**Красиленко Дмитро Миколайович. Рак маткової труби: особливості клінічного перебігу та лікування : Дис... канд. мед. наук: 14.01.07 / АМН України; Інститут онкології. — К., 2006. — 194арк. : рис., табл. — Бібліогр.: арк. 179-194**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Красиленко Д.М. Рак маткової труби: особливості клінічного перебігу та лікування. - Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.07 – онкологія.- Інститут онкології АМН України, Київ, 2006.  Мета дослідження полягала в підвищенні ефективності лікування хворих на рак маткової труби шляхом вдосконалення клінічної і морфологічної діагностики та оптимізації методів лікування з урахуванням варіантів клінічного перебігу захворювання.  Визначені клініко-морфологічні диференційно-діагностичні ознаки ПРМТ і злоякісних тубооваріальних пухлин, що складають 0,5 % усіх онкологічних захворювань, 2,4 % - хворих на рак додатків матки. Рак маткової труби, асоційований з іншими злоякісними пухлинами статевих органів, виявлено в 15,7 %.Використання комплексу досліджень: цитологічного, морфологічного дослідження, трансвагінальної сонографії, онкомаркера СА-125 вдається встановити доопераційний діагноз лише в 12 % випадків. Клінічний перебіг раку маткової труби протікає по змішаному типу і залежить від ступеню залучення в пухлинний процес споріднених анатомічних структур, і може мати загальні ознаки раку тіла матки та раку яєчника. Розроблена схема комбінованої ад’ювантної поліхіміотерапії із застосуванням карбоплатини, етопозида та циклофосфана дозволяє досягти загального об’єктивного ефекту в 85 % випадків лікування хворих на первинний рак маткової труби, при досягненні 60 % повних клінічних ремісій, підвищення трьохрічної виживаності на 10,4 % та зниженні загальної токсичності. Оптимальним варіантом хірургічного втручання при первинному раку маткової труби є пангістеректомія з екстирпацією великого чепця; медіана виживаності хворих при цьому становить 23,3 міс. Визначені найбільш впливові фактори прогнозу, оцінені безпосередні та віддалені результати лікування хворих на первинний рак маткової труби та злоякісні тубооваріальні пухлини. | |
| |  | | --- | | 1. Визначені клініко-морфологічні диференційно-діагностичні ознаки первинного раку маткової труби і злоякісних тубооваріальних пухлин, що складають 0,5 % усіх онкологічних захворювань, 2,4 % - хворих на рак додатків матки. Рак маткової труби асоційований з іншими злоякісними пухлинами статевих органів виявлено в 15,7 %. 2. Клінічний перебіг раку маткової труби протікає по змішаному типу і залежить від ступеня залучення в пухлинний процес споріднених анатомічних структур та може мати загальні клінічні ознаки раку яєчника та раку тіла матки. Використання комплексу досліджень: цитологічного, морфологічного дослідження, трансвагінальної сонографії, онкомаркеру СА-125 дозволяє встановити доопераційний діагноз лише в 12 % випадків. 3. Урахування при диференційній діагностиці ознак септичного перебігу хвороби, довготривалої наявності внутрішньоматкової спіралі, результатів рентгенологічних та ультразвукових досліджень дозволяє встановити діагноз тазового інфільтрату запального генезу, а не злоякісного процесу. Проведення масивної протизапальної терапії запобігає застосуванню неадекватних хірургічних втручань. 4. Розроблена схема комбінованого лікування з використанням ад’ювантної поліхіміотерапії із застосуванням карбоплатини, етопозида та циклофосфана дозволяє досягти загального об’єктивного ефекту у 85 % хворих на первинний рак маткової труби при досягненні повної клінічної ремісії у 60% хворих, підвищення трьохрічної виживаності на 10,4 %. Лабораторний моніторинг хворих на первинний рак маткової труби (онкомаркер СА-125) дає змогу об’єктивно контролювати ефективність лікування. 5. Оптимальним варіантом хірургічного втручання при первинному раку маткової труби є пангістеректомія з екстирпацією великого чепця; медіана виживаності хворих при цьому становить 23,3 міс.; а для пацієнтів після надпіхвової ампутації матки з додатками та екстирпацією великого чепця – лише 16,6 міс. 6. Найбільш впливовими факторами прогнозу первинного раку маткової труби, окрім стадії пухлинного процесу є об’єм оперативного вручання, розмір залишкової пухлини та вік хворих. Медіана виживаності хворих на первинний рак маткової труби складає 22,3 міс. 7. Результати лікування та прогноз у хворих на злоякісні тубооваріальні пухлини значно гірші (медіана виживаності 17,4 міс.), ніж у хворих на рак маткової труби та рак яєчника, що обумовлено, залученням у пухлинний процес всіх трьох анатомічних структур (яєчник, маткова труба, ріг матки), тобто клінічно протікає по змішаному типу. Цим обґрунтовується необхідність застосування розширених об’ємів оперативного втручання та більш агресивних режимів хіміотерапії. | |