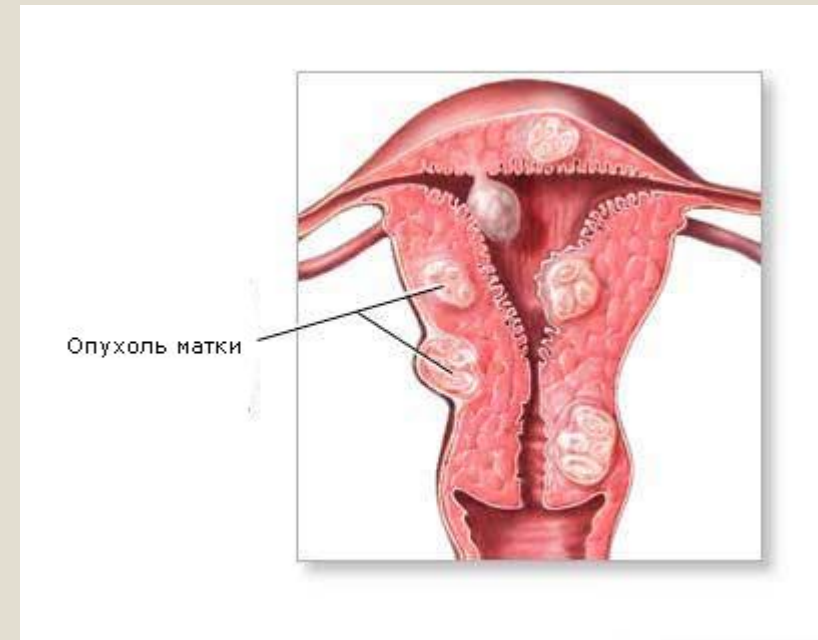
◦ Виділяють 2 типи росту пухлин: ендоефітний (подібний до інфільтративного) і екзофітний, коли пухлина росте в просвіт органа з відносно чіткими краями, рідше і пізніше метастазує. Тому, щоб втручання було радикальним, пухлину, особливо ендоефітну, потрібно видаляти з частиною оточуючих тканин, іноді навіть з декількома органами, ділянкою тіла чи кінцівкою;

д) схильність до рецидивів. Рецидиви найчастіше виникають якраз через інфільтруючий ріст і наявність комплексів клітин пухлини в начебто здорових тканинах;

е) здатність метастазувати. Спочатку пухлина локалізована. З часом (через декілька тижнів, місяців) унаслідок інфільтративного росту руйнуються базальні мембрани тканини, розпочинається поширення процесу.

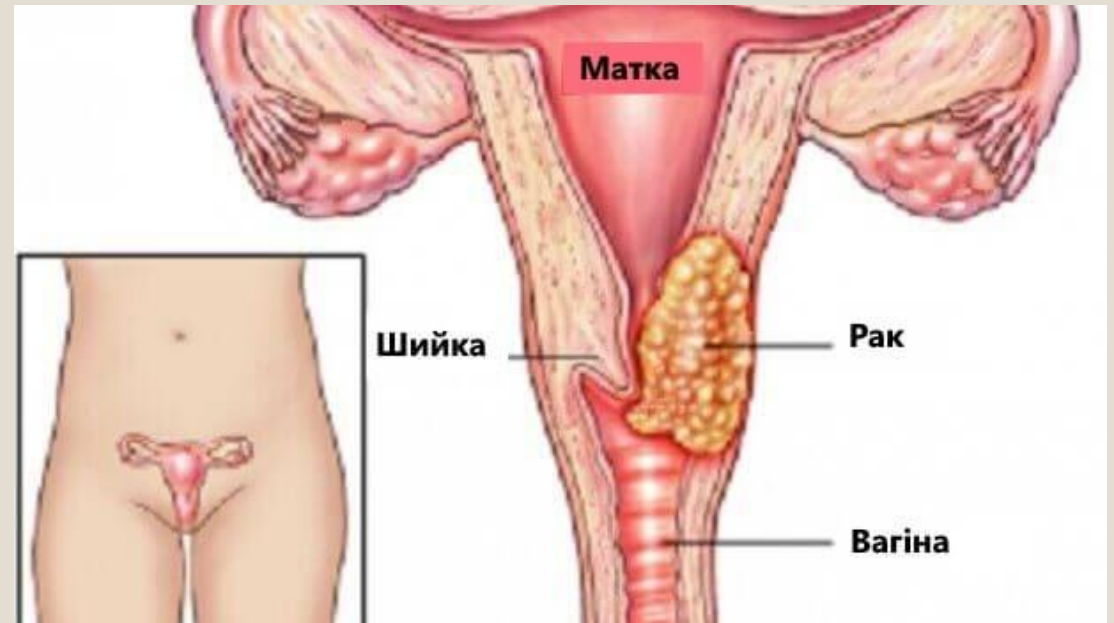
# Метастазування відбувається в декілька етапів:

- I - відділення клітин від пухлини;
- II - проникнення клітин у лімфатичне і (або) судинне кровоносне русло;
- III - міграція, циркуляція клітин у лімфі і крові по всьому організму. У цей період багато клітин унаслідок імунітету лізується і гине. Ті, що зберегли життєздатність, переходять до
- IV етапу - прилипання до стінки судини або в лімфатичному вузлі;
- V - утворення пухлинного емболу; VI - вихід клітин із судини назовні;
- VII - утворення і розвиток метастатичного вузла.



# Рак шийки матки

- Захворювання частіше зустрічається у жінок у віці після 50 років.
- В останні роки відмічається тенденція до збільшення захворюваності на рак шийки матки у молодих жінок.
- Дуже часто хворіють жінки легкої поведінки, низьким є показник захворюваності на рак шийки матки серед жінок, що не жили статевим життям.
- За даними ВООЗ, у світі кожного року виявляють близько 500 тис. хворих на рак шийки матки.

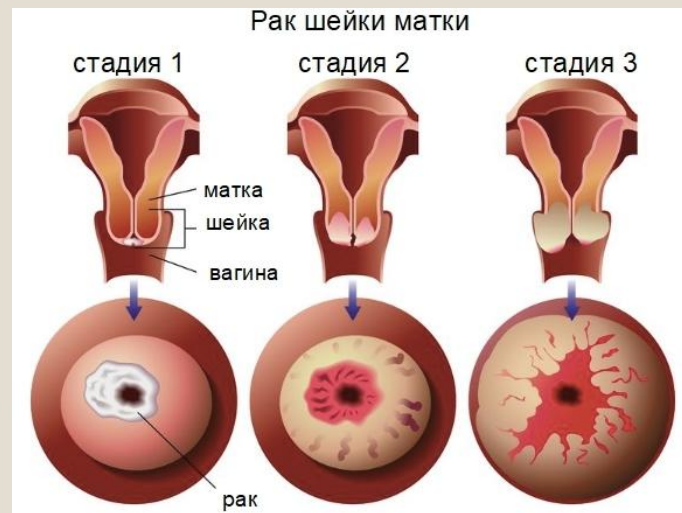


# Етіологія

- Причиною його розвитку є венеричні захворювання, інфікування вірусами герпесу простого 2-серотипу (ВГП-2) або вірусом папіломи людини (ВП-1), які можуть довго перебувати у латентній формі.
- Вірус передається статевим шляхом через смегму. Фоном для його розвитку є псевдоерозії, лейкоплакії, поліпи шийки матки.
- До передракових станів належить дисплазія епітелію.
- Раковий процес виникає найчастіше на межі багат шарового плоского і циліндричного епітелію.



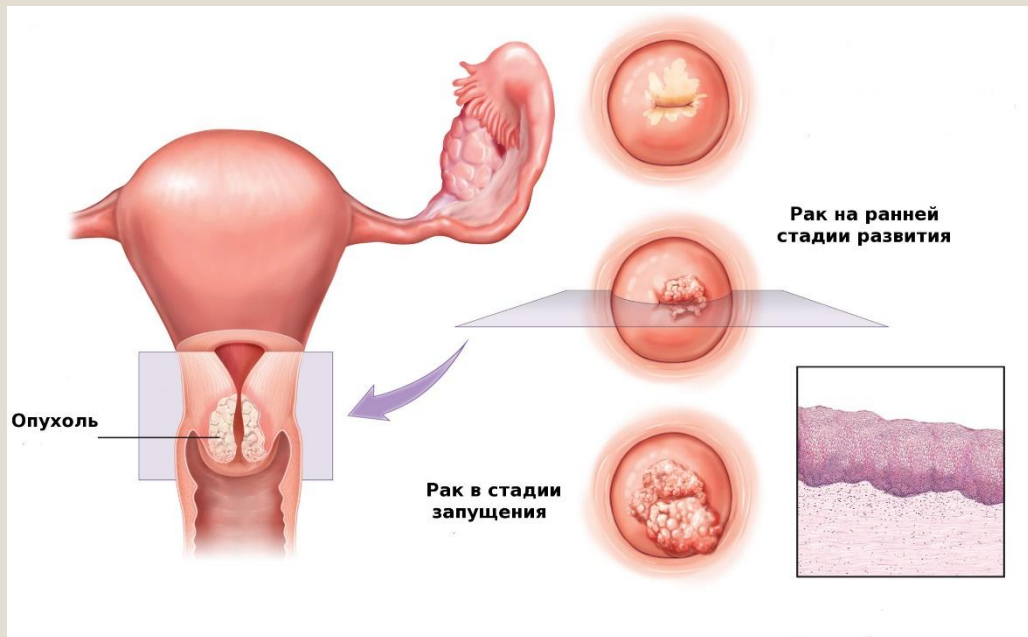
- Рак шийки матки буває
- *внутрішньоепітеліальний* (доінвазивний), *мікроінвазивний* (проростання процесу в строму на глибину до 0,5 см нижче від базальної мембрани) та
- *ІНВАЗИВНИЙ*.



- Гістологічно розрізняють:
- плоскоклітинний роговіючий;
- плоскоклітинний нероговіючий;
- аденокарцинома;
- світлоклітинний;
- диморфний залозисто-плоскоклітинний.

За ступенем диференціації розрізняють високодиференційований, помірнодиференційований та низькодиференційований (або недиференційований) рак (має найбільш злоякісний перебіг).

- Форми росту пухлини: **ендофітна, екзофітна, змішана.**



- **При екзофітній формі** пухлина росте у просвіт піхви, набуває вигляду цвітної капусти і може виповнювати просвіт піхви.
- **Ендофітна форма** характеризується проростанням пухлини у м'язовий шар шийки матки, внаслідок чого шийка збільшується, ущільнюється. При розпаді пухлини утворюється кратероподібна виразка.
- **Змішана форма** росту раку шийки матки має ознаки як ендофітних, так і екзофітних форм (рис.1). Рак шийки матки може поширюватися на тіло матки, параметрій, піхву (рис.2).



- Клініка. Залежить від стадії процесу.
- Перебіг доінвазивного та мікроінвазивного раку безсимптомний (доклінічна стадія).
- У I стадії можуть бути серозні або серозно-кров'янисті виділення, контактна кровотеча після статевого акту, вагінального дослідження, огляду в дзеркалах.
- У II-III стадії з'являється біль унизу живота, в попереку; виділення серозно-гнійні, мають вигляд м'ясних помийів, неприємний запах (вони є наслідком витікання лімфи і крові при розпаді пухлини).
- У хворих порушується загальний стан, з'являються швидка втомлюваність, дратівливість. Пухлина може проростати в сечовий міхур і пряму кишку, відповідно з'являються розлади сечовипускання і закрепи



- **Діагностика.** Здійснюється гінекологічний огляд за допомогою дзеркал Куско або ложкаподібних. При цьому визначають форму піхвової частини шийки матки, її розміри, анатомічний стан



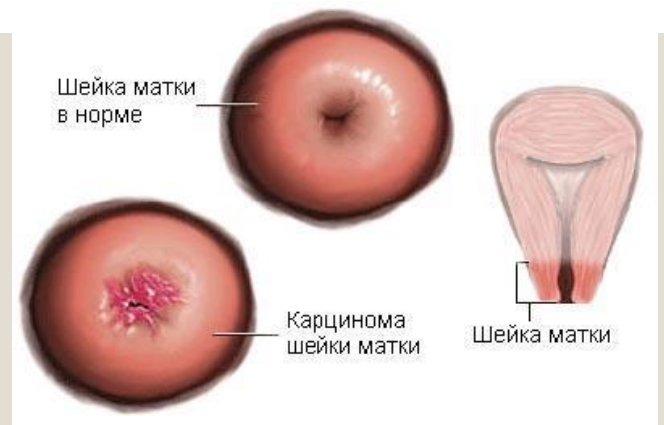
- При початкових стадіях раку шийки матки можна побачити зміни, притаманні псевдоерозії. Кровоточивість при дотику є важливим симптомом раку. Якщо рак виявлено лише цитологічним методом, то може не бути клінічних проявів. Дворучне піхвове дослідження при початкових стадіях раку не є інформативним. У хворих з вираженим клінічним процесом шийка матки щільна або хрящоподібна, наявні кратер, інфільтрація.

◦

- Для хворих з підозрою на рак шийки матки обов'язковим елементом є дослідження через пряму кишку — ректовагінальне та ректоабдомінальне. Це дає змогу краще оцінити стан бокових і заднього параметріїв, шийки матки.

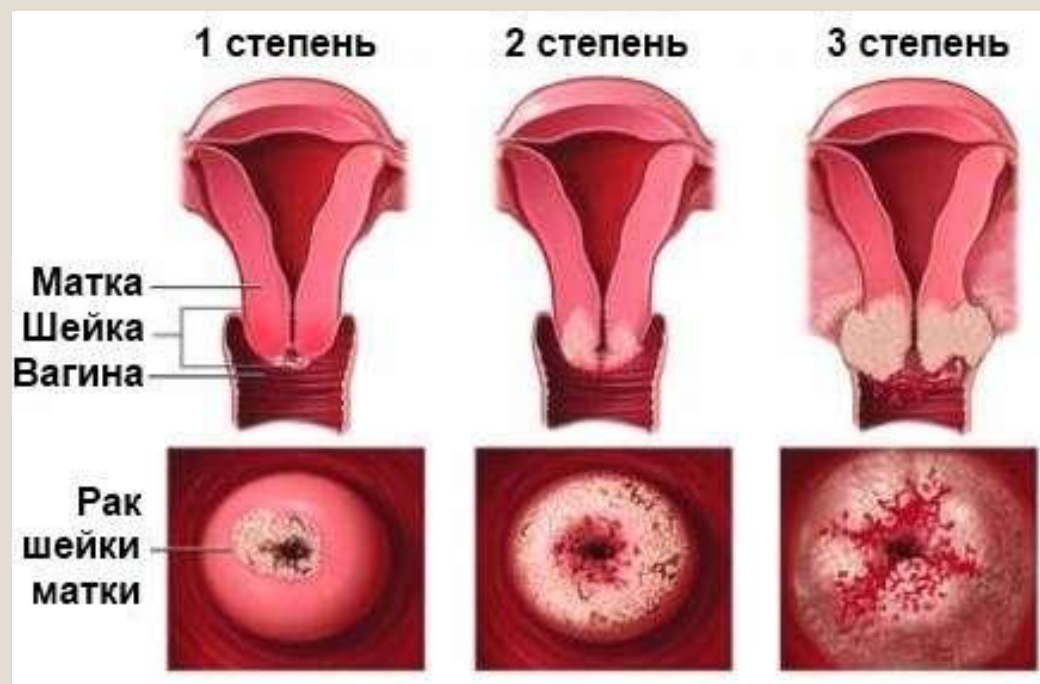


- Цитологічне дослідження секрету цервікального каналу та шийки матки є методом ранньої діагностики раку шийки матки. Воно дає змогу швидко встановити клінічний стан шийки матки, діагностувати доклінічні форми раку шийки матки. Забір матеріалу на цитологічне дослідження проводять перед бімануальним оглядом хворої. У здорових жінок забирають матеріал за допомогою одноразового дерев'яного шпателя із піхвової частини шийки матки, бокових склепінь, щіточкою — із цервікального каналу та місця стику обох епітеліїв. Прицільно забирають матеріал у хворих з підозрою на рак шийки матки. Матеріал переносять на скло й тонко розподіляють по його поверхні.



- Мікроскопічна оцінка мазків проводиться за методом Папаніколау:
- **I** тип — незмінений епітелій;
- **IIa** тип — запальний процес;
- **IIб** тип — проліферація, метаплазія, гіперкератоз, (при відповідній клінічній картині трактуються як поліп, проста лейкоплакія, ендocerвікоз);
- **IIIa** тип — слабка, помірна дисплазія на фоні доброякісних процесів і незміненого епітелію;
- **IIIб** тип — виражена дисплазія плоского епітелію на фоні доброякісних процесів і в ділянці незміненого епітелію;
- **IV** тип — підозра на малігнізацію, можливо, внутрішньоепітеліальний рак;
- **V** тип — рак;
- **VI** тип — мазок неінформативний (матеріал взято неправильно).

- Хворим з мазками III-V типів для підтвердження діагнозу необхідно проводити просту та розширену кольпоскопію, гістологічне дослідження. За хворими з мазками III типу встановлюється диспансерний нагляд.



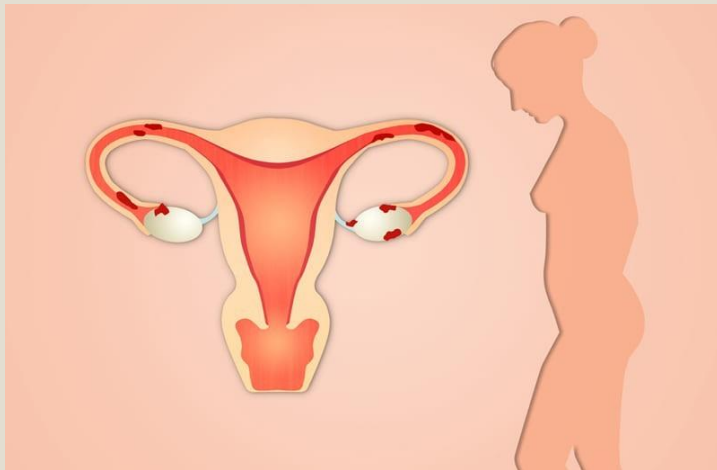
# Лікування

- Внутрішньоепітеліальний та мікроінвазивний рак у молодих жінок лікують хірургічно, застосовуючи конізацію або ампутацію шийки матки. У жінок середнього або старшого віку та за наявності міоми матки, кісти яєчника доцільно здійснювати просту екстирпацію матки з додатками.



- Стадію раку ІБ — ІІ лікують комбінованим (опромінення + операція) або поєднано-променевим методом (при наявності протипоказань до оперативного втручання). Оперативне лікування передбачає розширену екстирпацію матки за Вертгаймом (видалення матки з придатками, верхньої третини піхви та клітковини з регіонарними лімфатичними вузлами). Лікування раку шийки матки при ІІІ стадії проводиться поєднано-променевим методом: дистанційне опромінення первинного вогнища та параметріїв із наступною внутрішньопорожнинною кюрі-терапією. Хворих з ІV стадією лікують індивідуально, в основному терапія симптоматична.

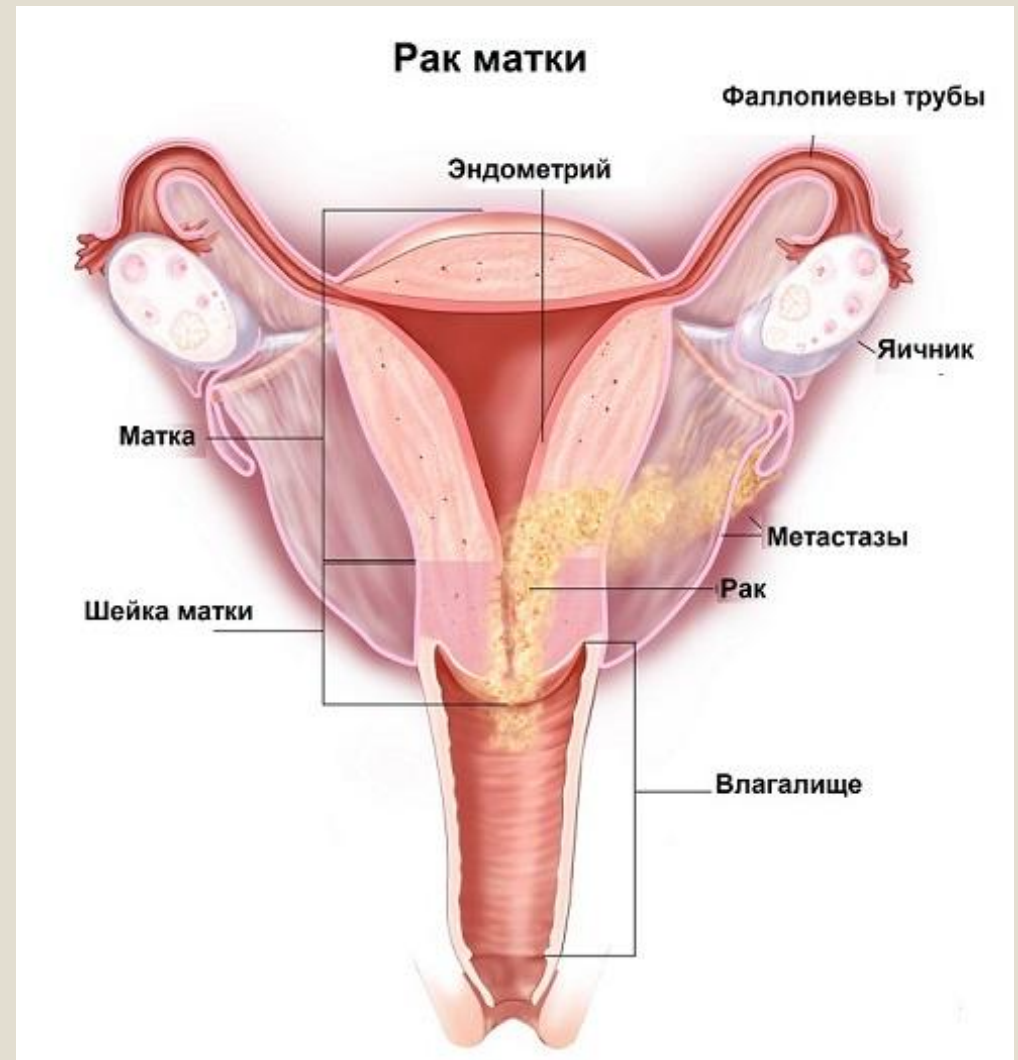
- Прогноз залежить від стадії процесу, гістологічної структури та клінічної форми росту пухлини. П'ятирічне виживання хворих при першій стадії раку шийки матки спостерігається у 75-85 %, при II ст. — 55-65 %, III ст. — 20-30 % випадків.



- Профілактика раку шийки матки полягає в діагностиці та лікуванні захворювань, що є причиною його виникнення, фонових та передракових станів. Регулярно, протягом усього життя, жінки повинні проходити профілактичні огляди у жіночій консультації, оглядових кабінетах, фельдшерсько-акушерських пунктах, за місцем роботи.

# Рак тіла матки

- Рак тіла матки спостерігається переважно у віці 50-60 років. В Україні захворюваність становить 7,5 випадків на 100 тисяч населення.





- Рак тіла матки належить до гормонозалежних пухлин (рис.8,9). При постійно підвищеній концентрації естрогенів у крові та збільшенні чутливості клітин ендометрія до них може виникнути його надмірна проліферація з перетворенням у ракову пухлину. Важливе значення мають імунний стан організму, вірусна інфекція, генетичні чинники. Він виникає у жінок з різноманітними порушеннями жирового та вуглеводного обміну, що зводяться до ожиріння та цукрового діабету.

- Існує й інший варіант раку — автономний (гормононезалежний), при якому ці порушення відсутні, або виражені нечітко.



- При першому патогенетичному варіанті захворювання виникає на фоні гіперпластичних процесів у ендометрії, супроводжується гіперплазією текатканини яєчників.
- Для другого варіанта характерний фіброз строми яєчників та атрофія ендометрія.

- При розвитку раку за першим типом пухлина високодиференційована, має ряд ознак, що характерні для вихідної тканини, не втрачає гормональної залежності. Другий варіант раку — це зазвичай пухлини зі зниженою диференціацією.

- За морфологічними ознаками розрізняють аденокарциному, аденоакантому, світлоклітинну мезонефроїдну аденокарциному, залозисто-плоскоклітинний, недиференційований рак.

- Згідно з класифікацією ВООЗ, аденокарциноми поділяють на високодиференційовані, помірнодиференційовані, в тому числі залозисто-солідний рак, і низькодиференційовані.



- Ракова пухлина виникає спочатку в ділянці дна та трубних кутів, а у міру росту стає важко визначити її первинне розташування. Характер росту пухлини переважно екзофітний, іноді розростання мають вигляд поліпів. Ендофітна форма раку буває скоріше як виняток, зрідка зустрічається виразково-інфільтративна форма
- Для клінічного перебігу пухлини має значення глибина інвазії. У 8% хворих вона відсутня. Такі пухлини можуть бути видалені при вишкрібанні, і тоді при дослідженні препарата видаленої матки раку не знаходять.

- *Метастазування раку* іде переважно лімфогенним, іноді гематогенним шляхом (легені, печінка, мозок, кістки). Метастазують частіше пухлини з низькою диференціацією у випадку глибокого проростання у міометрій — це переважно пухлини, що належать до II типу, у хворих без виражених порушень метаболізму жирів та вуглеводів.

- Вражаються спочатку лімфовузли зовнішньої здухвинної, загальної здухвинної та аортальної груп. Пахові та надключичні вузли вражаються лише у давніших випадках. Гематогенний шлях метастазування спостерігається у 10% хворих (у легені, печінку, мозок, кістки). Лімфогематогенні та імплантаційні метастази спостерігаються у стінці вагіни.

# Клініка

- Безсимптомний рак матки діагностують рідко. Найчастіше хворі репродуктивного віку скаржаться на ациклічні маткові кровотечі (метрорагії). У жінок у менопаузі відзначаються кров'янисті чи водянисті виділення — лімфоррея. Пізніше виділення набувають вигляду м'ясних помиїв та іхорозного запаху. Біль є більш пізнім симптомом. Спершу він може бути результатом накопичення виділень у порожнині матки, іноді приєднується інфікування, і тоді він переймоподібний. Пізніше біль тупий, ниючий, він обумовлений втягненням у процес маткової очеревини, суміжних органів або є наслідком стиснення інфільтратом нервових сплетень. У разі проростання у сусідні органи можуть з'являтися відповідні симптоми: поява слизу та крові у фекаліях, тенезми, копростаз — при ураженнях прямої кишки, гематурія — при проростанні у сечовий міхур, гідронефроз — при перетисканні сечоводів.

# Розрізняють три варіанти клінічного перебігу раку.

- Повільний, відносно сприятливий клінічний перебіг. Ця форма спостерігається у хворих з вираженою гіперестрогенією і порушенням ліпідно-вуглеводного обміну. У симптоматиці переважають тривалі маткові кровотечі, зумовлені гіперпластичними процесами. Лімфогенні метастази відсутні. Гістологічно це високодиференційований рак із поверхневою інвазією в міометрій.
- Несприятливий клінічний перебіг. Ендокринно-обмінні порушення у таких хворих зазвичай відсутні або незначно виражені. Тривалість захворювання невелика. Пухлина глибоко вростає в міометрій, поширюється на шийку, спостерігається інфільтрація параметріїв, метастазування у вагіну. Диференціація пухлини знижена.
- Гострий, вкрай несприятливий перебіг. Характеризується поєднанням несприятливих факторів — глибоке проростання пухлини, метастази у лімфовузли, у парієтальну очеревину. Можливий «оваріальний» тип метастазування. У цьому випадку виникають метастази у великому сальнику, асцит.
- Скарги на біль з'являються тільки у випадках давньої хвороби.

- **Діагностика** ґрунтується на даних анамнезу, клінічної картини, гінекологічного дослідження. Додаткові методи обстеження використовують у такій послідовності: ультразвукове, цитологічне дослідження аспірату з порожнини матки, гістероскопі, гістерографія, роздільне вишкрібання слизової оболонки тіла і шийки матки з наступним гістологічним дослідженням





- Для цитологічного дослідження використовують аспірат з порожнини матки. Чутливість цього методу досить висока — близько 90 %.
- Гістероцервікографія чи гістероскопія дає можливість виявити локалізацію пухлини, поширеність ураження.
- Поєднання гістерографії та газової пельвіографії — оптимальний метод для визначення глибини проникнення ракової пухлини — проростання її у міометрій та за межі матки. У поєднанні з клінічними та морфологічними даними ці методи діагностики допомагають індивідуалізовано планувати лікування.
- Після гістероцервікографії проводять прицільну біопсію, виявляють особливості гістологічної структури та ступінь диференціювання пухлини.
- Проводиться фракційне (роздільне) вишкрібання ендометрія та слизової оболонки цервікального каналу. Для виключення метастазів використовують ультразвукове дослідження органів малого таза.

# Лікування

- *Хірургічний метод* лікування використовують переважно при вогнищевому рості, з локалізацією біля дна матки без глибокої інвазії, без ураження лімфовузлів, переважно при I варіанті пухлини. Щодо об'єму хірургічного втручання, найбільш доцільною є операція за Вертгаймом-Губарєвим. Однак наявність супутньої патології у деяких випадках вимагає обмеження класичного варіанта цієї операції. Тому Я.В. Бохман (1964) запропонував свою модифікацію.
- Різниця між цими двома операціями полягає в тому, що автор утримується від видалення верхньої третини вагіни, широкого висікання кардинальних та крижово-маткових зв'язок і клітковини паракольпоса, що дає можливість уникати виділення сечоводів. Такий варіант операції допустимий, якщо пухлина не сягає внутрішнього маткового вічка і ймовірність проростання її у вагіну, параметрії та паракольпос незначна.

- Комбіноване лікування (операція + променева терапія; операція + гормонотерапія; операція + променева + гормонотерапія) рекомендують при I варіанті пухлини з вираженим дифузним ураженням матки, глибокій інвазії у міометрій, переході процесу на шийку матки, наявності метастазів у регіонарних лімфовузлах або у хворих з II патогенетичним варіантом (без порушень гормонального балансу, вуглеводного та жирового обміну). Дуже поширений метод — комбінація оперативного лікування та курс дистанційної гамма-терапії (сумарна доза на точку В — 35-40 Грей). Хворим, у яких відмічається перехід пухлини на шийку матки або залишена верхня третина вагіни, додатково призначають кюрі-терапію — 2 аплікації Со з інтервалами в 5 днів.
- Існує методика, згідно з якою проводиться передопераційна променева терапія — також 2 аплікації Со. Хороший ефект дає передопераційна прогестинотерапія (оксипрогестерону капронат 12,5% — по 2 мл щодня, всього 7,0). Таку саму терапію проводять у післяопераційному періоді.

- При поєднаній променевої терапії використовують внутрішньопорожнинне опромінення матки одночасно із телегаматерапією. У порожнину матки вводять «намистинки» з кобальтом. Сумарна доза на точку А — 5-10 Грей, на точку В — 17-20 Грей. Сумарна доза дистанційного опромінення в точці В має складати 30-35 Грей.



- Гормонотерапія як окремий метод лікування може бути методом вибору за наявності протипоказань до хірургічного та променевого лікування. Використовуючи цей метод, вводять по 2 мл (250 мг) 12,5 % розчину оксипрогестерону капронату щодня протягом 4 місяців, а надалі — через день також протягом 4 місяців, потім — щотижня по 500 мг протягом усього життя жінки. Найбільш виражений прогестинний ефект у пацієнок із значними ендокринними та обмінними порушеннями (I патогенетичний варіант).

# Прогноз

- Лише близько 70% хворих живуть понад 5 років; серед тих, хто отримував хірургічне і комбіноване лікування, виживання понад 5 років — у 84 %. Найбільш сприятливі віддалені результати у хворих із I патогенетичним варіантом.



# Рак яєчників

- Рак яєчника буває первинний (розвивається з покривного епітелію), вторинний (з папілярної або псевдомуцинозної кістоми), метастатичний (метастази раку травного каналу, молочних залоз) (рис.14 а,б,в).
- Рак яєчника перебуває на четвертому місці серед пухлин геніталій і складає 15-20%. Найчастіше він виникає у жінок 45-50 років, хоча може зустрічатись і в більш молодому віці.

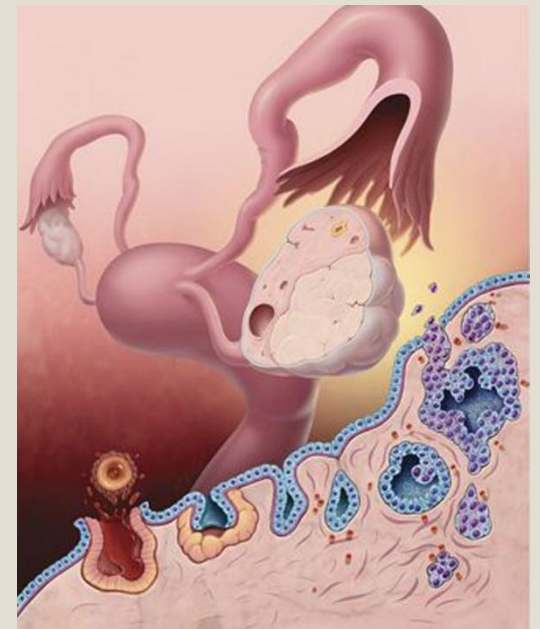


# Етіологія

- Рак яєчника належить до гормонозалежних пухлин. Епідеміологічні дослідження при раку яєчника дають можливість виявити, що в анамнезі у цих хворих трапляються різноманітні порушення менструальної функції — рання менархе, рання або пізня менопауза. Свідченням гормонозалежності пухлини є також експериментальні дані.
- Встановлений зв'язок між захворюваністю на рак, шлюбним станом та генеративною функцією. Частіше хворіють жінки незаміжні, ті, що мало народжували або зовсім не народжували, які мали в анамнезі спонтанні викидні. Ці фактори призводять до порушення гормонального балансу в організмі або є його проявом. Висока захворюваність на рак зустрічається у групі жінок, що були оперовані з приводу різноманітних захворювань із залишенням одного чи двох яєчників.

# Патологічна анатомія

- В яєчнику зустрічається велика гістологічна різноманітність злоякісних пухлин. Це зумовлено множинними джерелами їх виникнення. Серед злоякісних пухлин яєчника найчастіше трапляються серозні (46-48%), муцинозні (10-14%), пухлини строми статевого тяжа — 4,7%.
- За формою росту злоякісні пухлини поділяють на екзофітні (евертуючі) та ендофітні (інвертуючі). Зустрічаються також змішані пухлини.





- Шляхи поширення раку яєчників. Метастазування процесу йде шляхом проростання в сусідні органи, а також лімфогенним і гематогенним шляхом. Лімфогенно процес переходить на маткову трубу, матку, лімфовузли таза та парааортальні лімфовузли.



- При поширенні шляхом проростання на сусідні органи ракові клітини спочатку проростають через капсулу пухлини, далі у процес втягуються маткові труби, потім — периметрій, матка (рис.16). Вона стає ніби «замурованою» у раковій пухлині. Метастази можуть розростатися у матково-прямокишковому просторі, а потім проникати у стінку прямої кишки, вагіну. Дисемінація раку може проходити шляхом проростання у тазову очеревину, сальник, очеревину кишечника, пристінкову очеревину.

○

# Клініка

- Рак яєчника в початковій стадії перебігає безсимптомно. Порушення загального стану відзначається у жінок з пухлинним процесом, який прогресує. З'являється швидка втомлюваність, слабкість, схуднення, пітливість, постійний тупий ниючий біль унизу живота, збільшення розмірів живота внаслідок асцити. Наявність асцити залежить, в основному, від гістологічної структури пухлини, менше — від ступеня поширеності процесу. З'являються дизуричні та диспептичні явища, порушення менструального циклу. Больовий синдром, як правило, — ознака запущеності.
- При гінекологічному дослідженні у початкових стадіях ракова пухлина нагадує собою кістому — вона невеликих розмірів, неболюча, рухома, має тугоеластичну консистенцію. Частіше за все ця пухлина пальпується за маткою, її легше знайти при ректально-вагінальному дослідженні. Іноді тіло матки може бути оточене пухлинами з обох боків, ніби «замуроване», і тоді утвори можна помилково прийняти за фіброміому матки.

- Якщо процес за давніми, пухлина сягає великих розмірів, вона виходить за межі малого таза. Поверхня пухлини горбиста, конгломерат нерухомий, нерідко доходить до стінок таза.
- У випадку розпаду пухлини у хворих виникає температурна реакція на всмоктування продуктів розпаду. В аналізі крові визначають анемію, іноді лейкоцитоз і збільшену ШОЕ, яка змінюється вже на ранніх стадіях.
- При розростанні пухлини симптоми стають більш вираженими — приєднуються ознаки часткової кишкової непрохідності. При вираженому асциті наростає задишка. Рак виникає переважно в обох яєчниках.

# Діагностика

- Визначальним у діагностиці є бімануальне дослідження. Коли пухлина невелика — пальпаторних ознак може не бути. Переважно визначаються двобічні утвори, розміщені з боків, іноді позаду матки. Деколи пухлинні утвори мають таку форму і консистенцію, що важко розпізнати контури матки. Консистенція їх, зазвичай, щільна, неоднорідна, поверхня іноді горбкувата. Використовують ультразвукове дослідження — можна визначити локалізацію пухлини, її внутрішню структуру. Таке дослідження особливо корисне, якщо є ожиріння або напруження передньої черевної стінки. Цінність його зростає у поєднанні з іншими методами — даними гінекологічного дослідження, знахідками при лапароскопії. Частота збігу діагнозу за даними УЗД із гістологічним діагнозом перевищує 71%. Можна застосувати цитологічне дослідження пунктату черевної порожнини. Матеріалом для дослідження може бути також плевральний випіт, змиви або випоти, одержані при пункції заднього склепіння. Слід пам'ятати, що одержання пунктату через заднє склепіння може призвести до дисемінації процесу по очеревині.

- Можна досліджувати також пунктати з різних підозрілих вузлів чи вузлів явно пухлинного характеру, мазки-відбитки, які беруть під час операції з очеревини дугласового простору, бокових флангів, поверхні сальника чи його кукси, поверхні пухлини яєчника чи її розрізу. Застосування цитологічного методу сприяє своєчасній і навіть доклінічній діагностиці рецидивів захворювання.
- Лапароскопію з діагностичною метою використовують у групі ризику для виявлення зовнішніх особливостей пухлини, наявності дисемінації, метастазів. Проте для хворих з великими пухлинами, попередньо оперованих, з надмірною масою вона небезпечна і протипоказана.
- Деколи доводиться вдаватися до діагностичної лапаротомії, але тільки тоді, коли використані всі можливості інших методів дослідження — якщо дані УЗД сумнівні, а цитологічне дослідження асцитичного пунктату не дає можливості виявити пухлинні клітини. Після розрізу проводять ретельну ревізію органів малого таза, черевної порожнини, беруть мазки-відбитки для цитологічного дослідження, біопсію. Остаточний (уточнений) діагноз ставлять після цитологічного та гістологічного досліджень.

# Лікування раку яєчника

- Використовують хірургічний та медикаментозний способи. Основним є хірургічний. Практично, якщо виявлено пухлину яєчника, починати треба з лапаротомії. Об'єм операції передбачає видалення пухлини яєчника, екстирпацію чи ампутацію матки та резекцію сальника. Таке лікування проводять хворим на I та II стадії раку, його вважають радикальним. При III-IV стадіях раку здійснюють паліативне лікування, яке полягає у видаленні основних пухлинних мас. Це позитивно впливає на стан хворих та ефективність протипухлинних хіміопрепаратів. Хіміотерапевтичне лікування застосовують практично при всіх стадіях. Використовують метотрексат, циклофосфан, фторурацил, цис-платин, адриабластин, сарколізін та інші препарати. Перевагу надають поліхіміотерапії: циклофосфан + фторурацил; циклофосфан + метотрексат + фторурацил; циклофосфан + адриабластин + цис-платин. Тіо-Теф та цис-платин вводять також у черевну порожнину.

# Дисгермінома

- Дисгермінома — злоякісна пухлина яєчника, що виникає з елементів недиференційованих гонад, які зберігаються у воротах яєчника з ембріонального періоду розвитку.
- Клініка. Пухлина трапляється переважно в інфантильних жінок віком до 30 років. Спостерігаються незначні місячні, які виникають рідко. Бімануально визначають пухлину придатків, яка має щільну консистенцію, вузлувату поверхню. Новоутворення розвивається швидко, метастазуючи в органи грудної клітки.
- Діагностика складна. Враховують клінічну картину, дані лапароскопії та гістологічного дослідження біоптату.
- Лікування оперативне з наступною променевою терапією плюс поліхіміотерапія (ПХТ).
- Прогноз несприятливий

# Тератобластома яєчника

- Тератобластома яєчника — злоякісна пухлина, яка спостерігається рідко, здебільшого у дитячому та підлітковому віці.
- Клініка. Біль унизу живота, слабкість, нездужання. Асцит з'являється у випадках за давньої форми. Швидко настає метастазування.
- Діагностика. Остаточний діагноз встановлюють за даними гістологічного дослідження.
- Лікування оперативне, після нього застосовують рентгенотерапію.



# Рак маткової труби



- Злоякісні захворювання маткових труб трапляються рідко. Рак маткових труб може розвиватися первинно (з маткової труби) або вторинно (при переході процесу з матки або яєчників), уражає жінок у віці 40-55 років, що тривало хворіли на запальні захворювання труб. Частіше ураження буває одnobічним.
- Гістологічно рак маткової труби має папілярну, залозисто-папілярну, папілярно-солідну та солідну будову. Процес розповсюджується швидко шляхом проростання або метастазування у межах малого таза. Дисемінація раку по серозному покриву труби та матки призводить до виникнення асцити. Вражаються тазові, поперекові та надключичні лімфовузли. Метастазує рак маткових труб здебільшого в сальник, кишки, печінку, надниркові залози, селезінку.

# Клінічна картина



- не має особливостей, притаманних тільки раку маткової труби, у зв'язку з цим до операції правильний діагноз встановлюють рідко. Один з перших симптомів — біль унизу живота переймоподібного, тупого, згодом постійного характеру, що іррадіює в нижні кінцівки. Іноді хворі звертаються із скаргами на виділення із статевих шляхів — кров'яністі, гнійно-кров'яністі, водяністі. Підозрілим щодо раку маткових труб є одномоментне виділення великої кількості рідких, інколи з домішками крові, виділень, після чого об'єм утворення в ділянці труб зменшується.
- При бімануальному дослідженні органів малого таза у ділянці придатків можуть пальпуватися пухлиноподібні продовгісті утвори.

- Діагностика. Допоміжним методом в діагностиці раку цієї локалізації може бути УЗД, біконтрастна рентгенопельвіографія. Достовірний діагноз допомагає встановити лапароскопія. Використовують також цитологічне дослідження аспірату з матки або виділень з цервікального каналу. В аспіраті виявляють сосочкові структури з атипових епітеліальних клітин.
- Лікування оперативне — екстирпація матки з придатками в поєднанні з опроміненням та хіміотерапією за тією ж методикою, що й при раку яєчників.





ДЯКУЄМО ЗА  
УВАГУ