

## **Лекція № 7**

### **Тема: Доброякісні пухлини, злоякісні захворювання жіночих статевих органів**

#### **План**

- Характеристика доброякісних пухлин.
- Міома. Сучасні теорії етіопатогенезу. Класифікація. Клінічна картина. Методи діагностики.
- Види лікування — консервативне (гормональна терапія, абляція ендометрію, емболізація маткових артерій, симптоматична терапія) та хірургічне.
- Показання до проведення оперативного лікування.
- Доброякісні пухлини яєчників. Кісти та кістоми. Клінічна картина. Діагностика.
- Рак шийки матки — класифікація, форми, клінічна картина, методи діагностики, лікування.
- Рак тіла матки — клінічні прояви, методи діагностики, види та методи лікування.
- Злоякісні пухлини яєчників — клінічна картина, діагностика, основні принципи лікування.
- Оперативне та гормональне лікування, хіміотерапія при злоякісних пухлинах жіночих статевих органів.
- Профілактика онкозахворювань: вакцинація, онкопрофогляди, лікування фонових і передракових захворювань зовнішніх статевих органів та рання діагностика злоякісних новоутворень.

#### **Уявлення про пухлини та пухлиноподібні утворення**

Пухлина - надлишкове патологічне розростання тканин, що складається з якісно змінених клітин, що втратили свою нормальну форму і функцію. Особливістю їх являється здатність розмножуватись після припинення дії факторів, які спричинили виникнення пухлини.

Пухлиноподібне утворення - представляє собою накопичення рідини в замкнутій порожнині.

#### **Пухлини злоякісні та доброякісні**

Доброякісні пухлини по мірі росту розсовують і стискають оточуючі тканини. Вони не мають здатності руйнувати тканини і метастазувати, але деколи впливають неблагоприємно на загальний стан організму (анемія, порушення функції сусідніх органів).

Злоякісні пухлини проростають оточуючі тканини і руйнують їх. Вони мають схильність до метастазування, розповсюдження пухлинних клітин по кровоносних і лімфатичних судинах у найближчі або в найвіддаленіші органи. Неблагоприємно впливають на загальний стан організму, викликаючи виснаження (кахексія).

Розвиток пухлини проходить декілька фаз:

- 1) не рівномірне збільшення числа клітин (гіперплазія);
- 2) вогнищеве розростання;
- 3) утворення вузла пухлини;
- 4) інфільтрація і руйнування оточуючих тканин, перехід пухлини у злоякісну.

Перша фаза представляє собою благоприємний фон для розвитку пухлини, другу та третю називаються передраковими.

#### **Доброякісні пухлини. Міома матки**

Міома матки - доброякісне новоутворення, яке походить із м'язевих і сполучно - тканинних елементів. Спостерігається у 20 - 25 % жінок віком понад 30 років. Розвиток пухлин пов'язаний з порушенням у системі гіпоталамус-гіпофіз - кіркова речовина над

надниркових залоз-яєчників. При настанні перехідного віку, коли відбувається вікова перебудова гормональної функції яєчників - ріст міоми прискорюється, а з настанням менопаузи разом із згасанням функції яєчників міоми перестають рости.

Фактори ризику розвитку міоми:

- 1) спадковість (перші два покоління);
- 2) порушення менструальної функції з початку менархе, особливо у поєднанні з інфантилізмом;
- 3) порушення менструальної функції, яке не піддається лікуванню, особливо у поєднанні з порушенням ліпідного, вуглеводного та іншого обмінів (опасистість, діабет, пре діабет);
- 4) порушення менструальної функції та репродуктивної (безпліддя, не виношування);
- 5) рецидивуючі запальні захворювання внутрішніх статевих органів, які сприяють порушенню функцій яєчників;
- 6) повторні діагностичні вишкрібання слизової оболонки, які призводять до запальних процесів матки і зміни рецепторного апарату ендометрію;
- 7) екстрагенітальні захворювання, які призводять до порушення функції яєчників та інших залоз внутрішньої секреції.

#### **Класифікація міом матки**

I. В залежності від місця розташування міоматозного вузла:

- 1) в дні матки;
- 2) в тілі матки;
- 3) в шийці матки;
- 4) в перешийку матки.

II. За зміною форми матки:

- 1) дифузні міоми;
- 2) вузлові міоми;

III. За кількістю вузлів:

- 1) міома з поодинокими вузлами;
- 2) міома з багатьма вузлами;

IV. За напрямком росту вузла:

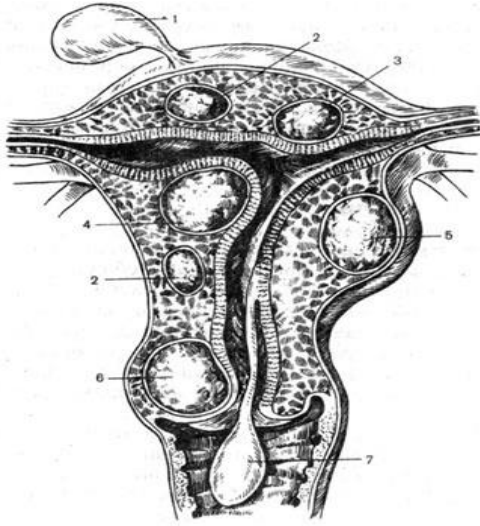
- 1) інтерстиціальні (росташування вузлів між м'язами матки);
  - 2) субмукозні (під слизовою оболонкою);
- 3) субсерозні (розміщенні під очервиною, що вкриває матку).

V. За характером росту міом:

- 1) міоми швидкого росту,
- 2) міоми повільного росту;

VI. За клінічними симптомами:

- 1) симптомна міома;
- 2) безсимптомна міома.



Мал.. Топографічне розміщення вузлів міоми матки. 1 - підочеревинний вузол на ніжці; 2 - інтерстиціальний вузол; 3 - вузол з центральним ростом; 4 - підслизовий вузол; 5 - підочеревинний вузол; 6 - шийковий вузол; 7 - підслизовий вузол "що родився" на ніжці.

**Гормональний статус хворих на фіброміому.** У значної частини хворих на фіброміому виявляють порушення гормональної функції яєчників, що проявляються ановуляторними циклами, недостатністю жовтого тіла. Це призводить до гіперестрогенемії і зниження рівня прогестерону. В яєчниках з'являються дрібнокістозні зміни. Оскільки матка (ендометрій і міометрій) є органом-мішенню естрогенних гормонів, під впливом їх надмірної кількості у крові в ендометрії можуть розвиватися гіперпластичні процеси, а у міометрії з'являються міоматозні вузли.

Дослідження останніх років показали, що у хворих з фіброміомою навіть при нормальному рівні естрогенних гормонів у периферичній крові вміст естрадіолу в судинах матки вищий, ніж в інших відділах судинної системи. Така локальна гіпергормонемія призводить до патологічної гіпертрофії міометрія. Отже, у патогенезі фіброміоми матки має значення не тільки порушення синтезу, метаболізму і співвідношення статевих гормонів, але й стан рецепторного апарату міометрія, зокрема більша активність естроген-рецепторів порівняно з прогестерон-рецепторами.

При наявності у яєчниках дрібнокістозних змін із незначною гіперестрогенемією фіброміома росте повільно і не має проліферативних змін. У хворих із швидкоростучою фіброміомою і при наявності у ній центрів проліферативної активності частіше знаходять фолікулінові кісти значних розмірів.

Темпи росту фіброміоми залежать від її виду, локалізації, живлення і віку хворої. Фіброміома швидко росте у хворих молодого віку, особливо під час вагітності, оскільки фетоплацентарний комплекс синтезує велику кількість естрогенних гормонів, що є стимулюючим чинником росту пухлини. У клімактеричному віці, коли здійснюється перебудова гормональної системи жінки, фіброміома нерідко прискорює свій ріст, виникає полікістозне переродження яєчників. Коли менструальна функція згасає, настає менопауза і пов'язаний з нею спад продукції естрогенних гормонів, ріст фіброміоми сповільнюється, вузли зменшуються і зазнають зворотного розвитку. Ці процеси зумовлені зниженням гонадотропної функції гіпофіза і заміною естрогенного впливу андрогенним.

**Клініка.** Клінічні прояви фіброміом зумовлені насамперед локалізацією вузлів, величиною пухлини, темпом її росту, а також наявністю ускладнень.

У початкових стадіях захворювання можливий безсимптомний перебіг фіброміоми. Пухлину діагностують під час профілактичного огляду або при зверненні до гінеколога з іншого приводу.

Згодом з'являються симптоми: болі, кровотечі, відчуття важкості внизу живота, порушення репродуктивної функції — безплідність, порушення функції сечового міхура та

прямої кишки. Ці ознаки виникають у міру росту пухлини, а інколи свідчать про розвиток вторинних дегенеративних або запальних змін у тканині фіброміоми.

**При формуванні субсерозних вузлів** менструальна функція у хворих не змінюється, оскільки пухлина розміщена на ніжці або на широкій основі під очеревинним покривом практично поза межами матки, тому скоротлива функція матки зберігається і механізм менструальної кровотечі не порушується. Ознаками захворювання можуть бути болі, зумовлені розтягненням очеревини при рості вузла, порушенням кровообігу в пухлині. При виникненні ускладнень — перекрутні ніжки вузла, його некрозі, зрощенні вузла з парієтальною очеревиною — виникає клініка «гострого живота».

**При атипових локалізаціях підочеревинних вузлів** розвивається відповідна клініка: пухлини з передньої стінки матки та антецервікальні пухлини можуть тиснути на сечовий міхур і призводити до дизуричних явищ; притиснення шийки сечового міхура або уретри до симфізу викликає затруднене спорожнення сечового міхура, навіть при його переповненні. При ретроцервікальному розміщенні вузла він може при інтенсивному рості заповнювати весь малий таз, стискати пряму кишку, створюючи механічну перешкоду акту дефекації. У хворих виникають хронічні запори, сповільнення кровообігу у венозних судинах малого таза, розвиток геморою. Вузли такої локалізації можуть подразнювати нервові сплетення таза і спричиняти болі з іррадіацією в нижні кінцівки.

**Інтралігаментарні пухлини** під час свого росту розшаровують широку зв'язку матки, а оскільки в нижніх відділах параметрію проходять сечоводи, пухлина призводить до їх стиснення і перегину, у важких випадках блокується відтік сечі з нирки, розвивається гідронефроз.

**Інтерстиціальна фіброміома** росте в товщі міометрія, об'єм порожнини матки і площа поверхні ендометрія над вузлом збільшується, порушується механізм скорочення матки, регіонарний кровообіг, тому при інтерстиціальних вузлах, особливо множинних, суттєво збільшується тривалість менструації (поліменорея) і кількість втраченої крові (гіперменорея). Циклічність менструацій зберігається. Характерні болючі місячні — альгоменорея.

Особлива клінічна картина характерна для **підслизової локалізації фібро-міоматозних вузлів**: спостерігаються спочатку циклічні (менорагії), а потім ациклічні (метрорагії) кровотечі, переймоподібні болі внизу живота, інколи, при порушенні кровопостачання вузла, виділення у вигляді кров'янисто-бурої рідини з непріємним запахом.

Щомісячна значна крововтрата призводить до розвитку вторинної залізодефіцитної анемії.

Часто міома матки поєднується з іншими гінекологічними та екстрагенітальними захворюваннями: ожирінням (64%), захворюваннями серцево-судинної системи (60%), захворюваннями шлунка, кишечника, печінки (40%), гіпертонічною хворобою (19%), неврозами (11%), ендокринопатіями (4,5 % хворих).

У хворих на фіброміому описані характерні дистрофічні зміни міокарда — «міомне серце», викликані розвитком вторинної анемії та хронічної гіпоксії. Часто у них порушується функція печінки. Можливо, ці порушення перебувають у причинно-наслідковому зв'язку з порушенням обміну стероїдних гормонів. Виявляють також гіпертрофію лівого шлуночка, міокардіодистрофію, ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу. У багатьох хворих після видалення фіброміоми артеріальний тиск знижується до нормальних величин, що підтверджує думку про патогенетичний зв'язок фіброміоми, змін у міокарді та підвищення артеріального тиску.

#### **Діагностика:**

- анамнез хворих: спадкова схильність (міома у матері та інші пухлини статевих органів у близьких родичок); порушення менструальної функції, пізній початок менархе; порушення обміну (ожиріння, цукровий діабет); порушення репродуктивної функції (безплідність, невино- шування вагітності); штучні аборти (травма слизової і міометрія може призвести до

змін рецепторного апарату ендометрія); екстрагенітальні захворювання, що зумовлюють порушення функції ендокринних залоз та яєчників зокрема;

- бімануальне дослідження - наявність пухлини щільної консистенції, що міститься в матці чи походить з неї. Пухлина може бути горбистою, кулястою або неправильної форми — це залежить від кількості та локалізації вузлів;

- зондування матки (виявляють збільшення порожнини матки, нерівний рельєф, наявність субмукозних вузлів);

- вишкрібання порожнини матки (зміна рельєфу, наявність у матці вузла при субмукозному розміщенні, наявність гіперпластичних процесів у ендометрії). Проте широко використовувати ці методи для діагностики не рекомендують, оскільки вони можуть призвести до травматизації субмукозного фіброматозного вузла.

- гістерографія — за формою дефекту наповнення можна діагностувати субмукозні вузли, що деформують порожнину матки.

- гістероскопія;

- лапароскопія. Застосовують рідко, переважно для диференціальної діагностики субсерозного вузла і пухлини яєчника, а також для діагностики ускладнень — перекруту ніжки та некрозу вузла;

- УЗД. Спостереження в динаміці дає можливість контролювати ефективність проведеної консервативної терапії, спостерігати за ростом, або, навпаки, зменшенням вузла під впливом лікування.

### Ускладнення міом матки

#### 1. Народження фіброматозного вузла

Підслизова фіброміома сприймається маткою як стороннє тіло. Вузол опускається в нижні відділи матки, подразнює рецептори перешийка, розпочинаються скорочення міометрія, розкривається шийка і матка виштовхує вузол у піхву. Вузол на ніжці зв'язаний з маткою. Якщо ніжка коротка, це може призвести до важкого ускладнення — онкогенетичного вивороту матки. Для діагностики важливо оглянути шийку матки у дзеркалах: вузол, що народився, видно при огляді.

**Лікування.** Вузол на довгій ніжці можна видалити через піхву шляхом перетину і перев'язування ніжки. Якщо ніжка коротка і широка, спроба видалення вузла може призвести до перфорації матки. У такому випадку вдаються до екстирпації матки.

#### 2. Перекрут вузла

Перекрут вузла дуже часто трапляється при його субсерозній локалізації. Клінічно виявляється різким болем унизу живота. З'являються ознаки подразнення очеревини, підвищується температура тіла, порушується функція сечового міхура та прямої кишки. Настає некроз та нагноєння вузла.

**Лікування - хірургічне.** Об'єм втручання — видалення вузла (при видаленні вузла важливо не розкручувати перекручену ніжку, затискач накладають біля матки, нижче місця перекруту), суправагінальна ампутація або екстирпація матки залежно від віку хворої, кількості та локалізації вузлів, стану матки.

#### 3. Некроз вузла

Некроз вузла зумовлений порушенням його живлення. Може настати при перекрученні ніжки, інколи розладу трофіки вузлів бувають під час вагітності. Настає набряк вузла, з'являються крововиливи в капсулу. Клінічно це виявляється болем постійного характеру внизу живота, що посилюється при пальпації вузла. З'являються ознаки подразнення очеревини. У результаті інтоксикації продуктами розпаду підвищується температура тіла.

**Лікування** — хірургічне.

#### 4. Нагноєння вузла

Первинно виникає дуже рідко. Інколи буває наслідком некрозу. Нагноюються переважно субмукозні та інтерстиціальні вузли. Розвивається тяжкий септичний стан, що вимагає ампутації або екстирпації матки.

#### 5. Розрив капсули та судин вузла

Розрив капсули та судин вузла буває рідко. Супроводжується різким болем, ознаками внутрішньої кровотечі (геморагічний шок).

## **6. Злоякісне переродження фіброміоми матки**

Злоякісне переродження фіброміоми матки в саркому виникає у 5—7% випадків.

### **Лікування міом матки**

Може бути оперативним та консервативним.

Покази до оперативного лікування:

- швидкий ріст пухлини;
- менорагії, що призводять до анемії;
- великі розміри пухлини (до 14 нед);
- різко виражений больовий симптом;
- злоякісне переродження;
- ускладнення;
- субмукозна міома;
- виражене порушення функції сусідніх органів.

Операції поділяються на радикальні (надпівхова ампутація матки та екстрипація) і консервативні (вилущування вузла).

Консервативне лікування:

- спазмолітики і анальгетики;
- гемостатична терапія;
- засоби, що скорочують матку;
- гормонотерапія;
- дієтотерапія (картопляний і сливовий сік);
- вітаміни (групи А, В, С, Е);
- йодобромні, радонові ванни.

Такі жінки підлягають диспансерному нагляду з оглядом 4 рази на рік.

**Деонтологія.** Лікування хворих на фіброміому переважно хірургічне, тому, якщо йдеться про оперативне втручання, хвору слід заздалегідь налаштувати на необхідність операції. Тут роль фельдшера, акушерки величезна, бо саме вона повинна поступово і щодня зміцнювати в пацієнтки думку, що тільки операція приведе до повного одужання. Часто жінки, особливо молоді, турбуються, чи не вплине видалення матки на її працездатність, чи не призведе втрата менструальної функції до передчасного старіння та зменшення її жіночої привабливості, чи не буде її чоловік після операції ставитися до неї як до «інваліда» в сексуальному плані. Проконсультувавшись з лікарем-куратором, акушерка повинна делікатно і тактовно спростовувати ці побоювання. Під час підготовки до операції необхідно розвіювати у хворої страх перед болем, який обов'язково турбує тією чи іншою мірою кожен жінку. Варто розповісти про наркоз, згадавши при цьому, що поширена думка про його нібито шкідливість хибна, про величезний досвід анестезіолога, який забезпечуватиме знеболювання під час операції, про те, що у нього вже багато років не було жодного ускладнення під час наркозу і таке інше.

Після операції акушерка, доглядаючи хвору, повинна бути особливо чуйною та уважною, не відповідати на запитання на зразок: «А що у мене видалили? А чи це не рак?», посилаючись на те, що на ці запитання може дати відповідь тільки лікар. Повідомляти про об'єм оперативного втручання родичів хворої, її чоловіка абсолютно недопустимо. Це може робити тільки лікар за попередньою домовленістю з хворою, враховуючи стосунки в сім'ї, результати гістологічного дослідження тощо. Часто жінки не хочуть, щоб чоловік знав про видалення матки, і вони мають цілковиту рацію; тоді лікар повинен інформувати родичів, що видалено тільки пухлину чи фіброматозний вузол. Медична сестра мусить підтримувати цю версію і бути уважною, щоб не сказати зайвого, бо родичі іноді вдаються до спроб «вивідати правду». Слід бути пильною до збереження професійної таємниці.

### **Пухлини яєчників**

Усі пухлини яєчників можна розділити на дві основні групи:

- небластоматозні непроліферативні пухлини (кісти яєчників);
- бластоматозні проліферативні пухлини (кістоми яєчників).

Клінічні прояви пухлин яєчника різноманітні і нерідко невизначені.

### **Небластоматозні непроліферативні пухлини (кісти яєчників) яєчників**

**Кіста яєчника** — це порожнина, виповнена рідким вмістом, яка виникає в результаті затримки та надмірної секреції рідини. Найчастіше кісти локалізуються в яєчнику (кіста жовтого тіла, фолікулярна кіста яєчника, лютеїнові кісти, дермоїдна кіста) та у придатку, розташованому над ним (параоваріальна кіста).

#### **Кіста яєчника фолікулярна**

Кіста яєчника фолікулярна — однокамерний тонкостінний пухлиноподібний утвір тугоеластичної консистенції з прозорим вмістом, який виникає внаслідок скупчення рідини в кістозноатрезуючому фолікулі. Може виникати в будь-якому віці, частіше - внаслідок перенесеного запального процесу. У такому утворі відсутній справжній бластоматозний процес, оболонка кісти не являє собою новоутвореної тканини, це надмірно розтягнена оболонка фолікула. Зазвичай кіста буває невеликих розмірів. Її діаметр не перевищує 10 см. Росте в бік черевної порожнини.

**Клініка.** Основний симптом — біль унизу живота, рідше — порушення менструального циклу у вигляді гіпер- чи поліменореї або маткова кровотеча в результаті гіперпродукції естрогенів, яка призводить до гіперплазії ендометрія. У деяких випадках може перекручуватись ніжка кісти - тоді з'являються ознаки гострого живота. Кіста визначається з боку чи спереду від матки. Вона щільноеластичної консистенції, малоболюча при пальпації, її діаметр не перевищує 10 см. Нерідко супроводжується запальним процесом у ділянці придатків матки. Проте частіше перебіг фолікулярної кісти безсимптомний, і тоді її виявляють при онкопрофоглядах.

**Лікування.** Спостереження протягом 2—3 менструальних циклів. Якщо пухлиноподібний утвір не розсмоктується, то рекомендовано хірургічну операцію — резекцію чи видалення яєчників. Це необхідно, оскільки до операції важко диференціювати кісту від серозної кістоми яєчника. У жінок клімактеричного періоду та в постменопаузі виконують операцію видалення придатків та матки. Після операції додаткову терапію не проводять.

#### **Кіста жовтого тіла**

Трапляється відносно рідко (2-5 % всіх пухлин яєчників).

Кіста жовтого тіла - це ретенційний утвір діаметром до 8 см, наповнений рідиною жовтого кольору, інколи з домішками крові. Стінки кісти товсті. Пухлина найчастіше однобічна, трапляється в жінок віком від 16 до 55 років.

**Клініка.** Основна скарга — біль унизу живота у зв'язку із супровідним запальним процесом у придатках матки. Відсутні специфічні клінічні ознаки. Бувають ускладнення - крововилив у порожнину кісти. Кіста жовтого тіла частіше пальпується збоку від матки, має нерівномірну консистенцію. Нерідко виникає під час вагітності, після переривання якої швидко розсмоктується.

**Лікування.** При підозрі на кісту жовтого тіла слід провести спостереження протягом 2-3 менструальних циклів, оскільки вона може розсмоктатися. Якщо цього не трапилося, то слід здійснити оперативне втручання, позаяк до операції неможливо виключити наявність справжньої пухлини яєчника.

#### **Текалютеїнові кісти**

Текалютеїнові кісти також належать до ретенційних кіст яєчників. Ці кісти частіше двобічні. Їх розміри можуть коливатись від величини апельсина до голівки новонародженого. Вони виникають при вагітності, міхуровому занеску чи хоріонепітеліомі, досить швидко ростуть. Кісти можуть самостійно розсмоктуватись у результаті лікування основного захворювання — міхурового занеска або хоріонепітеліоми матки.

#### **Параоваріальна кіста**

Кіста параоваріальна — ретенційний однокамерний утвір між листками широкої зв'язки матки, який походить із розташованого над яєчником придатка. Виникає в основному у віці

20-40 років. Це пояснюється тим, що саме у репродуктивному віці придаток досягає найбільшого розвитку, у жінок старшого віку він піддається атрофії. Параоваріальна кіста у дитячому віці трапляється дуже рідко. Вона має щільноеластичну консистенцію, гладеньку поверхню, округлу чи овальну форму, наповнена прозорим рідким вмістом. Кісти можуть бути як маленькими, так і гігантськими, частіше діаметр їх становить 8—10 см. Стінка тонка, прозора, із судинною мережею.

**Клініка.** Біль унизу живота, у попереку. При великих розмірах пухлини наявні симптоми стиснення сусідніх органів. При перекуті ніжки параоваріальної кісти розвивається клінічна картина гострого живота. При вагінальному дослідженні збоку від матки пальпують пухлиноподібний утвір з гладенькою поверхнею, еластичної консистенції, неболючий, з обмеженою рухомістю.

**Лікування хірургічне** — видалення кісти (бажано зберегти яєчник). В окремих випадках можна проводити прицільну пункцію кісти з відсмоктуванням серозного вмісту. Вважаємо за доцільне підкреслити, що ретенційні кісти зустрічаються в основному у жінок молодого віку. З великою обережністю такий діагноз можна ставити жінкам у клімактеричному періоді, після виключення справжньої пухлини яєчника.

**Диспансерне спостереження.** Хворі з діагнозом кісти яєчника повинні перебувати на диспансерному обліку. Акушерка, фельдшер ФАП, жіночої консультації повинні стежити за вчасною їх явкою на прийом, при потребі - викликати жінок телефоном або листом, запис про виклик робити у карті диспансерного спостереження. Контроль за величиною пухлини здійснюється за допомогою ультразвукового дослідження. Ретенційні кісти невеликих розмірів можуть розсмоктуватись під впливом протизапальної терапії, тому допустимо лікувати їх консервативно до 4-6 тижнів. Необхідно пам'ятати, що своєчасна діагностика і лікування ретенційних кіст у кінцевому результаті є профілактикою раку яєчника. Справжня пухлина яєчника виявляється у кожній третій-четвертій хворій жінки з діагнозом ретенційної кісти. Тому доцільно вчасно ставити питання про оперативне лікування.

#### **Бластоматозні проліферативні пухлини (кістоми яєчників) яєчників**

##### **Кістома яєчника серозна (ціліоепітеліальна)**

Кістома яєчника серозна (ціліоепітеліальна) - справжня доброякісна епітеліальна пухлина яєчника, яка частіше буває однокамерною, однобічною, може досягати великих розмірів. Містить серозну рідину жовтосолом'яного кольору. Ріст пухлини спричиняє збільшення розмірів живота, порушення функції сусідніх органів. Типової клініки немає. Іноді хвору може турбувати тупий біль унизу живота, у попереку. Менструальний цикл не порушується. При перекуті ніжки кістоми виникають явища гострого живота. Найчастіше кістоми виявляють при онкопрофогляді.

При бімануальному дослідженні збоку або позаду матки визначають щільноеластичну неболючу пухлину, з гладенькою поверхнею, переважно однобічну. Пухлина рухома, неболюча.

Для діагностики використовують ультразвукове дослідження, лапароскопію.

**Лікування** оперативне. Об'єм операції залежить від віку - у молодому віці видаляють придатки на ураженому боці і роблять субтотальну резекцію другого яєчника. Після 40-річного віку видаляють і, другий яєчник.

##### **Папілярні кістоми яєчника**

Кістоми яєчника папілярні бувають інвертуючими (сосочки ростуть всередину капсули кістоми та евертуючими (сосочки розміщуються на зовнішній поверхні капсули), при цьому, пухлина часто набуває вигляду цвітної капусти, а також змішані, коли сосочки розміщуються на зовнішній та внутрішній поверхнях капсули. При злоякісному переродженні сосочки переходять на очеревину. Ці пухлини багатоканерні, рідко досягають великих розмірів, мають коротку ніжку. Вони можуть розміщуватись інтралігаментарно. Вміст кістоми серозний, іноді серозно-кров'янистий. Наявність пухлини може супроводжуватися асцитом. Типової клініки кістома немає, частіше її знаходять при профоглядах. Діагностика базується на результатах бімануального дослідження та додаткових методів — УЗД та лапароскопії.

При бімануальному дослідженні поряд з маткою визначають малорухомий горбкуватий утвір, неболючий. Нерідко через близьке розміщення до матки кістому приймають за субсерозний фіброматозний утвір.

Папілярна кістома нерідко перероджується у рак.

*Лікування* - хірургічне. Об'єм оперативного втручання такий самий, як і при серозних кістомах.

#### **Муцинозна кістома яєчника**

Кістома яєчника муцинозна (псевдомуцинозна) — епітеліальна доброякісна пухлина, яку спостерігають у жінок різних вікових груп. Може досягати великих розмірів, іноді багатокамерна, круглої або овальної форми. Порожнина кістоми виповнена густим слизоподібним вмістом (псевдомуцином) — густою, желеподібною опалесціюючою рідиною жовтуватого, коричневого або блідо-зеленого кольору.

*Клініка.* Спочатку псевдомуцинозна кістома розвивається безсимптомно, навіть досягаючи великих розмірів. Лише при інтралігаментарному розміщенні хвору починає турбувати біль, важкість унизу живота і в попереку. Симптоми порушення функції сусідніх органів виникають лише при дуже великих розмірах кістоми, але завдяки профоглядам пухлину виявляють раніше, ніж вона досягне таких розмірів. Асцит виникає рідко. При бімануальному дослідженні у ділянці придатків матки виявляють утвір еластичної консистенції з вузлуватою поверхнею. Для діагностики використовують ультразвукове дослідження і лапароскопію.

*Лікування* полягає у видаленні придатків матки, після 45 років проводять ампутацію матки, а при супровідній патології шийки - екстирпацію матки з придатками.

#### **Фіброма яєчника**

Фіброма яєчника — доброякісна пухлина, яка розвивається зі строми яєчника. Має круглу або овальну форму, щільна, однобічна, може досягати розміру голови людини, виникає у жінок віком від 40 до 50 років. Може перебігати безсимптомно або з асцитом, зрідка приєднуються гідроторакс і анемія (синдром Мейгса).

*Лікування* оперативне — видалення пухлини.

#### **Особливі форми пухлин яєчників**

##### **Андробластома (аренобластома)**

Андробластома (аренобластома) — пухлина, що виробляє тестостерон і має маскулінізуючі властивості. Спостерігається рідко, перебіг часто злоякісний. Пухлина частіше однобічна, гладенька або з горбистою поверхнею, невеликих розмірів, на ніжці, рухома.

*Клініка.* Характерними ознаками є атрофія молочних залоз, матки, зовнішніх статевих органів. Спостерігається гіпоплазія матки та іншого яєчника, атрофія ендометрія. Виникає аменорея. Одночасно будова тіла стає подібною до чоловічої, з'являється волосся на обличчі, грудях, кінцівках, голос стає грубим. Можливе поєднання симптомів маскулінізації та гіперестрогенізації.

*Діагностика.* Важливу роль відіграють ультразвукове дослідження, лапароскопія, біопсія яєчника.

*Лікування* хірургічне (видалення пухлини).

*Прогноз* у більшості випадків сприятливий.

##### **Текома (текаклітинна пухлина)**

Текома (текаклітинна пухлина) належить до естрогенпродукуючих пухлин, частіше доброякісна. Розвивається у різні вікові періоди, проте частіше після 40 років і пізніше; однобічна, круглої або овальної форми. Розміри її можуть бути різними - від невеликих до величини голівки новонародженого. У дівчаток спостерігається передчасне статеве дозрівання, у дорослих - пізні згасання менструальної функції. У жінок репродуктивного віку порушується менструальна функція, нерідко буває безплідність, невиношування вагітності. У менопаузі можуть виникати маткові кровотечі, збільшується матка, молочні

залози, посилюється лібідо. Асцит виникає як при доброякісному, так і при злоякісному перебігу захворювання. Злоякісна текома частіше розвивається у молодому віці.

**Діагностика** ґрунтується на клінічній картині, бімануальному виявленні пухлини яєчника і збільшенні матки, а також на даних ультразвукового дослідження, лапаро-, гістероскопії

**Лікування** оперативне.

**Прогноз** при доброякісному перебігу сприятливий, при злоякісному — сумнівний.

### **Фолікулома**

Фолікулома - пухлина, що продукує естрогени. Розміри її - від мікроскопічних включень до 40 см в діаметрі, колір жовтий. Фолікулома буває як доброякісною, так і злоякісною. Пухлина майже завжди однобічна, з нерівною, горбистою поверхнею, нерівномірною консистенцією. Трапляється в будь-якому віці, але найчастіше - після 40 років. Часто фолікулому супроводжують фіброміома та рак тіла матки.

**Клініка.** Прояви залежать від ступеня і гіперестрогенії і віку жінки. У дівчаток спостерігається передчасне статеве дозрівання: поява оволосіння на лобку і в пахвових западинах, збільшення молочних залоз. У жінок дітородного віку спочатку виникає аменорея, пізніше з'являються ациклічні кровотечі.

**Діагностика.** Діагноз підтверджують даними ультразвукового дослідження, лапароскопії, гістологічного дослідження біоптату.

**Лікування** хірургічне. При злоякісній гранульозоклітинній пухлині видаляють матку з придатками і проводять резекцію сальника. Хіміотерапію призначають при III і IV стадіях ракового процесу.

### **Кіста дермоїдна**

Кіста дермоїдна - доброякісна пухлина, яка може розвинути в жінки будь-якого віку. Вона розміщується спереду від матки, має порівняно невеликі розміри, гладеньку блискучу поверхню, довгу ніжку, переважно двобічна. На розрізі кіста являє собою тонкостінний утвір, вповнений жировим вмістом, може містити волосся, кісткові утвори, зачатки зубів. Кіста дермоїдна росте, як правило, повільно, без жодних симптомів. Її зазвичай знаходять під час профілактичних оглядів.

**Клініка.** Новоутворення невеликих розмірів, перебігає безсимптомно. При великих пухлинах виникає біль, відчуття важкості внизу живота. При бімануальному дослідженні в ділянці придатків, спереду від матки, визначають пухлину нерівномірної щільності. Для діагностики використовують ультразвукове дослідження, лапароскопію.

**Лікування** хірургічне — видалення кісти.

**Прогноз** сприятливий. Злоякісне переродження трапляється в 0,4-1,7 % хворих.

### **Пухлина Бреннера**

Пухлина трапляється рідко, переважно у віці понад 50 років. Вона має доброякісний перебіг. Частіше пухлина однобічна, за формою, величиною та консистенцією нагадує фіброму. Гістологічно являє собою поєднання сполучнотканинних та епітеліальних елементів.

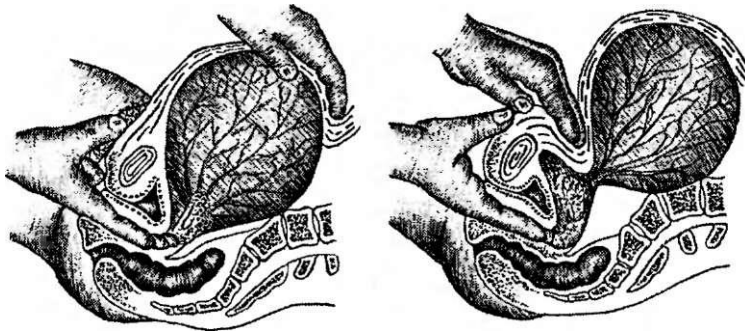
**Клініка.** Нерідко виявляються симптоми, характерні для гормонопродукуючих пухлин, — порушення менструального циклу, явища гіперестрогенізації чи маскулінізації.

Для діагностики використовують бімануальне дослідження, УЗД, лапароскопію. Уточнюють діагноз після гістологічного дослідження.

**Лікування** хірургічне — видалення пухлини.

### **Діагностика доброякісних пухлин яєчників**

Використовують огляд та пальпацію живота, бімануальне дослідження. Диференціальну діагностику необхідно проводити із фіброміомою матки, ендометріозом, запальною тубооваріальною пухлиною.



Для цього використовують додаткові методи дослідження: пробу з кульовими щипцями, зондування матки, кульдоскопію, цистоскопію, урографію, оглядову рентгенографію, ультразвукове дослідження, лапароскопію. Іноді вдаються до діагностичної пункції пухлини із цитодіагностичним дослідженням пунктату.

Таким чином, доброякісні пухлини мають деякі спільні особливості клінічного перебігу, а саме:

- тривалий час вони безсимптомні, ростуть як правило, у напрямку черевної порожнини. Болі з'являються переважно в тому випадку, коли пухлина росте інтралігаментарно;
- у більшості випадків кісти та кістоми рухомі. Ця рухомість зумовлена наявністю ніжки. Розрізняють анатомічну та хірургічну ніжки. У поняття *анатомічної ніжки* входять лійково-тазова зв'язка, власна зв'язка яєчника, брижа яєчника, тобто ті утвори, якими яєчник утримується в тазі. *Хірургічна ніжка*, крім цих утворів, включає в себе ще розпластану на пухлині трубу з її судинами і нервами. При видаленні пухлини затискачі накладають на хірургічну ніжку;
- у міру росту пухлин можуть з'являтися ознаки стиснення сусідніх органів;
- пухлини пальпують, зазвичай, збоку від матки, зміщуючи її у протилежний бік.

#### Ускладнення кіст і кістом яєчників

**Злоякісне переродження.** Найчастіше спостерігається при циліоепітеліальних та папілярних пухлинах, рідше - при муцинозних, і зовсім рідко - при дермоїдних кістах яєчників. Момент виникнення злоякісного переродження виявити важко, тому необхідно якомога раніше видалити пухлину.

**Перекручення ніжки пухлини.** Виникають некроз і перитоніт з різким болем унизу живота, підвищенням температури тіла, нудотою, блюванням, появою симптомів подразнення очеревини, прискоренням пульсу. Рекомендовано термінову операцію.

**Нагноєння пухлини.** Перебігає з високою гарячкою, подразненням очеревини, болем у животі. Рекомендовано термінову операцію.

**Розрив капсули пухлини.** Трапляється рідко, проявляється гострим болем, кровотечею, шоком. Може призвести до імплантації елементів пухлини по очеревині. Рекомендовано термінову операцію.

Оскільки злоякісне переродження відбувається у третині всіх випадків доброякісних пухлин яєчників, а діагностувати переродження на початкових етапах неможливо, слід дотримуватися положення, згідно з яким всі пухлини яєчника підлягають видаленню.

### Злоякісні захворювання жіночих статевих органів

#### Рак шийки матки

**Епідеміологія.** Рак шийки матки серед злоякісних пухлин жіночих статевих органів трапляється найчастіше. Захворювання частіше зустрічається у жінок у віці після 50 років. В останні роки виникла тенденція до збільшення захворюваності на рак шийки матки в 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. Це

захворювання є важливою медичною та соціальною проблемою в усіх економічно розвинутих країнах.

Найвища захворюваність та смертність — у країнах Африки та Латинської Америки, особливо серед корінного населення.

**Етіологія.** Причиною його розвитку є венеричні захворювання, інфікування вірусами герпесу простого 2-серотипу (ВПП-2) частіше вірусом папіломи людини (ВПЛ-16,18,30,31,35 типів), які можуть довго перебувати у латентній формі. Вірус передається статевим шляхом. Фоном для його розвитку є псевдоерозії, лейкоплакії, поліпи шийки матки. До передракових станів належить дисплазія епітелію. Раковий процес виникає найчастіше на межі багатошарового 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);
- інвазивний.

**Гістологічно розрізняють:**

- плоскоклітинний роговіючий;
- плоскоклітинний нероговіючий;
- аденокарцинома;
- світлоклітинний;
- диморфний залозисто-плоскоклітинний.

**За ступенем диференціації розрізняють:**

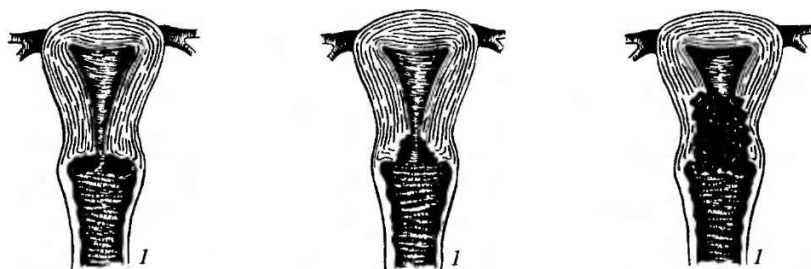
- високодиференційований;
- помірнодиференційований;
- низькодиференційований (або недиференційований) рак (має найбільш злоякісний перебіг).

**Форми росту пухлини:**

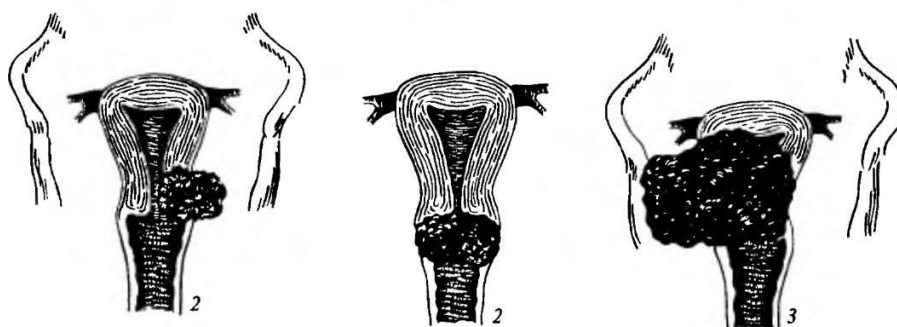
- ендофітна;
- екзофітна;
- змішана.

При екзофітній формі пухлина росте у просвіт піхви, набуває вигляду цвітної капусти і може заповнювати просвіт піхви. Ендофітна форма характеризується проростанням пухлини в 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. Рак шийки матки може поширюватися на тіло матки, параметрій, піхву.

Регіонарні лімфатичні вузли розташовані навколо шийки матки (затульні, загальні клубові, сакральні, пресакральні). Гематогенне метастазування раку шийки матки буває рідко. Віддалені метастази в органи навіть в атональних хворих трапляються не більше ніж у 25-40%.



Рак шийки матки (схема поширення процесу) 1 — перша стадія; 2 — друга стадія; 3 — третя стадія; 4 — четверта стадія



**Класифікація раку шийки матки за стадіями**



Стадія	(T) Вузол	(N) Лімфовузли	(M) Метастаз и
0	T1S (внутрішньоепітеліальний рак)	N0	M0
IA	T1 A (мікроінвазивний рак, інвазія до 5 мм)	N0	M0
IB	T1 B (інвазивний рак, глибина інвазії понад 5 мм)	N0	M0
IIA	T2A (пухлина шийки з поширенням на матку, без інвазії параметрія)	N0	M0
IIB	T2B (з інвазією параметрія)	N0	M0
IIIA	T3A (пухлина уражає нижню третину піхви, але не поширюється на стінку таза)	N0	M0
IIIB	T1-T2, T3A T3B (пухлина поширюється на стінку таза)	N1 метастази в регіонарних лімфатичних вузлах) будь-яке N	M0

<b>IVA</b>	T4 (пухлина захоплює слизову оболонку сечового міхура або прямої кишки)	будь-яке N	MO
<b>IUB</b>	будь-яке T (наявні віддалені метастази)	будь-яке N	M1

**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 униз живота, у 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 запори.

**Діагностика.** Здійснюється *гінекологічний огляд* за допомогою дзеркал Куско або ложкоподібних. 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 параметрів, 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.

Цитологічний діагноз не вважається остаточним, тому що він не визначає глибини інвазії процесу.

З метою ранньої діагностики використовують *кольпоскопію* (просту та розширену). Але слід зазначити, що діагноз раку шийки матки не можна встановлювати лише за допомогою кольпоскопічного дослідження, оскільки цей метод є допоміжним і дозволяє вибрати найбільш змінену ділянку шийки матки для взяття прицільної біопсії.

Остаточний діагноз встановлюють на *підставі гістологічного дослідження матеріалу*, отриманого під час *біопсії*. Біопсія дозволяє також у більшості випадків встановити глибину інвазії.

**Лікування** проводять лікарі-онкогінекологи залежно від стадії процесу. 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.

Залежно від стадії рак шийки матки лікують комбінованим (опромінення + операція) або поєднано-променевою методом, а питання лікування хворих з IV стадією вирішують індивідуально, в основному терапія симптоматична.

**Догляд за хворими після проведення променевої та хіміотерапії.** Під час проведення променевої терапії, а також після закінчення курсу необхідно бути особливо обережними з тими ділянками шкіри, які опромінювались, уникати застосування подразнюючих засобів (змащування йодом тощо), не застосовувати грілок, фізпроцедур, не допускати ультрафіолетового опромінення, хворим слід менше бувати на сонці, особливо влітку.

Променева терапія може давати ускладнення — від почервоніння слизової оболонки вагіни аж до променевої хвороби. Дуже часто виникають променеві цистити та проктити. Переважно вони мають легкий перебіг і минають після закінчення лікування. Проте бувають і глибокі ураження, які виникають частіше внаслідок порушення техніки опромінення і

призводять до появи некротичних виразок і навіть вагінально-прямокишкових та вагінально-міхурових фістул. Такі хворі потребують ретельного догляду, що полягає в обробці статевих органів дезінфекційними розчинами кілька разів на добу та прикладанні стерильних серветок.

Хворі після проведення променевої терапії зазвичай ослаблені, потребують висококалорійного легкозасвоюваного харчування, багатого на вітаміни та мікроелементи.

Навіть після завершення курсу лікування при доброму самопочутті хворій протипоказані теплові та фізпроцедури, введення біостимуляторів, санаторно-курортне лікування, бальнео- та грязетерапія, перебування на сонці, оскільки ці чинники завдяки своєму стимулювальному впливу можуть спричинити прогресування хвороби.

**Долікарська допомога** при кровотечі з шийки матки. Іноді виникає необхідність надання хворим допомоги при кровотечі, яка при раку шийки матки може виникнути зненацька і бути досить значною. Навіть у такому випадку необхідно обережно оглянути шийку дзеркалами, щоб виключити травму вагіни, народження субмукозного вузла. При наявності кровотечі з кратероподібної виразки або пухлини, що має вигляд цвітної капусти, слід ввести у вагіну гемостатичну губку, а при її відсутності — щільно затампонувати вагіну марлевым тампоном, попередньо просякнутим 10% розчином хлориду кальцію, перекисом водню чи ЕАКК і госпіталізувати хвору (перевозити санітарним транспортом або у супроводі медпрацівника).

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. — у 55-65%, III ст. — у 20-30% випадків.

**Догляд за хворими.** Хворі на рак шийки матки в період лікування потребують особливого догляду, повноцінного збалансованого харчування. Основним елементом медичної реабілітації є індивідуальне лікування. Особливо складним є лікування ускладнень променевої терапії (проктиту, циститу та ін.). При цьому застосовують інстиляції та мікроклізми настоянками трав, обліпихової олії. Хворі жінки після комбінованого лікування вважаються працездатними, залежно від професії: з розумовим видом діяльності — після 6-7 місяців, з фізичною працею — після року. Якщо є виражені ускладнення або лікування виявилось неефективним, хворих переводять на інвалідність.

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

#### **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. 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, а також може бути на тлі фіброміому матки.

*За морфологічними ознаками розрізняють:*

- **аденокарциному;**
- **аденоакантому;**
- **світлоклітинну мезонефрідну аденокарциному;**
- **залозисто-плоскоклітинний, недиференційований рак.**

Ракова пухлина виникає спочатку в ділянці дна та трубних кутів, а в 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 трапляється виразково-інфільтративна форма.

#### Класифікація раку за стадіями

Стадія	(Т) Вузол	(N) Лімфовузли	(M) Метастази
<b>0</b>	T1S (преінвазивна карцинома)	N0	M0
<b>IA</b>	T1 A (порожнина матки до 8 см завдовжки)	N0	M0
<b>IB</b>	T1 A (порожнина матки має понад 8 см завдовжки)	N0	M0
<b>II</b>	T2 (пухлина поширюється на шийку, але не за межі матки )	N0	M0
<b>III</b>	T1-T3 (пухлина поширюється за межі матки,але не виходить за межі) малого таза	N1 (метастази в регіонар-них лімфатичних вузлах)	M0
<b>IVA</b>	T4 (пухлина поширюється на суміжні органи)	Будь-яке N	M0
<b>IVB</b>	Будь-яке T (наявні віддалені метастази)	Будь-яке N	M1

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 уражаються лише у за давних випадках.

Гематогенний шлях метастазування спостерігається у 10% хворих (у легені, печінку, мозок, кістки). Лімфогематогенні та імплантаційні метастази спостерігаються у стінці вагини.

**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 — лімфорей. 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 в сусідні органи можуть з'являтися відповідні симптоми: поява слизу та крові у фекаліях, тенезми, копростаз — при ураженні 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 у міометрій.

**Несприятливий клінічний перебіг.** Ендокринно-обмінні порушення в 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 за давненої хвороби.

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

В анамнезі важливо звертати увагу на тривалість репродуктивного періоду, порушення менструальної функції, особливо наявність ациклічних маткових кровотеч, особливості перебігу клімаксу і менопаузи. Велике значення має виявлення порушень жирового та вуглеводного обмінів.

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.

Досліджують стан суміжних органів (цистоскопія, хромоцистоскопія, екскреторна урографія, ректороманоскопія, колоноскопія), наявність віддалених метастазів (рентгенографія грудної клітки, кісток). Завершують поглиблене обстеження хворих радіоізотопною лімфографією, за допомогою якої можна виявити метастазування в лімфовузли. Цей метод, у поєднанні з гістероцервікографією, дає можливість визначити ступінь поширення процесу. Обстеження бажано проводити саме в такій послідовності.

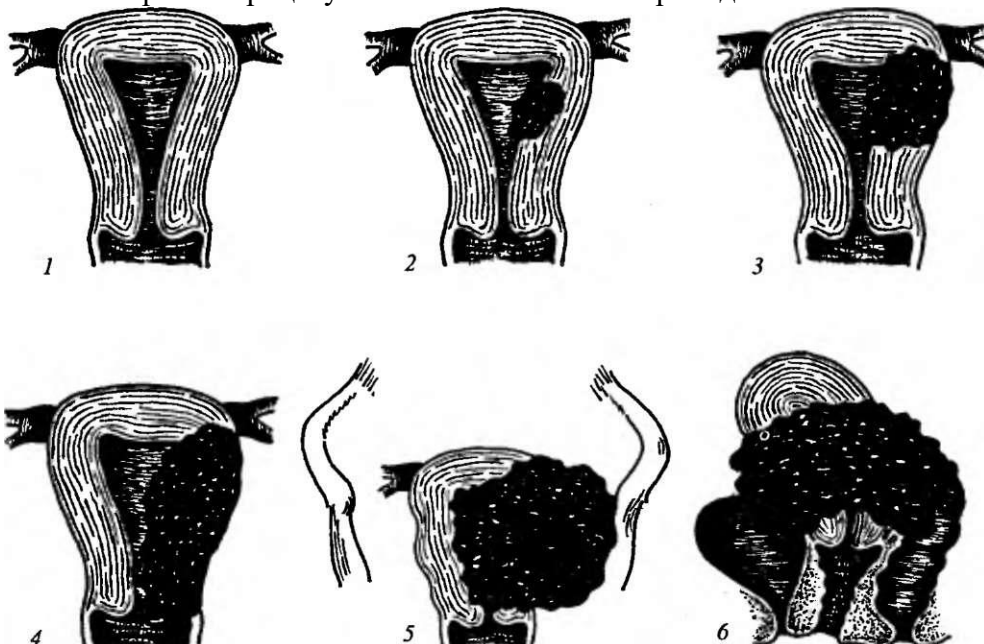


Рис. Рак тіла матки (схема поширення процесу)

1- T1S 4 — T3  
2-T1a 5 — T4  
3-T2 6 — T4

#### Лікування.

Використовують хірургічне,

комбіноване, поєднано-промене та гормональне лікування.

**Прогноз.** Лише близько 70% хворих живуть понад 5 років; серед тих, хто отримував хірургічне і комбіноване лікування, виживання понад 5 років—у 84%.

**Профілактика.** Своєчасне лікування гіперпластичних процесів ендометрія та порушень менструального циклу.

### **Рак яєчників**

Рак яєчника посідає четверте місце за частотою виникнення серед пухлин геніталій і складає 15-20%. Найчастіше він виникає у жінок 45-50 років, хоча може зустрічатись і в молодшому 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. 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 у групі жінок, що були оперовані з приводу різноманітних захворювань із залишенням одного чи двох яєчників. Тому існує думка, що в жінок віком понад 40 років при гінекологічних операціях необхідно вдаватися до двобічної оваріоектомії, що дає можливість значно (близько 20%) знизити ймовірність виникнення раку яєчників.

**Рак яєчника буває:**

- **первинний (розвивається з покривного епітелію);**
- **вторинний (з папілярної або псевдомуцинозної кістоми);**
- **метастатичний (метастази раку травного каналу, молочних залоз).**

Загальновідомий зв'язок між раком молочної залози та пухлинами яєчників. Ризик виникнення раку яєчника у таких жінок в 10 разів вищий, ніж у здорових. Існує залежність між змінами менструального циклу та пухлинами яєчників. Особливо повинно насторожувати лікаря раннє статеве дозрівання дівчаток. Відмічено етіологічний зв'язок між гіперпластичними процесами в матці та пухлинами яєчника.

Необхідно пам'ятати, що небластоматозні, непроліферативні процеси (фолікулярні, лютеїнові кісти) — результат порушень у системі гіпофіз-яєчник. Вони створюють фон для утворення справжніх пухлин і їх малігнізації, тому тривале спостереження за ними без раціонального лікування недопустиме.

Відповідно до цього формуються групи ризику.

За формою росту злоякісні пухлини поділяють:

- екзофітні (евертуючі);
- ендофітні (інвертуючі);
- змішані пухлини.

Епітеліальні пухлини можуть бути від невеликих до таких, що заповнюють всю черевну порожнину, вони, зазвичай, кістозні, виповнені рідким вмістом, поверхня їх може бути як гладенькою, так і з розростаннями у формі бородавок. Стінки ракової кісти неоднакової товщини, як правило, на внутрішній поверхні мають розростання, що нагадують цвітну капусту. Неепітеліальні пухлини некістозні, м'ясисті. Вони переважно невеликих розмірів, мають гладеньку поверхню, нерідко зрощені із сусідніми органами. За консистенцією вони тугоеластичні, на розрізі — гомогенні.

Іноді в яєчнику виникає метастатичний рак (із шлунково-кишкового тракту — рак Крукенберга), іноді з молочної залози та матки. Морфологічна структура метастатичних пухлин, зазвичай, відповідає первинній пухлині. Метастатичні пухлини двобічні, на розрізі вони щільні, гомогенні.

**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. Вона стає ніби «замурованою» у раковій пухлині. Метастази можуть розростатися в матково-прямокишковому просторі, а потім проникати в стінку прямої кишки, вагіну. Дисемінація раку може проходити шляхом проростання у тазову очеревину, сальник, очеревину кишечника, пристінкову очеревину. Лімфогенно ракові клітини попадають спочатку у регіонарні лімфовузли, розташовані парааортально. Звідси вони поширюються грудною лімфатичною протокою до органів грудної та у верхній відділ черевної порожнини. Нерідко виникають метастатичний раковий плеврит та пневмонія.

**Клініка.** Рак яєчника в початковій стадії перебігає безсимптомно. Порушення загального стану відзначається в жінок з пухлинним процесом, який прогресує. З'являються 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.

Якщо процес запущений, 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 — присьднуються 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. 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.

Використовують ультразвукове дослідження — можна визначити локалізацію пухлини, її внутрішню структуру. Таке дослідження особливо корисне якщо є ожиріння або напруження передньої черевної стінки. Можна застосувати цитологічне дослідження пунктату черевної порожнини. Лапароскопію з діагностичною метою використовують у групі ризику для виявлення зовнішніх особливостей пухлини, наявності дисемінації, метастазів. 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. Остаточний (уточнений) діагноз ставлять після цитологічного та гістологічного досліджень. Щоб виключити проникнення метастазів у органи грудної клітки, черевної порожнини необхідно проводити відповідне рентгенологічне обстеження. За його допомогою можна виявити не лише метастази в тканину легень, а й вільну рідину у плевральній порожнині, що допомагає уточнити ступінь поширеності процесу. Це має значення для прогнозу, який при гідротораксі погіршується більше ніж у 4 рази.

Обов'язкове рентгенологічне дослідження шлунка та кишечника для виключення метастатичного раку яєчника. У разі необхідності це дослідження слід доповнювати фіброгастроскопією та біопсією. Іноді проводять пневмопельвіграфію, але із широким впровадженням ехоскопії до цього інвазивного методу вдаються дедалі рідше.

Щоб одержати інформацію про ступінь поширеності процесу, застосовують лімфографію. Особливо важливо використовувати цей метод тоді, коли є підозра на

дисгерміному, що метастазує переважно лімфогенним шляхом, чи при пухлинах іншого типу, якщо клінічно підозрюється I чи II стадія. При використанні лімфографії у таких випадках лімфогенні метастази знаходять у близько 30% випадків, причому більшість їх локалізується в поперекових лімфовузлах.

За наявності технічних можливостей можна застосувати комп'ютерну томографію та ядерно-магнітний резонанс.

**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 стадіях 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.

Викори стовують метотрексат, циклофосфан, фторурацил, цисплатин, адриабластин, сарколізин та інші препарати.

Перед застосуванням хіміотерапії хвору ретельно обстежують — визначають функцію печінки та нирок, картину периферичної крові. Розпочинати терапію можна у тому разі, коли лейкоцити не нижче  $5 \times 10^9/\text{л}$  і тромбоцитів не менше, ніж  $20 \times 10^3/\text{л}$ . З розвитком хіміотерапії променевою терапією раку яєчника застосовують рідко. Найбільш чутливі до променевої терапії солідні форми раку, серозні — менш чутливі, а муцинозні — нечутливі.

У комплексному лікуванні раку яєчника використовують також андрогенні препарати — тестостерону пропіонат 5-10 мг 5% розчину внутрішньом'язово щодня або через день протягом 1,5-2 місяців. Потім призначають метилтестостерон по 30 мг щодня, тестенат 1 мл 10% розчину 1 раз на тиждень; сустанон — 250 (1 мл 2 рази на місяць). Загальна доза андрогенів — 4-6 г. У менопаузі можна призначати естрогенотерапію.

**Прогноз.** Результати лікування раку залежать як від гістологічної структури пухлини, так і від стадії раку. Загальне п'ятирічне виживання хворих становить 28-30%. При IA стадії відсоток виживання досягає 90-98; при IB — 68; при II — 50; при III ст. — 10-15. Під час лікування всі хворі непрацездатні. Після лікування працездатність хворих обмежена. Важка фізична робота протипоказана. При I та II стадіях після завершення лікування може бути дозволена праця, проте без фізичних навантажень. У хворих із III стадією раку при повній ремісії, за їх бажанням, праця без фізичних навантажень також може бути дозволена. При рецидивах, відсутності ефекту від лікування, а також при IV стадії хворих переводять на інвалідність. Вони перебувають на диспансерному обліку до кінця життя.

#### **Догляд за хворими на рак**

Догляд за хворими на рак є, мабуть, найтяжчим серед обов'язків середнього медичного працівника. Особливо це стосується хворих із давніми формами захворювання. Надання допомоги таким пацієнткам вимагає від фельдшера, акушерки особливих професійних та душевних якостей, такту, любові до людей та до своєї справи.

Акушерка повинна пам'ятати, що догляд за такою жінкою, моральна підтримка навіть у безнадійній за прогнозом ситуації є не лише її професійним обов'язком, але й актом християнського милосердя.

Основним методом лікування є хірургічний, і догляд за хворими в початкових стадіях раку є практично доглядом за прооперованою хворою.

У випадках давньої хвороби лікування здебільшого симптоматичне. Догляд полягає у ліквідації або зменшенні больових відчуттів, які у таких пацієнток бувають надзвичайно сильними і постійними. Допомогти в таких випадках можуть лише наркотичні анальгетики.

Медична сестра має постійно піклуватися про чистоту шкіри хворої, запобігати появі пролежнів, які є джерелом нових страждань і показником поганого догляду. Дуже важко доглядати хворих у термінальній стадії хвороби, особливо із сечостатевими та каловими норицями. Такі хворі поширюють довкола себе нестерпно неприємний запах, тому їх

доводиться класти в окремі палати, ізолюючи від інших хворих. Відтак роль середнього медичного персоналу ще більше зростає, бо медичні працівники тепер стають практично єдиними людьми, з якими спілкується хвора.

Кілька разів на добу таких хворих слід підмивати, видаляти продукти розпаду пухлини, застосовуючи засоби, що мають дезодораційні властивості (перманганат калію). У палаті можна користуватись освіжувачами повітря з приємним, але несильним запахом. Слід частіше змінювати положення тіла хворої, якщо вона неспроможна самостійно рухатися, обмивати її шкіру розчинами фурациліну, відварами трав, протирати спиртом, особливу увагу звертаючи на ті ділянки, де найчастіше утворюються пролежні — попереки, сідниці, лікті, п'яти.

**Деонтологія.** Спілкування з хворими на рак, особливо у невиліковних стадіях, — найважче для медичного працівника випробовування на професійну зрілість та придатність. Тут важливо усе: і зовнішній вигляд, і манера розмовляти, і такі душевні якості, як здатність до співпереживання, тактовність, вміння переконати, пожаліти, і, найголовніше, відчувати, чого від тебе чекає хвора — співчуття, підтримки чи, навпаки, не хоче, щоб її жаліли. Тому акушерка повинна бути добрим психологом.

Не потрібно перешкоджати спілкуванню хворої з родичами, але варто перед візитом попередити їх про те, щоб вони не травмували психіку хворої надмірним жалем, плачем, розмовами про безнадійність її стану. Користь чи, навпаки, шкідливість таких відвідин залежить від стосунків у сім'ї. Досвідчена акушерка повинна знати реакцію хворої на спілкування з різними відвідувачами, і якщо хтось із них дратує хвору або викликає пригнічений стан, не варто пускати його до неї вдруге.

Під час догляду за важкохворими важливо, щоб своїм зовнішнім виглядом акушерка, особливо молода, не дратувала хвору, якій земні принади уже недоступні. Одяг медичного працівника повинен бути акуратним, чистим, але скромним, не можна одягати занадто коротких кокетливих халатиків, недопустима яскрава косметика, різкий запах парфумів — це дратуватиме хвору і порушить психологічний контакт із цією акушеркою, навіть якщо вона чудовий професіонал. Доглядаючи хворих з виразками, розпадом пухлини, не можна показувати своєї відрази мімікою чи жестами. Якщо це важко, краще одягнути маску. Рухи повинні бути максимально обережними, щоб не завдавати хворій додаткових страждань.

У нашій країні не прийнято повідомляти хворим на рак їхній діагноз навіть тоді, коли все, здавалося б, зрозуміло: хвору прооперовано, лікується вона в онкодиспансері тощо. Акушерка повинна за всяку ціну уникати розмови про діагноз хворої, навіть якщо вона сама, провокуючи персонал, говорить, що знає свою хворобу, що жити їй залишилося недовго і таке інше. Необхідно спрямувати розмову в інше русло, сконцентрувавши увагу на симптомах і запевняючи хвору, що важливо, наприклад, щоб припинилася кровотеча, піднявся рівень гемоглобіну чи кількість лейкоцитів. Про кожен таку маленьку перемогу слід одразу інформувати жінку, і незначні, на перший погляд, події — покращання аналізу крові чи припинення кровотечі — сприйматимуться хворою як добра прогностична ознака і вселятимуть надію на краще.

Неправда, що хворі на рак, знаючи про свою хворобу, стають байдужими і втрачають віру в одужання. Якщо таке трапляється, це свідчить про погану роботу лікаря та фельдшерів, акушерок. Хворі вірять в можливість одужання завжди, до самого кінця. Вони ладні повірити навіть в чудо, тому інколи вдаються до послуг знахарів та інших сумнівних цілителів, до найрізноманітніших неперевіраних і навіть ризикованих методів лікування.

Рятівна властивість людської психіки заперечує можливість близької смерті для себе самого. Завжди присутня думка: «Таке може трапитись будь з ким, тільки не зі мною. Обов'язково станеться щось таке, що мене врятує!» Цю думку треба підтримувати у хворої якнайдовше, пам'ятаючи безсмертні слова, які вимовив великий гуманіст лікар В. Даль біля ліжка вмираючого Пушкіна: «Spiro. Spero» («Дихаю. Сподіваюсь»).

### Література

1. *Хміль С.В.* Гінекологія: підручник. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2006.
2. *Грищенко В.І., Щербини М.О.* Гінекологія: підручник. — К.: Медицина, 2007.
3. *Назарова І.Б., Пісарєв А.А., Михайлов О.В.* Медсестринство в гінекології: навч. посіб. — К.: Медицина, 2010. — 248 с.
4. *Степанківська О.В., Щербина М.О.* Гінекологія: підручник. — К.: Здоров'я, 2010.
5. *Хохліч Т.І.* Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000. — 200 с.