

**Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»**



«Затверджено»
на засіданні кафедри онкології
завідувач кафедри онкології
д.мед.н., професор Баштан В.П.

«___» _____ 2018р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	<i>Онкологія</i>
<i>Модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Змістовий модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Тема заняття</i>	Рак яєчників
<i>Курс</i>	<i>IV</i>
<i>Факультет</i>	<i>Стоматологічний</i>

Полтава - 2018

ТЕМА: РАК ЯЄЧНИКІВ (РЯ)

1. Актуальність теми.

Рак яєчників (РЯ) є найбільш злоякісною пухлиною жіночих статевих органів. В останні роки спостерігається ріст захворюваності по цій патології.

Серед злоякісних пухлин органів репродуктивної системи – злоякісні пухлини яєчників знаходяться на четвертому місці після раку молочної залози, раку шийки та тіла матки і становлять 15 – 20 % усіх пухлин геніталій. Пухлини яєчників можуть розвиватись у жінок будь-якого віку, навіть у дівчат, але найчастіше виникають у віці 40 – 50 років. У зв'язку з безсимптомним протіканням процесу пухлина діагностується у 65 – 70 % хворих у III – IV стадії. Тому великого значення набувають заходи по профілактиці та ранньому виявленню раку яєчників.

Досить часто трапляються діагностичні помилки. Частина хворих оперується з діагнозом: “пупкова грижа”, “апендицит” та інші. Під час операції діагностується рак яєчників. Терапевти невиправдано довго лікують хворих з діагнозом “гепатохолецистит”, “ентероколіт”, “цироз печінки”, “ексудативний плеврит”. Після консультації онколога встановлюється діагноз: “рак яєчників”. При цьому час згаяно і пухлина виявляється в III – IV стадії. Все це свідчить про обов'язкове знання цієї патології лікарями всіх фахів.

2. Конкретні навчальні цілі:

Знати:

- етіологію і патогенез РЯ;
- епідеміологію та сучасні показники захворюваності на РЯ;
- гістологічну класифікацію РЯ;
- клінічну класифікацію РЯ;
- клініку та обов'язкові методи обстеження хворих на РЯ;
- основні методи лікування хворих на РЯ;
- основні групи протипухлинних препаратів (цитостатиків), які використовуються при лікуванні хворих на РЯ;
- групи ризику.

Вміти:

- визначити стадію розповсюдження пухлинного процесу;
- провести загальне об'єктивне та спеціальне гінекологічне обстеження хворих;
- визначити значення та необхідність додаткових методів обстеження хворих на РЯ (пункція заднього склепіння, парацентез, забір матеріалу для цитологічного дослідження, рентгенологічне, ендоскопічне, ультразвукове дослідження, радіоізотопне обстеження та інші);
- провести диференційну діагностику кісти, кістоми та РЯ при гінекологічному обстеженні;
- призначити індивідуальне лікування хворих на РЯ в залежності від стадії пухлинного процесу, загального стану хворих та віку;

- призначити профілактичні заходи по боротьбі з цими пухлинами.

3. Базові знання, вміння, навички необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Дисципліни	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомію яєчника, кровопостачання та шлях відтоку лімфи.	Правильно розуміти етіологію захворювання, патогенетичного пояснення клінічних проявів і профілактичних заходів. Визначити прогноз захворювання в залежності від гістоструктури пухлини. Пальпація, перкусія, огляд у дзеркалах, бімануальне дослідження. Передпухлинні захворювання. Призначити курс поліхіміотерапії.
Гістологія	Гістологічну структуру яєчника, різноманітність доброякісних та злоякісних пухлин, що зумовлено множинними джерелами їх виникнення.	
Хірургія	Принципи хірургічного втручання, обсяг втручань.	
Патологічна анатомія	Гістологічну структуру яєчника, різноманітність доброякісних та злоякісних пухлин, що зумовлено множинними джерелами їх виникнення.	
Загальна фізіологія	Функції ендокринної, імунної, нервової систем, функції печінки, нирок.	
Патологічна фізіологія	Функції ендокринної, імунної, нервової систем, функції печінки, нирок.	
Терапія	Методи загального обстеження хворих.	
Гінекологія	Методи гінекологічного обстеження жінок.	
Фармакологія та фармакотерапія	Знання з груп протипухлинних препаратів та механізмом їх дії на пухлину та організм людини взагалі.	

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик які повинен знати студент.

Термінологія

Українська мова	Російська мова	Латинська мова
Рак яєчників	Рак яєчника	Cancer ovarii
Кістома яєчника	Кистома яєчника	Cistoma ovarii
Черевна порожнина	Брюшная полость	Abdomen cavity

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

4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Анатомія яєчників.
2. Кровопостачання, лімфовідтік.
3. Гістологічні структури пухлин яєчників.
4. Об'єм обстежень хворих на РЯ.
5. Куди найчастіше метастазує РЯ.
6. Основні методи лікування РЯ.
7. Поліхіміотерапія хворих на РЯ.
8. Прогноз.
9. Реабілітація.
10. Профілактика.

4.3. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно засвоїти на практичному занятті:

1. Огляд шийки матки, піхви, зовнішніх статевих органів (це міста де можуть бути метастази).
2. Бімануальне – піхвове обстеження.
3. Ректальне обстеження.
4. Пункція заднього склепіння збір матеріалу для цитологічного дослідження.
5. Фракційне вишкрібання матки (порожнини матки та окремо цервікального каналу).
6. Біопсія пухлинного вузла піхви або лімфатичних вузлів здухвинній ділянці.
7. УЗД матки та її придатків.

Професійні алгоритми щодо оволодіння навичками та вміннями

Диференційна діагностика раку яєчників та інших пухлиноподібних утворів

Ознаки	Кіста	Кістома			
		Серозна	Муцинозна	Первинний	Вторинний
Величина	Не більше 10см	У середньому 15-20см	Різна, іноді гігантська	Невелика, іноді яєчники звичайних розмірів	Велика, іноді яєчники гігантських розмірів
Форма	Овоїдна	Округла	Неправильно-округла	Без чіткої форми	Різна
Структура	Тонкостінна, однокамерна	Товстостінна, одно- або багатокамерна	Тонкостінна, багато-камерна	Солідна, щільна	Неоднорідна, кистозна
Консистенція	М'яко-еластична	Туго-еластична	Туго-еластична, тістувата	Солідна, щільна, горбиста	Щільна, горбиста
Поверхня	Гладка	Гладка	Велико-хвиляста	Горбисто-зерниста	Частково гладка, частково горбиста
Локалізація	Збоку й попереду від матки	Збоку й позаду від матки	Збоку й позаду від матки	Збоку й позаду від матки	Збоку й попереду від матки
Рухливість	Збережена	Збережена, можливий перекут		Обмежено рухливість	
Болісність	Болісність	Безболісна, Біль можливий у зв'язку з перекутом		Малоболісна. Біль можливий у зв'язку з перекутом	
Асцит	Немає	Іноді	При розриві	Дуже часто	Часто

Зміст теми.

А. Патологічна анатомія.

У жодному органі людини не існує такої гістологічної різноманітності доброякісних та злоякісних пухлин, як у яєчниках. Такий стан зумовлений множинними джерелами їх виникнення. М.Ф. Глазунов виділив 18 джерел, із яких можуть виникнути пухлини яєчників.

1973 року Всесвітня організація охорони здоров'я запропонувала гістологічну класифікацію пухлин яєчників:

I. Епітеліальні

1. Серозні:
 - а) на межі (потенційно злоякісні);
 - б) злоякісні.
2. Муцинозні:
 - а) на межі (потенційно злоякісні);
 - б) злоякісні.
3. Ендо метріюїдні:
 - а) на межі (потенційно злоякісні);
 - б) злоякісні.
4. Мезонефроїдні:
 - а) на межі (потенційно злоякісні);
 - б) злоякісні.
5. Пухлини Бренера:
 - а) на межі (потенційно злоякісні);
 - б) злоякісні.
6. Змішані епітеліальні пухлини:
 - а) на межі (потенційно злоякісні);
 - б) злоякісні.
7. Недиференційовані карциноми.
8. Некласифіковані епітеліальні пухлини.

II. Пухлини строми статевого тяжа

1. Гранульозо-стромальноклітинні пухлини.
2. Андробластоми.
3. Гонандобластоми.
4. Некласифіковані пухлини строми статевого тяжа.

III. Ліпідно-клітинні пухлини.

III. Герміногенні пухлини.

IV. Гонадобластоми.

V. Пухлини м'яких тканин, неспецифічних для яєчника.

VI. Некласифіковані пухлини.

VII. Метастатичні пухлини.

VIII. Зміни пухлиноподібні.

За формою росту злоякісні пухлини яєчників є: **екзофітні** (евертуючі) та **ендофітні** (інвертуючі). Спостерігаються також змішані форми пухлини.

Епідеміологія.

Злоякісні пухлини яєчників складають до 20% всіх злоякісних новоутворень жіночих статевих органів. В середньому щорічно реєструється навколо 15 нових випадків РЯ на 100 000 тис. жіночого населення.

Захворюваність та смертність від раку яєчників спостерігається у багатьох країнах Європи, США, Сингапурі, Японії, Англії, Іспанії. У Полтавській області за останні роки захворюваність РЯ складає 15,8 (по Україні 15,0) на 100 000 населення. Занедбані стадії РЯ III – IV ст 56,7% (Україна 38,9%).

Етіологія.

1. Гормональна теорія. Останнім часом рак яєчників відносять до гормонозалежних пухлин. Це стає зрозумілим, якщо брати до уваги, що яєчники є основним органом секреції статевих гормонів, а їх діяльність регулюється гіпоталамо-гіпофізарною системою.

Епідеміологічні дослідження при раку яєчника дали змогу виявити у хворих ряд порушень менструальної та репродуктивної функцій: рання менархе, рання або пізня менопауза, зниження дітородної функції. Найчастіше рак яєчника виникає безпосередньо до або після менопаузи. Доказом гормонозалежності раку є часті гіперпластичні процеси ендометрію у хворих цією формою раку. Роль ендокринно-обмінних порушень у патогенезі цього захворювання підтверджується частим розвитком первинно-множинних пухлин з локалізацією в ендометрії та молочних залозах. Треба вважати, що на розвиток раку яєчника впливає порушення функції яєчників, точніше овуляції.

2. Запальна теорія. Пухлини яєчників нерідко виникають у пацієнтів, які хворіли запаленнями придатків матки довгий час лікували аднекстумори запального генезу.

3. Травматична теорія. У виникненні РЯ мають значення операції, які перенесли хворі у минулому, з приводу фіброміом матки, кістом яєчників, під час яких виконувались ті, чи інші втручання на яєчниках.

Останній час вивчається питання значення спадкоємності у виникненні злоякісних пухлин яєчників. Встановлено, що можливості виникнення таких пухлин у дітей та онуків хворих, що перенесли РЯ більше ніж у загальній популяції людей.

Класифікація раків яєчників
(код МКХ – О С56) за системою TNM (5 – е видання, 1997 рік) та FIGO
TNM Клінічна класифікація
T – Первинна пухлина

Категорія TNM	Стадії FIGO	Опис ознак
T _x		Не досить даних для оцінки первинної пухлини.
T ₀		Первинна пухлина не визначається.
T ₁	I	Ріст пухлини обмежений тільки яєчниками.
T _{1a}	IA	Пухлина уражає один яєчник, капсула інтактна, відсутні ознаки пухлини на зовнішній поверхні яєчника, в асцитичній рідині чи змивах з очередини відсутні злоякісні клітини.
T _{1b}	IB	Пухлина уражає обидва яєчники, капсула інтактна, відсутні ознаки пухлини на зовнішній поверхні яєчника, в асцитичній рідині чи змивах з очередини відсутні злоякісні клітини.
T _{1c}	IC	Пухлина обмежена одним або двома яєчниками з будь-якою з таких характеристик: розрив капсули, ознаки пухлини на поверхні одного або обох яєчників, наявність злоякісних клітин в асцитичній рідині чи змивах з очередини.
T ₂	II	Пухлина захоплює один або обидва яєчники з поширенням на стінки таза.
T _{2a}	IIA	Поширення і/або метастазування в матку і/або одну чи обидві труби, в асцитичній рідині чи змивах з очередини відсутні злоякісні клітини.
T _{2b}	IIB	Поширення на інші органи таза, в асцитичній рідині чи змивах з очередини відсутні злоякісні клітини.
T _{2c}	IIC	Поширення на таз (2a або 2b), але з наявністю злоякісних клітин в асцитичній рідині чи змивах з очередини.
T ₃ і/або N ₁	III	Пухлина захоплює один або обидва яєчники з мікроскопічно підтвердженими метастазами поза тазом і/або ураження регіонарних лімфатичних лімфовузлів.
T _{3a}	IIIA	Мікроскопічні перитонеальні метастази поза межами таза.
T _{3b}	IIIB	Макроскопічні перитонеальні метастази поза межами таза, жоден з них не перевищує 2 см у найбільшому вимірі.
T _{3c} і/або N ₁	IIIC	Перитонеальні метастази поза межами таза, розмірами понад 2 см у найбільшому вимірі і/або метастази в регіонарні лімфовузли.
M ₁	IV	Віддалені метастази (за виключенням перитонеальних метастазів).

Примітка:

Метастази в капсулу печінки належать до T₃ (стадії III), паренхімальні печінкові метастази – до M₁ (стадії IV). Якщо є плевральний випіт, то необхідне цитологічне підтвердження для зарахування випадку до M₁ (стадія IV).

N – Регіональні лімфатичні вузли

N_x – Не досить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

N₀ – Немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

N₁ – Наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах

M – Віддалені метастази

M_x – Не досить даних для визначення віддалених метастазів

M₀ – Віддалені метастази не визначаються

M₁ – Наявні віддалені метастази

pTNM Патоморфологічна класифікація

Категорії pT, pN, pM відповідають категоріям T, N та M.

pN₀ – Матеріал для гістологічного дослідження після тазової лімфаденектомії повинен включати не менше 10 лімфатичних вузлів.

G – Гістопатологічна градація

G_x – Ступінь диференціації не може бути визначений

G_b – Погранична злоякісність

G₁ – Високий ступінь диференціації

G₂ – Середній ступінь диференціації

G₃₋₄ – Низький ступінь диференціації або недиференційована пухлина

Групування за стадіями

Стадія IA	T _{1a}	N ₀	M ₀
Стадія IB	T _{1b}	N ₀	M ₀
Стадія IC	T _{1c}	N ₀	M ₀
Стадія IIA	T _{2a}	N ₀	M ₀
Стадія IIB	T _{2b}	N ₀	M ₀
Стадія IIC	T _{2c}	N ₀	M ₀
Стадія IIIA	T _{3a}	N ₀	M ₀
Стадія IIIB	T _{3b}	N ₀	M ₀
Стадія IIIC	T _{3c}	N ₀	M ₀
	будь-яке T	N ₁	M ₀
Стадія IV	будь-яке T	будь-яке N	M ₁

Клініка.

Рак яєчників характеризується відсутністю специфічних скарг. Гормоноактивні пухлини можуть виявлятися розладами менструації. Інколи у хворой збільшується об'єм живота. На початкових стадіях з'являються неясні відчуття важкості внизу живота або на періодичні болі в животі, що захоплюють епігастрій і підребер'я. У хворих виникають відчуття дискомфорту з боку шлунково-кишкового тракту, нудота, втрата апетиту, здуття, запори або проноси, часті позиви на сечовиділення та олігурія. Ці симптоми раку яєчника інколи дають основу помилково запідозрити у хворой інше захворювання черевної порожнини (гастрит, коліт, холецистит, апендицит чи защемлену грижу). При розростанні пухлини симптоми стають більш виражені, додаються загальна втома, відмова від їжі, біль стає інтенсивнішим, а то й постійним, додаються симптоми часткової низької чи високої непрохідності кишківника. При вираженому асциті, зокрема гідротораксі, з'являється задишка. Додаються субфебрилітет та втрата маси тіла.

- При первинному раці яєчників немає попередніх кістозних змін. Звичайно такі пухлини низькодиференційовані, малих розмірів, мають вигляд "просоподібних розростань", "ягід шовковиці", діагностувати їх дуже важко.
- Вторинний рак яєчників розвивається шляхом малігнізації внутрішнього шару кістоми. Пухлини можуть бути одно- і багатоокамерними, досягати значних розмірів, неоднорідної щільності.
- Метастатичний рак яєчників - це найчастіше метастази в яєчники при раці шлунка (рак Крукенберга), раці молочної залози та ін.

Діагностика.

1. Гінекологічні дослідження:
 - а) пункція заднього склепіння або пункція черевної порожнини;
 - б) забір мазків з шийки матки, цервікального каналу, порожнини матки для цитологічного дослідження;
 - в) зішкріб порожнини матки;
 - г) парацентез.
2. Рентгенологічні дослідження:
 - а) рентгенодослідження легень (переважно рентгенографія);
 - б) рентгеноскопія шлунку і кишківника;
 - в) іригоскопія;
 - г) внутрішньовенна урографія (по показниках).
3. Ендоскопічні дослідження (в деяких випадках, де це можливо, бажано замінити рентгенологічні дослідження ендоскопічними):
 - а) фіброгастроскопія;
 - б) фіброколоноскопія;
 - в) лапароскопія;
 - г) цистоскопія;
 - д) ректороманоскопія;
 - е) кульдоскопія.

4. Інші методи діагностики:

- а) ультразвукове дослідження печінки та органів малого тазу;
- б) термографія;
- в) радіоізотопні дослідження та інше;
- г) комп'ютерна томографія.

Диференційний діагноз.

- 1. Доброякісні пухлини яєчників (кісти та кістоми).
- 2. Хронічне запалення яєчників (аднекстумор).
- 3. Недиференційована фібріома матки.
- 4. Рак тіла матки з метастазами в яєчники.

Лікування.

Лікування хворих раком яєчників повинно бути комплексним і послідовним в залежності від стадії поширення пухлинного процесу.

Основні компоненти комплексного лікування:

- 1. Хірургічне втручання.
- 2. Хіміотерапія.
- 3. Гормонотерапія.
- 4. Променева терапія.
- 5. Імунотерапія.
- 6. Загальноукріплююче лікування.
- 7. Відновне лікування.

При I та II стадіях раку яєчників, а також при туморозній формі раку лікування починають з операційного втручання. Об'єм операції залежить від характеру пухлини і ступеню її поширення. Радикальною операцією для даної патології вважається: екстирпація матки або надпівхова ампутація матки з придатками і резекція сальника. В черевній порожнині залишається поліетиленова трубка для введення хіміопрепаратів. В останні роки віддається перевага екстирпації матки, а не надпівховій ампутації, враховуючи можливість полінеоплазії.

Лікування III та IV стадії раку яєчників – циторедуктивна операція (екстирпація або надпівхова ампутація матки з додатками, оментектомія, видалення, по можливості, всіх інших осередків пухлини: в черевній порожнині, за очеревинному просторі, лімфатичних вузлах) → 6 курсів хіміотерапії I лінії. Наявність пухлинного плевриту не міняє тактику лікування. У хворих з нерезектабельними пухлинами, метастазами в печінку, легені, надключичні лімфовузли, при масивному ураженні середостіння, наявності асцитів – неoad'ютивна хіміотерапія 2-3 курси з наступним вирішенням питання щодо операції.

Групи ризику по раку яєчників.

- 1. Хворі, раніше оперовані з приводу доброякісних пухлин або пухлиноподібних процесів яєчників, яким проводилась резекція або видалення одного з яєчників.

2. Хворі раніше оперовані з приводу фіброміоми матки з залишенням одного або обох яєчників.
3. Хворі, які лікувалися з приводу раку молочної залози.
4. Хворі з хронічним запаленням придатків матки, особливо при наявності так званих аднекстуморів.
5. Обтяжений сімейний анамнез.
6. Хворі, які довгий час були під наглядом з приводу малосимптомних фіброміом матки.
7. Жінки з порушенням менструальної функції на протязі довгого часу у вигляді мено- і метрорагії, аменореї, первинним і повторним безпліддям гормональної етіології, з ранніми ознаками клімаксу.

Матеріали для самоконтролю.

А. Питання для самоконтролю.

1. Перелічіть етіологічні фактори РЯ.
2. Які клінічні симптоми у хворих на РЯ.
3. Клінічна класифікація РЯ.
4. Назвіть додаткові методи обстеження хворих на РЯ.
5. Роль УЗД у ранній діагностиці РЯ.
6. Що таке парацентез?
7. Обсяги хірургічного втручання у хворих на РЯ. Назвіть класичну операцію при цій патології та авторів, що її запропонували.
8. Комбіноване лікування хворих.
9. Роль хіміотерапії у хворих на РЯ. Групи протипухлинних препаратів. Ефективність лікування та його ускладнення.

Рекомендована література:

а) Основна

1. Онкологія. За ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабаш'яна, П.В. Шелешка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 313 с.
2. Онкологія. За ред. Б.Т. Білінського, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика. – Київ: Здоров'я, 2004. – 527 с.
3. Галайчук І.Й. Клінічна онкологія. Частина І: Посібник. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2003. – 276 с.
4. Онкологія. За ред. І.Б.Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
5. Лекції з клінічної онкології. Том 1. (Пухлини травного тракту). Учебний

посібник для студентів 5-6 курсів, інтернів та сімейних лікарів. За редакцією академіка АМН України професора Бондаря Г.В. – Донецьк: ООО «Норд Комп'ютер», - 2006. – 255 с.

б) Додаткова

1. Вибрані лекції з клінічної онкології. За ред. проф. Г.В.Бондаря і проф. С.В.Антіпової. Луганськ, 2009.
2. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» від 17.09. 2007 № 554. - 199 с.
3. Я.В.Бохман. Руководство по онкогинекологии. Ленінград, "Медицина", 1989г.
4. Онкогинекология: Руководство для врачей. / Под ред. З.Ш. Гилязутдиновой и М.К. Михайлова. – М.: Медпресс, 2000. – 384 с.

в) Методична

- В.Є. Мілерян. - Методичні основи підготовки проведення навчальних занять в медичних вузах (методичний посібник).- Київ, Хрещатик. – 2003. – 80с.**5.**

Б. Тести поточного рівня знань по темі: “Рак яєчників” (РЯ).

- I. Виберіть пухлину яєчників, яка чутлива до променевої терапії, що зустрічається у дітей та у молодому віці:
1. Текома.
 2. Фіброма яєчника.
 3. Тератобластома.
 4. Гранулезоклітинна пухлина.
 5. Дисгермінома.
- II. Виберіть пухлину яєчника, яка найбільш часто зустрічається у періоді постменопаузи, та виявляється естрогенною активністю:
1. Муциозна кістома.
 2. Текома.
 3. дисгермінома;
 4. лютеома;
 5. цистаденокарцинома.
- III. При лапароскопія у хворой знайдена злоякісна пухлина яєчників з високим ступенем диференціювання, вийшла за межу одного яєчника, пошкоджує другий, матку та одну трубу, є асцит. Визначте, до якої стадії по системі TNN вона відноситься.
1. $T_2N_xM_1G_1$
 2. $T_2N_1M_1G_2$
 3. $T_3N_1M_1G_1$
 4. $T_3N_xM_1G_2$
 5. $T_3N_xM_0G_1$
- IV. В цій ситуації виберіть обсяг оперативного втручання:
1. надпівхова ампутація матки з придатками;
 2. екстирпація матки з придатками;
 3. розширена екстирпація матки з придатками по типу Вертгейма;
 4. пробна лапаротомія;
 5. екстирпація матки з придатками + резекція великого сальника.
- V. Другим по частоті клінічним симптомом, прогресуючої пухлини яєчників на перших етапах є:
1. порушення менструальної функції;
 2. больові відчуття;
 3. порушення функції сусідніх органів;
 4. збільшення живота;
 5. патологічні виділення.

VI. У якому віці найбільш часто зустрічається РЯ?

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

VII. Яка гістологічна структура найбільш характерна для раку яєчників?

1. плоскоклітинний рак;
2. залозистий рак;
3. залозисто – сосочковий рак;
4. скір;
5. дрібноклітинний рак.

VIII. Найбільш характерні скарги у хворих на РЯ?

1. нудота, блювота;
2. кровотеча;
3. нелокалізовані болі, внизу живота, слабкість;
4. біль у епігастрії;
5. дизуричні проблеми.

IX. Найбільш поширені фактори ризику у виникненні РЯ?

1. часті роди, аборти;
2. хірургічні втручання на яєчниках з приводу кіст;
3. порушення менструальної функції;
4. вірусне інфікування піхви;
5. хронічні запальні захворювання геніталій.

X. Який вид комбінованого лікування застосовується у хворих на РЯ?

1. операція та променева терапія;
2. хіміотерапія та променева терапія;
3. операція та хіміотерапія;
4. гормоно – хіміотерапія;
5. операція та гормонотерапія.

В. Ситуаційні задачі для самоконтролю.

Задача №1.

У жінки 40 років, яка не мала ніяких скарг при профогляді, у малому тазі виявлено рухоме утворення еластичної консистенції розміром 10х10 см. З боку інших органів і систем патології не виявлено. Попередній діагноз. План обстеження.

Задача №2.

Жінка 50 років промацала в своєму животі пухлину. В останні 6 місяців помічала збільшення живота і тяжкість після прийняття їжі. При огляді гінекологом у черевній порожнині виявлена велика пухлина розміром 20х25 см, обмежено рухома, щільної консистенції. Вільної рідини в черевній порожнині немає. Периферійні лімфовузли і печінка не збільшені. При вагінальному дослідженні матка чітко не визначається, очеревина заглиблення Дугласа гладенька, ректовагінальна перегородка вільна. Попередній діагноз. План обстеження.

Задача №3.

Жінка 59 років скаржиться на незначну біль в животі, кволість, швидку втомлюваність. Об'єктивно: блідість, схуднення, живіт збільшений. В ділянці пупка - щільне утворення розміром 1х2 см., яке з'явилося близько 6 місяців тому і розцінювалось, як пупкова грижа. При дослідженні піхви: матка знаходиться в пухлинному конгломераті, який у лівій половині малого таза нерухомий, помірно болючий. Очеревина Дугласового заглиблення горбкувата. Попередній діагноз. Додаткове дослідження. План лікування.

Задача №4.

Жінку 55 років турбує задиха, кволість, збільшення живота. При фізикальному і рентгенологічному обстеженні терапевтом виявлена вільна рідина в черевній і правій плевральній порожнині. При гінекологічному огляді: у малому тазі виявлена рухома щільна пухлина 8х3 см. Очеревина Дугласового простору гладенька. План додаткового обстеження. Діагноз. План лікування.

Задача №5.

У хворої 50 років клінічно виявлено рак правого яєчника, пухлина розміщена праворуч і позаду від матки, щільна, горбкувата, зпаяна з маткою. При пункційній біопсії знайдені клітини злоякісної пухлини. План лікування. Обсяг оперативного втручання.

Задача № 6.

Хворій, що прооперована з приводу раку яєчника II стадії, призначена хіміотерапія. Препарати і схеми лікування.

Задача № 7.

Жінка 60 років скаржиться на відчуття тяжкості після їжі, задиху, кволість. При обстеженні: хвора бліда, зниженої вгодованості, живіт збільшений, у нижньому відділі вільна рідина, а над лобковою ділянкою пальпується нерухома щільна пухлина розміром 8x10 см. Ще одне щільне утворення у вигляді конгломерату пальпується в епігастральній ділянці. Під час вагінального дослідження пальпується щільне нерухоме утворення, матка не контурується. Очеревина Дугласового заглиблення горбкувата. Рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту: шлунок відтиснений догори, деформована велика кривизна, слизова його не змінена. У асцитичній рідині під час пункції знайдені клітини аденокарциноми. Діагноз. План лікування.

Задача № 8.

Жінка 49 років скаржиться на помірні біль в животі, закрепи. При обстеженні в малому тазі праворуч виявлена нерухома різномірної консистенції пухлина, розміром 8x10 см, у ректовагінальній перегородці, нерухомий вузол розмірами 6x6 см, слизова прямої кишки над цим вузлом зміщується. Попередній діагноз. План лікування. Прогноз.

Задача № 9.

У хворої 52 років проведена нерадикальна операція з приводу раку яєчника III стадії. з асцитом, після чого їй призначена хіміотерапія. Чи правильна лікувальна тактика? Чи потрібна хворій променева терапія, гормонотерапія ?

Задача № 10.

Жінка 18 років скаржиться на збільшення живота, нудоту, звернулась у жіночу консультацію, де встановили вагітність. Під час повторного огляду через 2 місяці в лівій надключичній ділянці виявлено вузол 3x3 см, у черевній порожнині - пухлина до рівня пупка, вільна рідина. В асцитичній рідині - клітини злоякісної пухлини. Поставлено діагноз - рак яєчника IV стадії з Вірховським метастазом. План лікування.