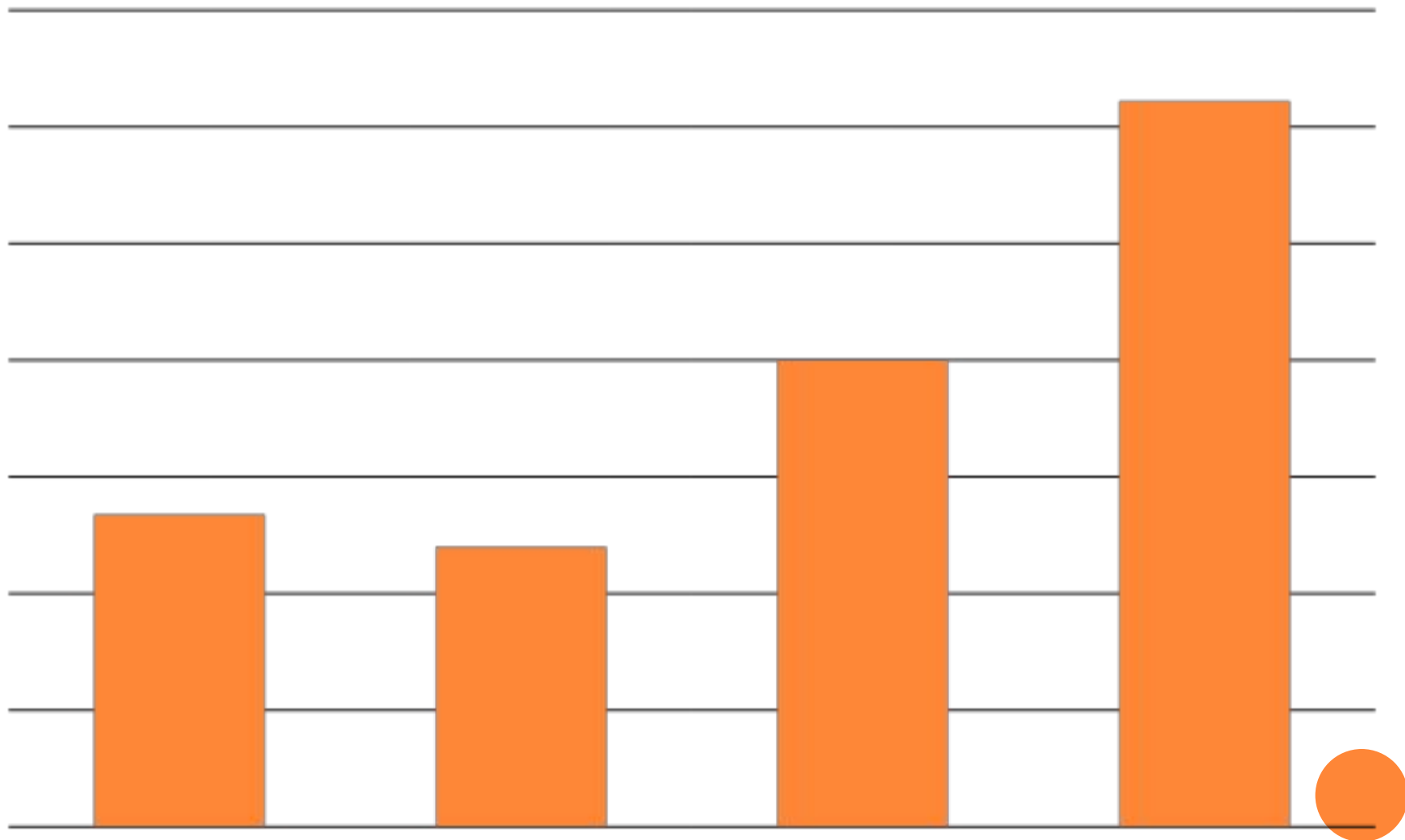


A woman with blonde hair, wearing a white floral dress, is sitting in a field of golden wheat. She is looking back over her shoulder towards the camera. The background is a clear blue sky with a few white clouds.

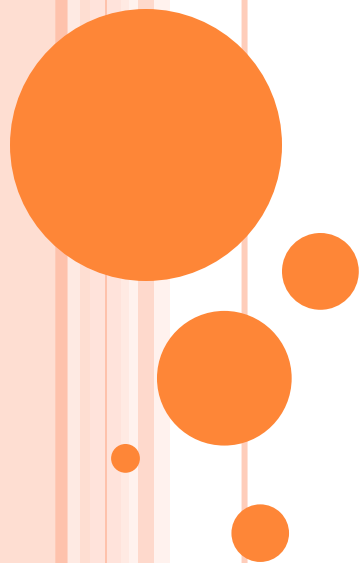
**ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ
МАТКИ.**

РАК ШЕЙКИ МАТКИ.

СМЕРТНОСТЬ ОТ РАКА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ



РАК ЭНДОМЕТРИЯ



Выделяют два патогенетических варианта рака эндометрия.

- При первом варианте на фоне предраковых заболеваний у женщин с гиперэстрогенным ановуляторным циклом, бесплодием, ожирением, диабетом, повышенным артериальным давлением развивается высокодифференцированный железистый рак, который часто сочетается с гиперплазией миометрия, феминизирующими опухолями яичников и синдромом склерокистозных яичников.
- При втором - отсутствуют эндокринно-обменные нарушения, наблюдается атрофия эндометрия в сочетании с фиброзом яичников, происходит развитие низкодифференцированного железисто-солидного и солидного рака.



Рак эндометрия чаще имеет вид экзофитной опухоли. Эндофитная и язвенно-инфильтративная формы встречаются реже. Локализуется рак преимущественно в области дна матки. При распространении опухоли поражаются миометрий, шейка матки.

Метастазирование рака эндометрия происходит в основном лимфатическим путем с поражением лимфатических узлов наружной подвздошной, общей подвздошной и аортальной групп. Поражение паховых и надключичных узлов наблюдается лишь в запущенных случаях. При расположении опухоли ближе к каналу шейки матки поражаются лимфатические узлы, расположенные около стенок малого таза в области подчревной артерии.



Стадия I — опухоль ограничена телом матки, 1) высокодифференцированная аденокарцинома; 2) дифференцированная аденокарцинома с зонами солидного строения; 3) преобладание структуры солидного строения или полностью недифференцированная карцинома.

Стадия II — опухоль распространяется на тело и шейку матки.

Стадия III — распространение опухоли на параметральную клетчатку таза или метастазы во влагалище.

Стадия IV — распространение процесса за пределы таза, прорастание мочевого пузыря и прямой кишки или наличие отдаленных метастазов.



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Жидкие, водянистые бели. В случае присоединения инфекции они приобретают зловонный запах. Иногда выделению белей предшествуют схваткообразные боли. Гнойные бели могут выделяться одновременно в большом количестве (пиометра) с примесью крови. Другим важным симптомом рака эндометрия являются кровянистые выделения в постменструальном периоде или ациклические кровотечения в молодом возрасте.

Боли являются поздним симптомом заболевания. По мере развития опухолевого процесса они принимают постоянный характер. Боли обычно бывают обусловлены вовлечением в патологический процесс серозного покрова матки, соседних органов или сдавлением нервных сплетений параметральным раковым инфильтратом.



ДИАГНОСТИКА

1. УЗИ органов малого таза
2. Решающее значение в диагностике рака эндометрия принадлежит полному диагностическому выскабливанию слизистой оболочки тела и канала шейки матки
3. Гистероскопия
4. КТ и МРТ органов малого таза с целью определения локализации опухоли, степени прорастания в соседние органы и наличия метастазов в региональные лимфоузлы




ЛЕЧЕНИЕ

Методы лечения рака тела матки зависят от возраста больной, ее состояния, характера опухоли и степени распространения патологического процесса. Применяют хирургические, комбинированные, сочетанные лучевые и гормональные методы терапии.

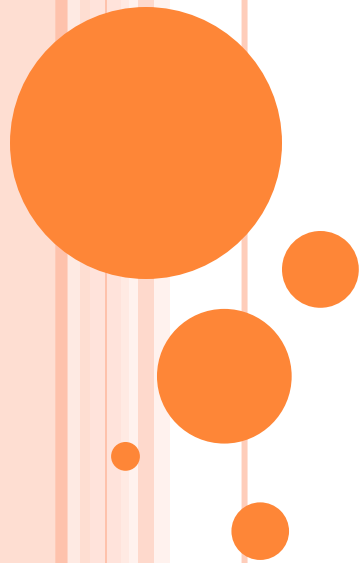
Хирургический метод лечения показан преимущественно при очаговом экзофитном росте высокодифференцированной опухоли с локализацией в области дна матки, без глубокой инвазии в ее стенки (до 1 см). В таких случаях производят удаление матки с придатками. При поражении раковой опухолью слизистой оболочки матки на значительном протяжении, а также при врастании ее в мышечный слой (обычно на глубину более 1 см) производят пангистерэктомию с последующей дистанционной гамма-терапией (комбинированное лечение).

При распространении опухолевого процесса на шейку матки, верхнюю треть влагалища и параметральную клетчатку показана сочетанная лучевая терапия. При этом виде лечения дистанцидную гамма-терапию комбинируют с внутрисполостным облучением.

Гормонотерапия может быть методом выбора при наличии противопоказаний к хирургическому или лучевому лечению. Вводят внутримышечно по 4 мл (500 мг) 12,5% раствора 17-ОПК ежедневно в течение 1½—2 мес, а в дальнейшем постепенно снижают дозу до 500 мг в неделю. Продолжительность введения препарата определяется индивидуально. Часто гормональный метод лечения комбинируют с хирургическим. Противоопухолевый эффект 17-ОПК связан с его непосредственным действием на первичную опухоль и метастазы. При раке эндометрия в стадии T4 лечение симптоматическое.



РАК ШЕЙКИ МАТКИ



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Рак шейки матки *по частоте* занимает второе место среди злокачественных опухолей женских половых органов (рак молочной железы – 1 место).

За последнее десятилетие выявлена *тенденция снижения заболеваемости* инвазивным раком шейки матки, что обусловлено:

1. Широким применением проф. осмотров, цитологического скрининга,
2. Своевременным лечением фоновых и предраковых заболеваний
3. Введением в структуру женских консультаций кабинетов по патологии шейки матки



Среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста патология шейки матки встречается в 10 – 15% случаев.

Рак шейки матки в настоящее время является самым часто встречающимся онкологическим заболеванием женских половых органов. Он составляет около 12% от числа всех злокачественных опухолей, выявляемых у женщин.



Фоновыми называются заболевания и изменения влагалищной части шейки матки, при которых сохраняется нормоплазия эпителия.

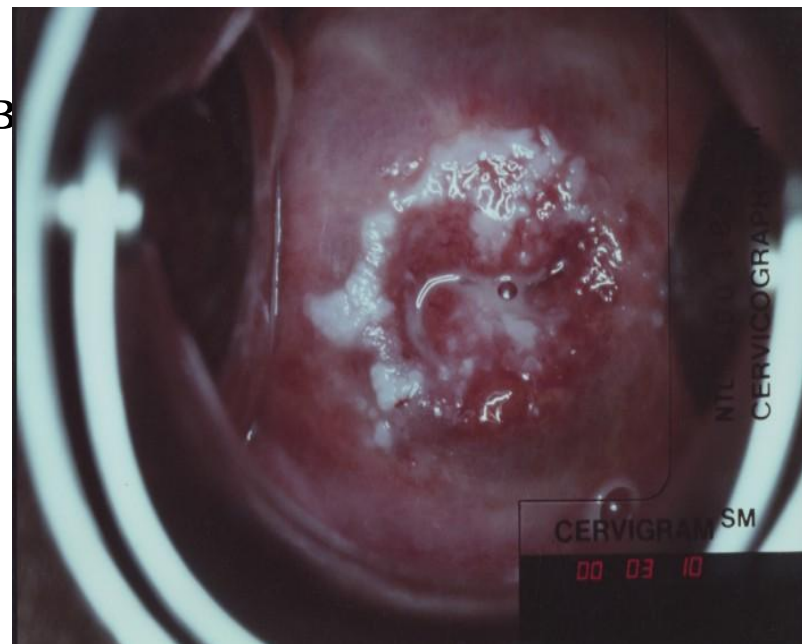
К таким заболеваниям относятся: псевдоэрозия (эктопия шейки матки), эктропион, полип, эндометриоз, лейкоплакия, эритроплакия, папиллома, истинная эрозия, цервициты.

К **предраковым** состояниям относят дисплазию эпителия – патологические процессы, при которых отмечается нарушение дифференцировки, созревания и отторжения эпителиальных клеток.



Факторы риска:

- Раннее менархе до 12 лет.
- Раннее начало половой жизни до 18 лет.
- Роды в возрасте до 20 и после 40 лет.
- Частые аборты в анамнезе.
- Частая смена половых партнеров
- Наличие папилломавирусной или герпетической инфекции.
- Курение.
- Отсутствие половой гигиены.
- Отягощенная наследственность.
- Иммунодефицитные состояния.



СТРОЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ

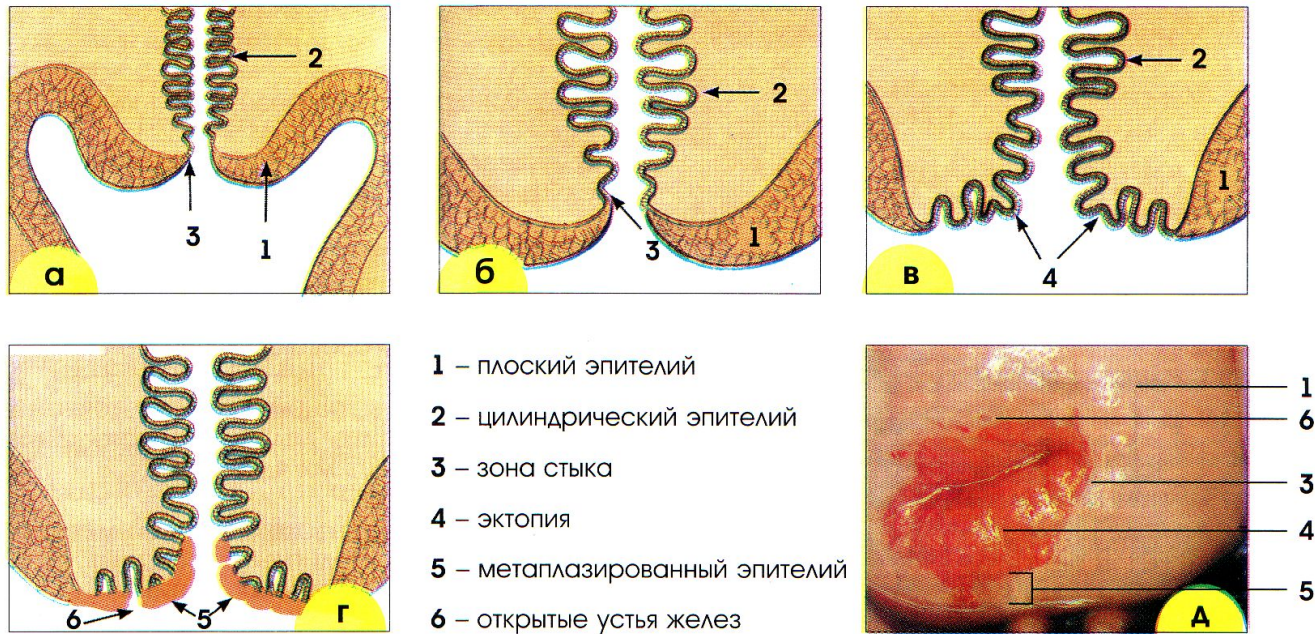
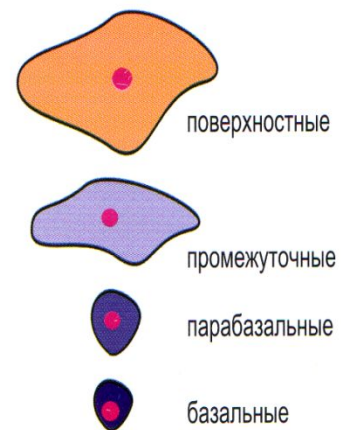
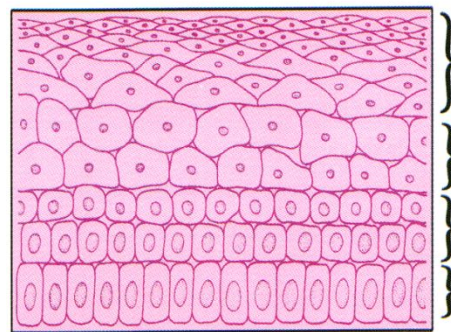
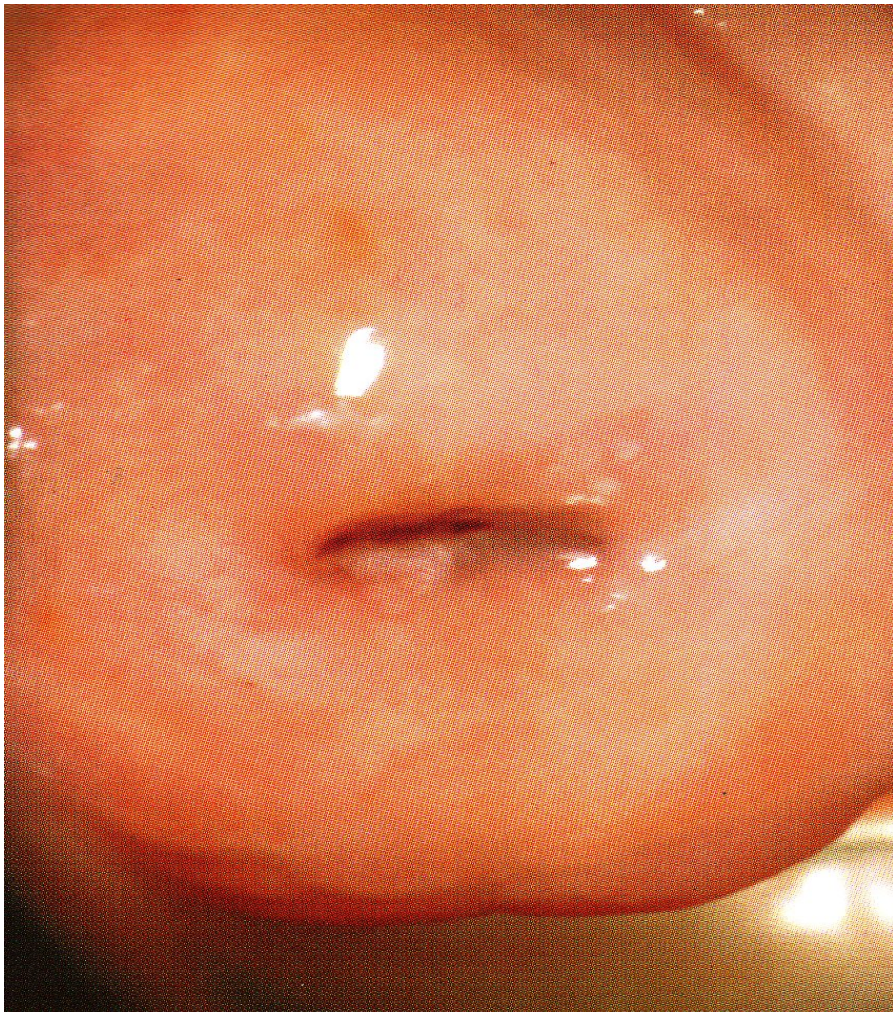


Рис. 6. Расположение цилиндрического эпителия и зоны стыка в шейке матки: **а** – до полового созревания (зона стыка расположена в цервикальном канале); **б, в** – во время полового созревания (зона стыка смещается на влагалищную часть); **г** – цилиндрический эпителий на влагалищной части замещается метаплазированным; **д** – кольпоскопическая картина шейки матки у многорожавшей женщины

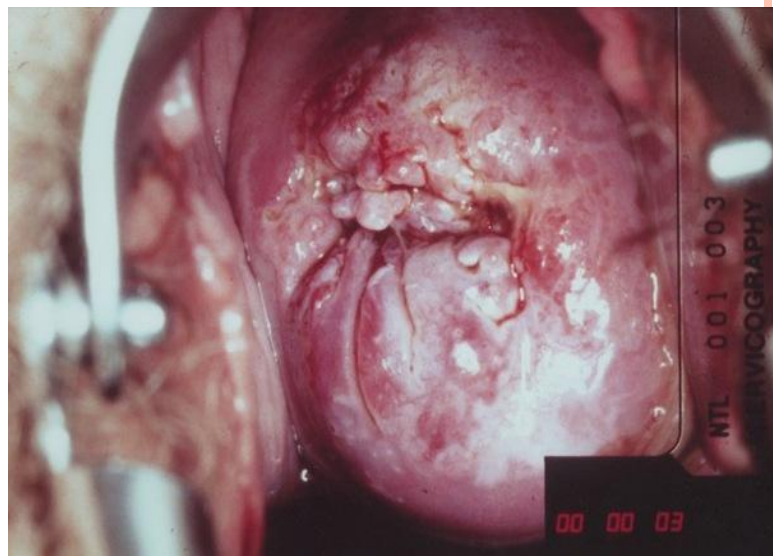
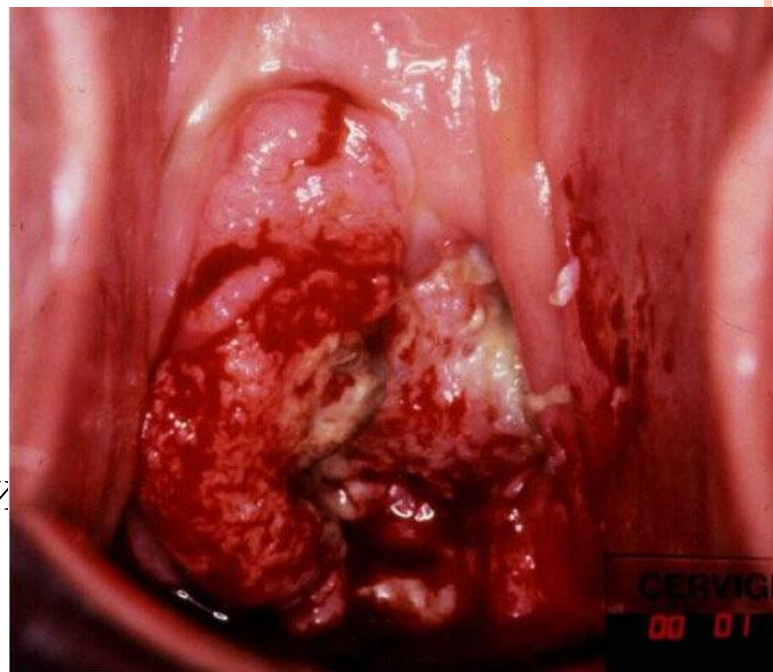


КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ ЭНДОЦЕРВИКСА



Этиология

Однозначных этиологических факторов развития рака шейки матки в настоящее время не выявлено. Существенная роль в развитии РШМ отводится вирусу папилломы человека (ВПЧ) 16-го и 18-го типов, являющихся вероятной причиной возникновения рака шейки матки вирусной этиологии в 41% и 16% случаев соответственно. Кроме того, немаловажное значение имеют низкий социально-экономический статус и курение.



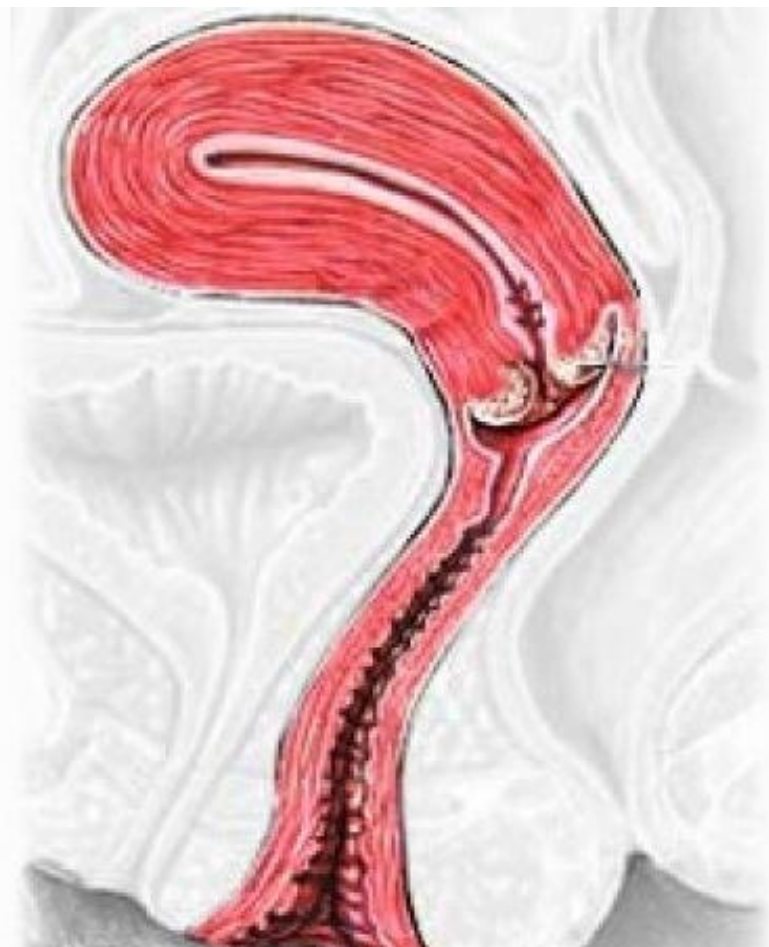
По морфологическому строению различают следующие варианты рака шейки матки:

1. Плоскоклеточный с ороговением (85 – 90% случаев);
2. Плоскоклеточный без ороговения;
3. Низкодифференцированный;
4. Железистый (аденокарцинома 10 – 15% случаев).

По направлению опухолевого роста различают формы:

1. Экзофитную;
2. Эндофитную;
3. Смешанную.

В метастазировании РШМ преобладает лимфогенный путь, реже – гемтогенный.



ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

В 6 – 16% случаев рак шейки матки может протекать без каких-либо проявлений – «немое» течение.

При клинически выраженном РШМ отмечаются **кровянистые выделения** различной интенсивности.

Различают контактные кровотечения, возникающие при половом контакте, дефекации, влагалищном исследовании, и ациклические кровянистые выделения – «мазня» до и после менструации (55 – 60% больных).

Вторым по частоте клиническим проявлением РШМ являются **бели** (25 – 30% больных). По характеру они бывают водянистыми, слизисто-гнойными, грязноватыми, часто имеют зловонный запах. Примесь крови придает им вид «мясных помоев».



Следующим клиническим проявлением РШМ являются **боли**, которые отмечаются в 10 – 12% случаев. Боли, как правило, возникают при распространенном процессе и локализуются в пояснице, крестце, прямой кишке, с иррадиацией в нижние конечности. Они появляются при вовлечении в раковый процесс параметральной клетчатки, сдавления нервных стволов инфильтратами, поражении лимфотических узлов, а также костей таза и позвоночника.

При запущенных стадиях появляются симптомы со стороны мочевого пузыря и кишечника.



ДИАГНОСТИКА

Обязательный объем исследования при подозрении на РШМ включает:

- 1) Физикальные методы обследования, в том числе осмотр шейки матки в зеркалах, проба Шиллера;
- 2) Цитологическое исследование поверхностного соскоба (онкоцитология), биопсия шейки матки;
- 3) Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, биохимическое исследование крови, коагулограмма, общий анализ мочи, определение группы крови и резус-фактора);
- 4) Расширенная кольпоскопия;
- 5) Рентгенография органов грудной клетки;
- 6) УЗИ органов малого таза (лучше трансвагинальное) + УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;
- 7) Компьютерная томография таза.



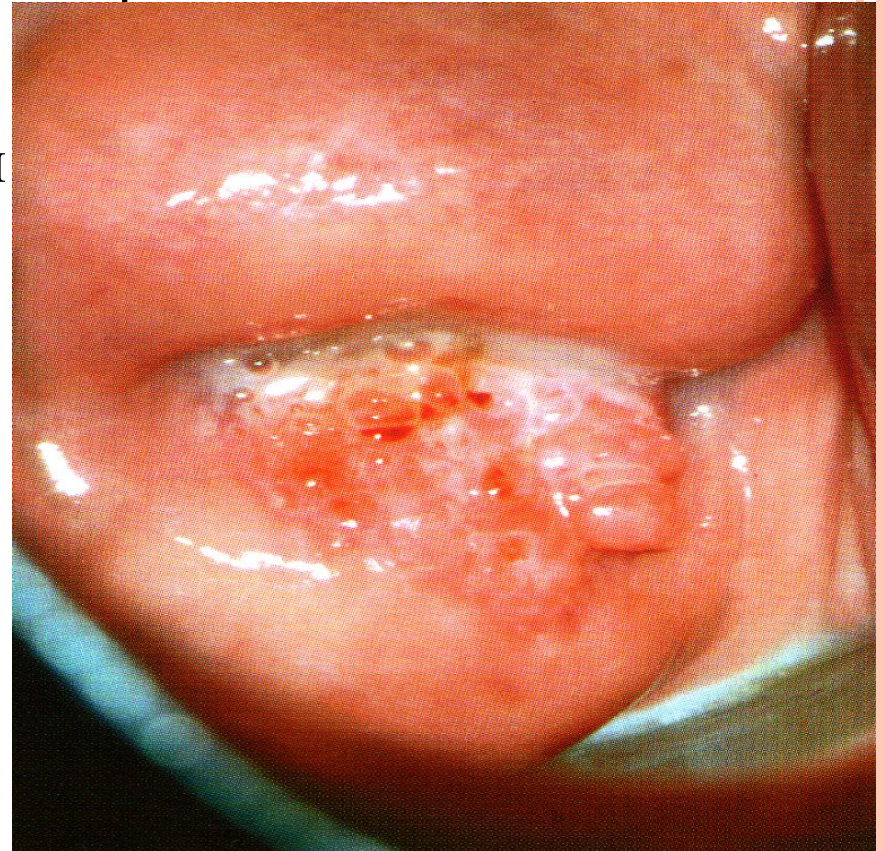
Кольпоскопия

1. *Простая* - осмотр шейки матки с помощью увеличения и освещения: происходит спазм периферических сосудов и если слизистая в норме, то она белеет и на ней выявляется ПЭ (более яркая).

2. *Расширенная* - с применением обработки шейки матки .

А. 3% р-ром уксусной кислоты

- Растворяет слизь
- Спазм сосудов
- Рельефный вид эктопии
(набухание, побеление
атипического эпителия)

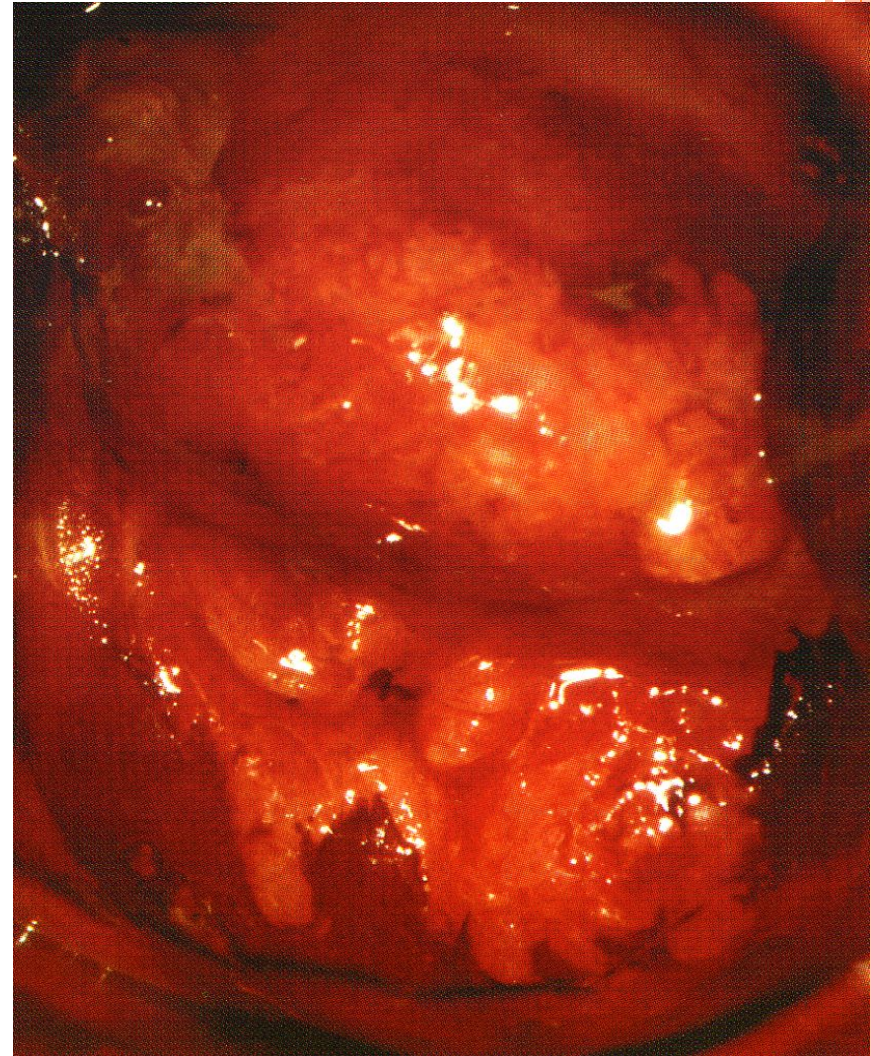


РАСШИРЕННАЯ КОЛЬПОСКОПИЯ

Б. 2-3% раствором Люголя
(проба Шиллера) .

- Нормальная слизистая приобретает темно-коричневый или черный цвет.
- На ее фоне выявляется более четкая ПЭ.
- Лейкоплакия, эритроплакия, атипическая зона превращения - участок вообще не окрашивается, т.к. снижено содержание гликогена.

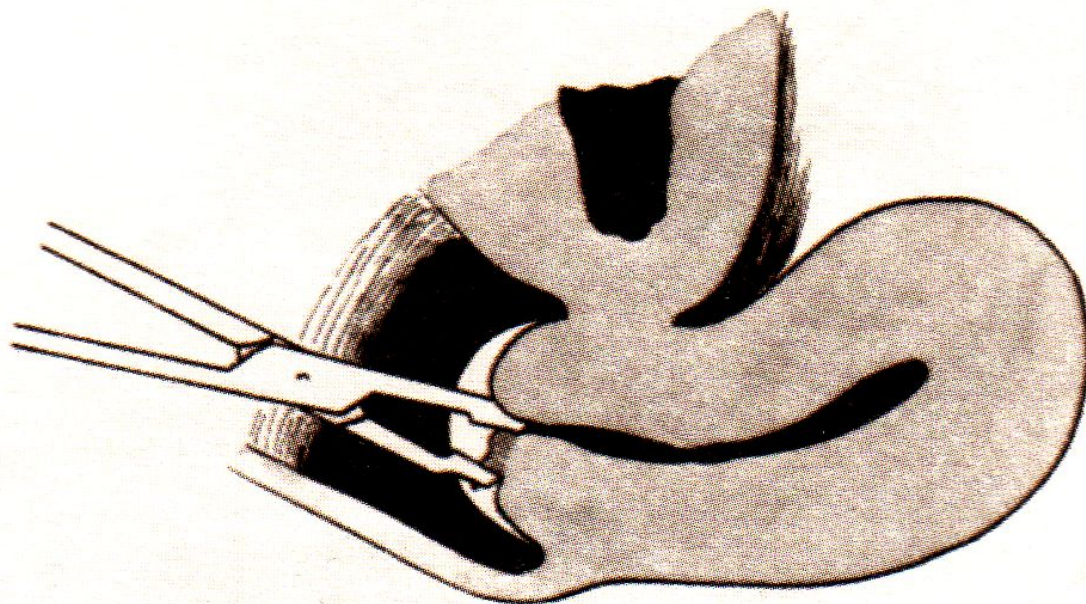
Слизь убирается содой.



Забор биопсийного материала:

1. С ПОМОЩЬЮ СКАЛЬПЕЛЯ
2. С ПОМОЩЬЮ КОНХОТОМА

Прицельная биопсия (во время кольпоскопии).



ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

- Операция и лучевая терапия – равноэффективные методы лечения больных ранними стадиями РШМ с небольшими опухолями.
- У молодых женщин оперативное лечение предпочтительнее, т.к. в этом случае в большей степени сохраняется функция яичников, предотвращается атрофия и стеноз влагалища.
- Лечение в пределах каждой стадии РШМ в значительной степени определяется размером первичной опухоли и сопутствующими заболеваниями пациентки.



ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ПРОЦЕССА

РШМ 0 стадии – выполняют конизацию шейки матки (элеткроконизация, радиоволновая, лазерная, ножевая конизация).

У больных пострепродуктивного возраста при распространении опухоли до внутреннего зева цервикального канала целесообразно производить экстирпацию матки с придатками.

- IA стадии РШМ – больным репродуктивного возраста выполняют экстирпацию матки, желающим сохранить детородную функцию – высокую конизацию шейки матки; в постменопаузальном периоде производят экстирпацию матки с придатками + внутриволостная лучевая терапия.
- IB – IIA стадия РШМ – комбинированное лечение (экстирпации матки с придатками + сочетанная лучевая терапия).
- IIA стадия РШМ – комбинированное лечение.
- IIB – IVA стадии РШМ – сочетанная лучевая терапия с последующей химиотерапией.
- IVB стадия и рецидив РШМ – паллиативные методы лечения.



ПРОФИЛАКТИКА

Первичная:

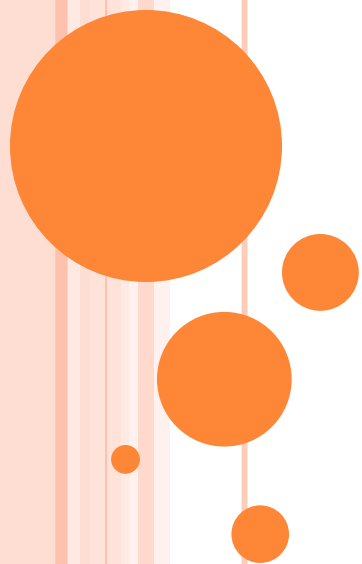
- Устранение факторов риска
- Использование барьерных методов контрацепции

Вторичная

- Профилактические осмотры женщин, начиная с 18 – 20 летнего возраста (1 раз в 6 месяцев) + обязательно! цитологический скрининг (мазок на онкоцитологию);
- Кольпоскопия;
- Диспансерное наблюдение и своевременное лечение женщин с фоновыми заболеваниями шейки матки;
- Методы углубленной диагностики при наличии патологии шейки матки.




Опухоли яичников



Онкологические заболевания яичников – одна из самых актуальных проблем современной гинекологии, так как они возникают в любом возрасте, снижают репродуктивный потенциал женщины, являются показанием для оперативного лечения.

Опухоли яичников – часто встречающаяся гинекологическая патология, занимающая второе место среди опухолей женских половых органов. Частота опухолей яичников, составляемая 6 – 11%, за последние 10 лет увеличилась до 19 – 25%. Большинство новообразований яичников являются доброкачественными. На их долю приходится около 75 – 87% всех истинных опухолей яичников.

До 11% чревосечений, выполняемых в гинекологических стационарах, предпринимаются по поводу опухолей и кист яичников или их осложнений.



Считают, что одна из 70 новорожденных девочек в течение жизни заболит опухолью яичника, а одна из 100 — умрет от рака яичников.

Рак яичников занимает первое место по позднему обнаружению среди опухолей женской репродуктивной системы, вносит самый весомый вклад в показатели смертности от рака половых органов.



ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ (КИСТОМЫ) ЯИЧНИКОВ

Кистома яичника (цистаденома) – это активно растущая доброкачественная опухоль, увеличивается за счет пролиферации клеток эпителия и накопления транссудата или экссудата внутри её камер.

В отличие от кист яичников цистаденома способна к пролиферации и малигнизации (озлокачествлению).

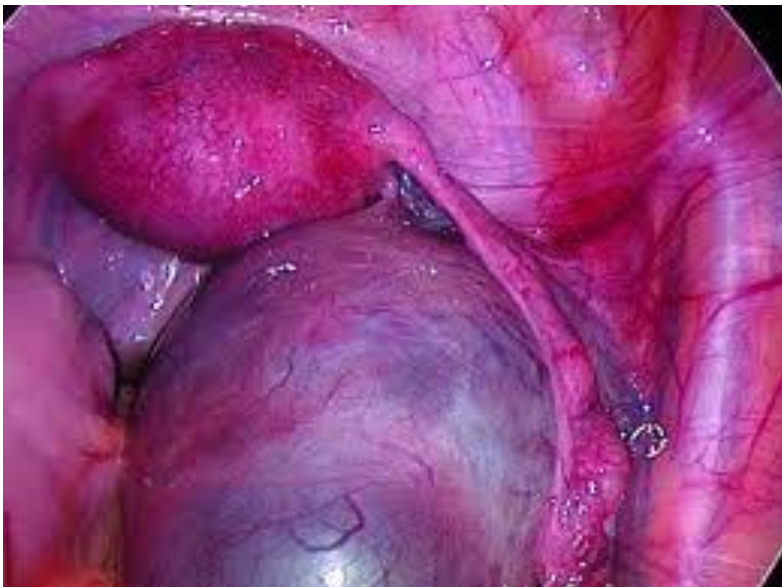
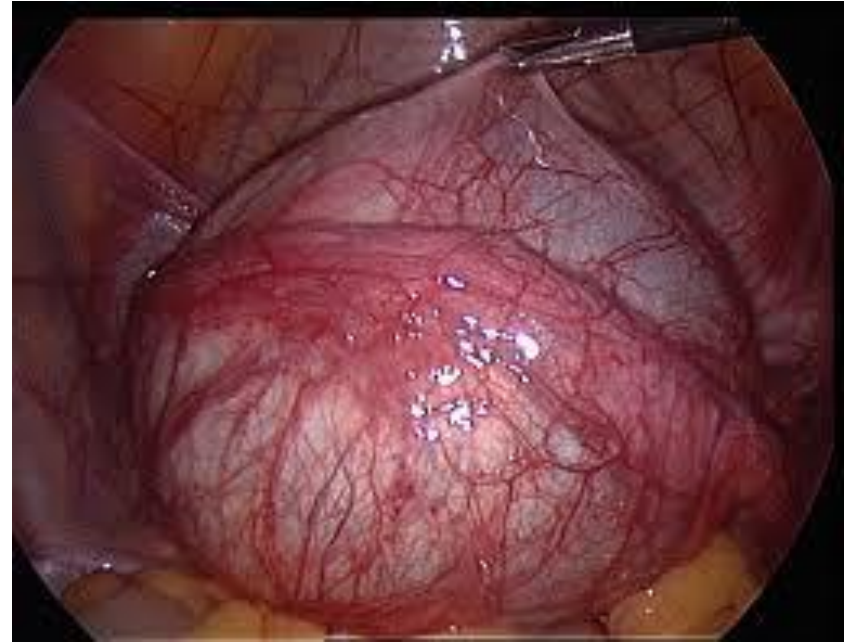




Цистаденома



Опухоли яичника



ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

- наследственная предрасположенность;
- нарушение менструальной функции;
- Бесплодие;
- раннее либо позднее наступление менархе;
- ранняя- до 45 лет и поздняя- после 50 лет менопауза;
- сопутствующие заболевания: миома матки, генитальный эндометриоз, хроническое воспаление придатков матки.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Для опухолей яичников характерно длительное бессимптомное течение.

Ведущий симптом при опухолях яичников – боли различной интенсивности внизу живота, реже выявляются нарушения менструальной и детородной функции.

При больших размерах опухоли увеличивается объем живота, нарушаются функции соседних органов (учащенное мочеиспускание, запоры), появляются отеки нижних конечностей.

В отдельную группу выделяют гормонально-активные опухоли яичников, которые по клиническому течению разделяют на феминизирующие (гранулезоклеточная опухоль, текома) и маскулинизирующие (адренобластома).



Феминизирующие опухоли встречаются в любом возрасте. Клиническая картина связана с повышенной выработкой опухолью женских половых гормонов – цианотичность вульвы, складчатость влагалища, увеличение матки, появление симптомов «зрачка», в репродуктивном возрасте возможны дисфункциональные маточные кровотечения. В эндометрии могут выявляться пролиферативные процессы: железисто-кистозная гиперплазия, полипы эндометрия.



Адренобластома – маскулинизирующая гормонпродуцирующая опухоль. Образующиеся в опухоли в избытке андрогены угнетают функцию гипофиза, и по принципу «обратной связи» в организме снижается выработка эстрогенов.

Основное клиническое проявление опухоли – вирилизация. На фоне общего здоровья возникает вторичная аменорея, отмечается бесплодие, уменьшаются молочные железы. Позднее появляются признаки маскулинизации – грубеет голос, развивается оволосение по мужскому типу (гирсутизм), возникает гипотрофия клитора, контуры лица и тела приобретают мужские черты.





Фиброма яичника – относительно редкая доброкачественная опухоль, развивается из соединительной ткани. Гормонально-неактивная. Часто обнаруживается случайно и поражает один яичник. Рост опухоли медленный. В 10% случаев клиническая картина сопровождается *синдромом Мейгса*: асцит – скопление жидкости в брюшной полости, гидроторакс – скопление жидкости в плевральных полостях, анемия.



Герминогенные опухоли (*тератомы*) возникают из первичных половых клеток эмбриональных гонад и их производных, из 3 зародышевых листков – эктодермы, мезодермы и энтодермы.

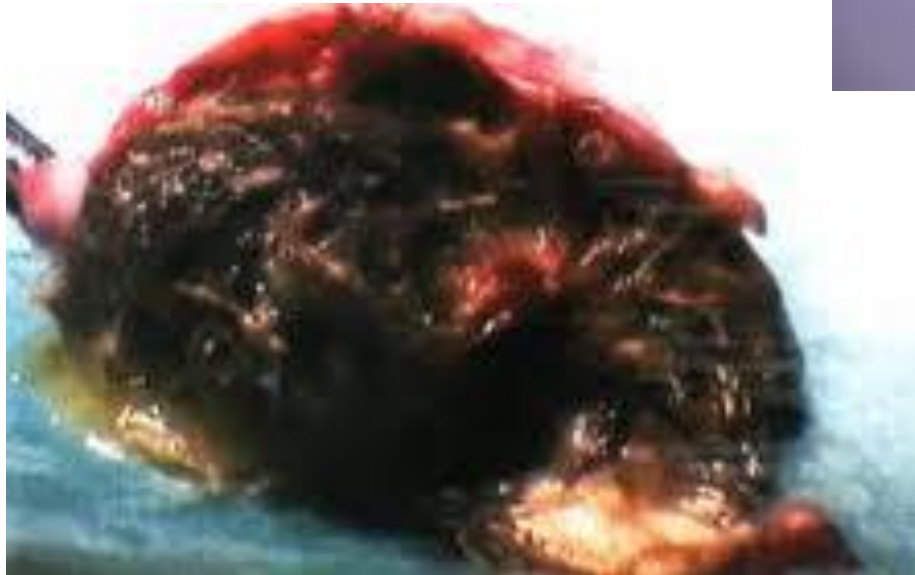
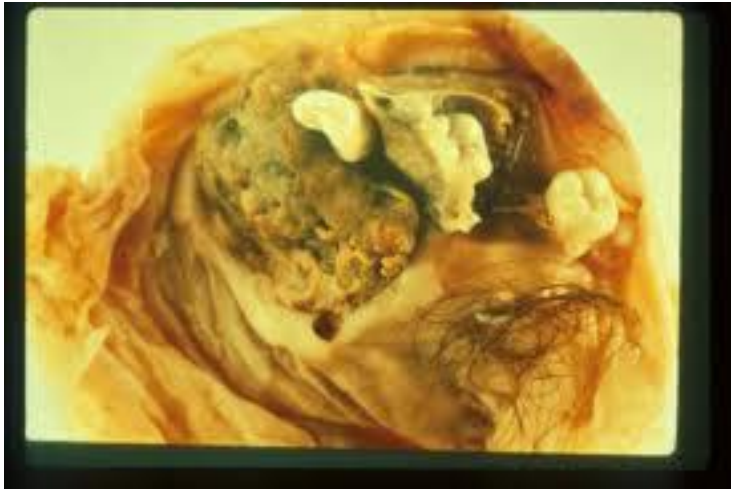
В зависимости от дифференцировки тканей тератомы делят на зрелые – *дермоидная киста* и незрелые – *тератобластома*.

Дермоидная киста состоит из хорошо дифференцированных производных трех зародышевых листков с преобладанием эктодермальных элементов. Опухоль является однокамерной кистой, всегда доброкачественная и изредка проявляет признаки малигнизации. Капсула кисты плотная, фиброзная. Дермоидная киста содержит густую массу, состоящую из сала и волос, часто встречаются хорошо сформированные зубы.

Растет медленно, как правило, не вызывает никаких симптомов. Обнаруживается случайно при гинекологическом осмотре.



Дермоидная киста



Тератобластома - это низкодифференцированная злокачественная быстрорастущая опухоль. Содержит в себе кости, хрящи, волосы, жировые массы. Располагается сбоку от матки, односторонняя, неправильной формы, неравномерной консистенции, с бугристой поверхностью, малоподвижная, чувствительная при пальпации. Больные жалуются на тупые ноющие боли внизу живота, слабость, вялость, утомляемость, снижение работоспособности. Опухоль быстро растет, прорастает капсулу, дает метастазы в забрюшинные лимфоузлы, легкие, печень, головной мозг.



ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

- перекрут ножки опухоли;
- разрыв капсулы;
- кровоизлияние в капсулу опухоли;
- злокачественное перерождение опухоли (малигнизация).



ДИАГНОСТИКА


1. Анамнез.
2. Гинекологическое исследование (выявление опухоли и определение её величины, консистенции, подвижности, расположения по отношению к органам малого таза, характер поверхности опухоли).
3. Ректовагинальное исследование (для исключения прорастания опухоли).
4. УЗИ (с наполненным мочевым пузырем и трансвагинальным датчиком).
5. Цветовая доплерография (дифференциальная диагностика между доброкачественными и злокачественными опухолями).
6. Определение онкомаркеров: СА-125; СА-19,9; СА-72,4.
7. Компьютерная и/или магнитно-резонансная томография.
8. Рентгенография желудочно-кишечного тракта (для исключения метастатической опухоли, рака Крукенберга).
9. Обзорная рентгенография органов грудной клетки.
10. Ирригоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия.
11. Цистоскопия и экскреторная урография.



Лечение доброкачественных опухолей яичников оперативное. Объем операции зависит от возраста больной и характера положения опухоли. Во время операции обязательно проводится срочное гистологическое исследование опухоли.

При простой серозной цистаденоме в молодом возрасте объем операции заключается в удалении придатков матки с пораженной стороны.

При серозной цистаденоме пограничного типа у пациенток репродуктивного возраста удаляют опухоль с пораженной стороны с биопсией коллатерального яичника и **оментэктомией**. У пациенток перименопаузального возраста выполняют надвлагалищную ампутацию матки или экстирпацию матки с придатками и оменттэктомию.



Лапароскопическое вылуцивание кисты



Папиллярная цистаденома требует более радикальной операции. При поражении одного яичника, если папиллярные разрастания располагаются на внутренней поверхности капсулы, у молодых женщин допустимы удаление придатков с пораженной стороны и биопсия другого яичника. При поражении обоих яичников проводят надвлагалищную ампутацию матки с обоими придатками.

Если папиллярные разрастания располагаются на поверхности капсулы, в любом возрасте выполняют надвлагалищную ампутацию матки с придатками или экстирпацию матки и удаляют большой сальник.

При муцинозной цистаденоме удаляют пораженный яичник у пациенток репродуктивного возраста. В пре- и постменопаузальном периоде показано удаление придатков с обеих сторон вместе с маткой.

При тератобластоме выполняют удаление матки с придатками и большим сальником с последующей химиотерапией.



РАК ЯИЧНИКОВ

Одно из наиболее частых онкогинекологических заболеваний, которое встречается в 16,4 – 24,8% случаев всех злокачественных новообразований женских половых органов.

В последние годы отмечается неуклонный рост данной патологии.

Приблизительно 5 – 10% случаев рака яичников имеют наследственный характер.

Наиболее важным фактором риска развития рака яичников является наличие данного заболевания у родственников первой линии (мать, дочь или сестра). Часто рая яичников сочетается с раком молочной железы. В большинстве семей с повышенным риском развития рака молочной железы и яичников выявлена генетическая связь.



РАЗЛИЧАЮТ ТРИ ВАРИАНТА РАЗВИТИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ

- ▣ **Первичный** – опухоль возникает непосредственно в ткани яичника (4% всех злокачественных опухолей яичников);
- ▣ **Вторичный** – развивается в доброкачественных опухолях яичников, в основном в папиллярных цистаденомах;
- ▣ **Метастатический (опухоль Крукенбергера)** – из опухолей желудочно-кишечного тракта (50% случаев), из новообразований молочных желез (30%), из опухолей внутренних половых органов (20%).



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

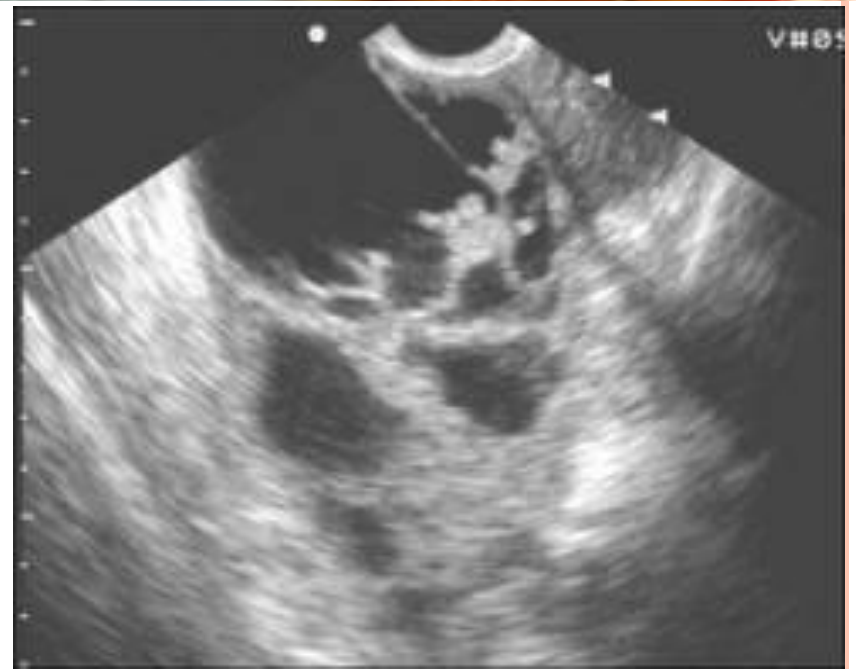
Патогномонических признаков нет. Локализованные формы рака яичника, как правило, остаются бессимптомными. У молодых пациенток иногда возникает болевой синдром.

У остальных пациенток симптоматика обусловлена распространенностью опухолевого процесса: общая слабость, недомогание, повышенная утомляемость, снижение и извращение аппетита, субфебрильное повышение температуры, нарушение функции желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, чувство распирания в подложечной области, тяжесть внизу живота, запор чередующийся с поносами). Живот увеличивается за счет асцита. Может быть выпот в плевральных полостях.



Лечение рака яичников всегда комплексное. Основным методом лечения рака яичников начальных стадий является хирургический метод.

Объем оперативного лечения – экстирпация матки с придатками и резекцией большого сальника. Далее лечение дополняют химиотерапией и лучевой терапией.



Прогноз

Рак яичников длительное время протекает бессимптомно. Поэтому у большинства пациенток к моменту диагностики заболевания имеет распространенную стадию.

У больных с III – IV стадией после радикальной операции 5-летняя выживаемость не превышает 10% даже при проведении химиотерапии.

Поздняя диагностика, относительная резистентность к проводимым программам терапии определяют высокий уровень ежегодной смертности, составляющий около 65% от первично диагностированных случаев.





СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!