

Фактори ризику раку яєчників

1. Вік старше 55 років
2. Раннє менархе
3. Пізнє менархе
4. Відсутність статевого життя
5. Первинне безпліддя – 50% РЯ лікуються від безпліддя
6. Жінки, в анамнезі яких оперативні втручання на яєчниках
7. Ановуляторні маткові кровотечі при менопаузі
8. Рання менопауза – до 45 років
9. Пізня менопауза – після 50 років
10. Генітальний ендометріоз
11. Естрогенний тип кольпоцитологічної реакції в постменопаузі
12. В анамнезі рак органів репродуктивної системи
13. Обтяжений онкоанамнез
14. Хронічні запально-гнійні процеси додатків, що не підлягають консервативній терапії
15. Множинні вузли фіброми матки
16. Жінки з рецидивуючими кистами чи кистомами
17. Ріст рівня онкомаркера СА-125 в динаміці

Клініка.

У більшості випадків клінічна симптоматика злоякісних пухлин яєчників на ранніх стадіях дуже схожа з картиною доброякісних пухлин. Невеликі, рухливі пухлини виявляються випадково, не викликаючи ніяких суб'єктивних відчуттів. Менструальний цикл зазвичай не порушений навіть при двосторонньому ураженні яєчників. Лише тоді, коли пухлина досягає великих розмірів і починає тиснути на сусідні органи, з'являються скарги та почуття повноти й тиску в нижніх відділах живота, запори, утруднене сечовипускання, а також на болі. Здавлення вен тазу викликає набряки ніг і тромбози.

Одним із частих ускладнень при рухливих пухлинах яєчника є перекрути її ніжки, що викликає картину гострого живота (сильні болі, нудота, блювота, частий пульс, нерідко колапс). У випадках розриву кістозної пухлини вміст її виливається в черевну порожнину. При нагноївшійся кісті це веде до перитоніту. Розрив псевдомуцинозної кісти може викликати утворення множинних, вражаючих всю черевну порожнину слизових кист (псевдоміксоматоз очеревини), а розрив злоякісної папілярної цистаденоми призводить до дисемінації процесу по очеревині.

Обстеження включає:

- гінекологічний ректовагінальний огляд;
- УЗД органів черевної порожнини, органів малого тазу;
- гістологічне дослідження матеріалу, отриманого при діагностичному вишкрібанні порожнини матки і цервікального каналу;
- рентгенологічне дослідження органів грудної клітки;
- обстеження органів ШКТ з метою виключити метастатичний характер уражених яєчників (ФГДС або рентгенологічне дослідження шлунка, колоноскопія або ірігоскопія);
- цистоскопія;
- комп'ютерна томографія чи МРТ (у випадках проблеми при визначенні поширення процесу за результатами УЗД і інших методів);
- хворим до 30 років необхідно визначити бета-хоріонічний гонадотропін і альфа-фетопротеїн.
- Лапароцентез з цитологічним дослідженням асцитичної рідини при вираженому асциті.

Обов'язкові наступні лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові з визначенням лейкоцитарної формули і кількості тромбоцитів;
- біохімічний аналіз крові, який включає визначення загального білка, сечовини, креатиніну, білірубіну, глюкози крові;
- визначення стану згортальної системи крові (коагулограма);
- загальний аналіз сечі;
- ЕКГ;
- серологічні дослідження крові (на RW, резус – фактор, групу крові, HbSAg);
- визначення рівня СА-125, HE-4, індекс ROMA, PEA, АФП.

Профілактика:

- лікування безпліддя і синдрому полікістозних яєчників;
- застосування комбінованих протизаплідних засобів, які містять естрогени і прогестерони протягом 5 років, знижує ризик виникнення раку яєчників;
- народження однієї дитини і більше, разом з годуванням грудьми, також знижує ризик виникнення РЯ;
- при наявності РЯ у кровних родичів і визначенні мутації в одному з двох генів BRCA1 чи BRCA2, можливе профілактичне видалення матки з додатками, що на 95% знижує ризик виникнення раку яєчників;

У постопераційному періоді пацієнтки потрібно систематичне спостереження у гінеколога-онколога, попередження розвитку посткастраційного синдрому. У профілактиці РЯ суттєва роль відводиться своєчасно виявлення доброякісних пухлин залоз, онкопрофілактичним оглядам, зниженню впливу несприятливих факторів.