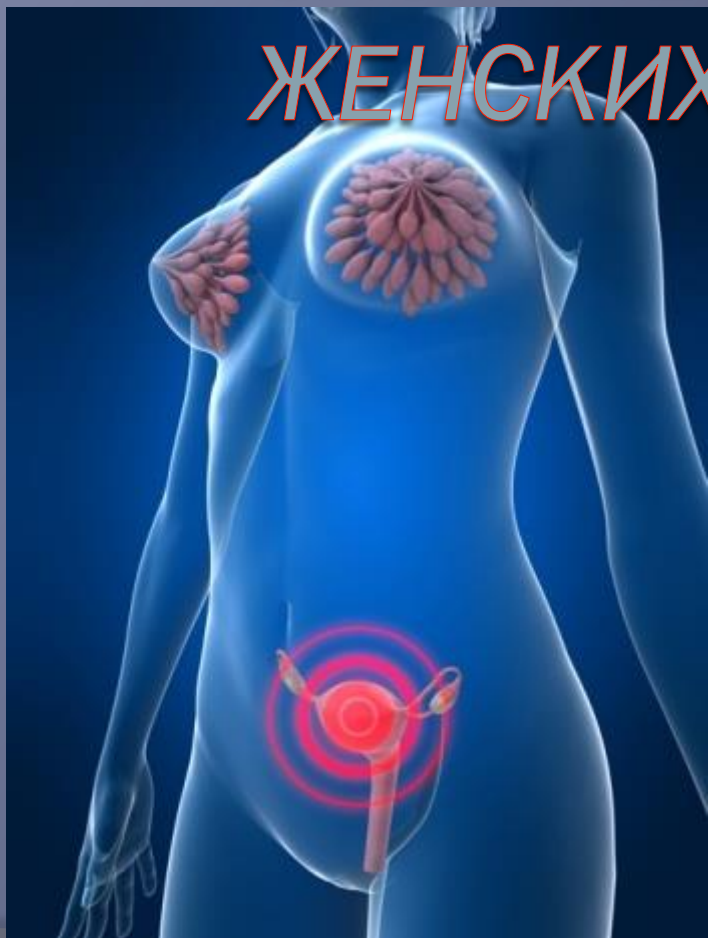


ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ



Преподаватель:
Айдаева Ф.Ж
Дата 14.04.2020г

Рак вульвы

- Рак вульвы чаще возникает у женщин пожилого возраста на фоне крауроза или лейкоплакии и локализуется в области клитора, малых и больших половых губ.
- Различают рак вульвы инфильтративный и узловатый (с возможным изъязвлением).
- Зуд, боли, бели и кровянистые выделения появляются довольно рано. Окончательный диагноз устанавливается после биопсии и гистологического исследования.

Лечение рака наружных половых органов заключается в расширенной вульвэктомии с последующей лучевой терапией. При отсутствии условий для оперативного вмешательства показана сочетанная лучевая терапия.



Дисплазия вульвы



Плоскоклеточный рак вульвы, на фоне лейкоплакии

Рак влагалища

- Рак влагалища чаще всего бывает метастатическим. Первичный рак влагалища встречается крайне редко.
- Для метастазирования рака шейки матки характерна инфильтративная форма рака стенки влагалища, а при метастазировании рака эндометрия появляется опухолевый узел, который в свою очередь может изъязвляться.
- Диагностика - трудностей не представляет, гистологическое исследование взятого при биопсии материала позволяет дифференцировать рак влагалища и туберкулез, сифилис (твердый шанкр).
- Лечение зависит от локализации основного процесса, степени его распространения и, как правило, заключается в сочетанной лучевой терапии.

Саркома вульвы и влагалища

- Саркома вульвы и влагалища у взрослых женщин встречается редко. Чаще наблюдается у девочек, у которых локализуется в области клитора, половых губ, влагалища. Саркома имеет вид ограниченного узла, прорастает подлежащие ткани и распадается с образованием язв.

Лечение заключается в удалении пораженных органов— вульвы и влагалища и последующей лучевой терапии.

Рак шейки матки

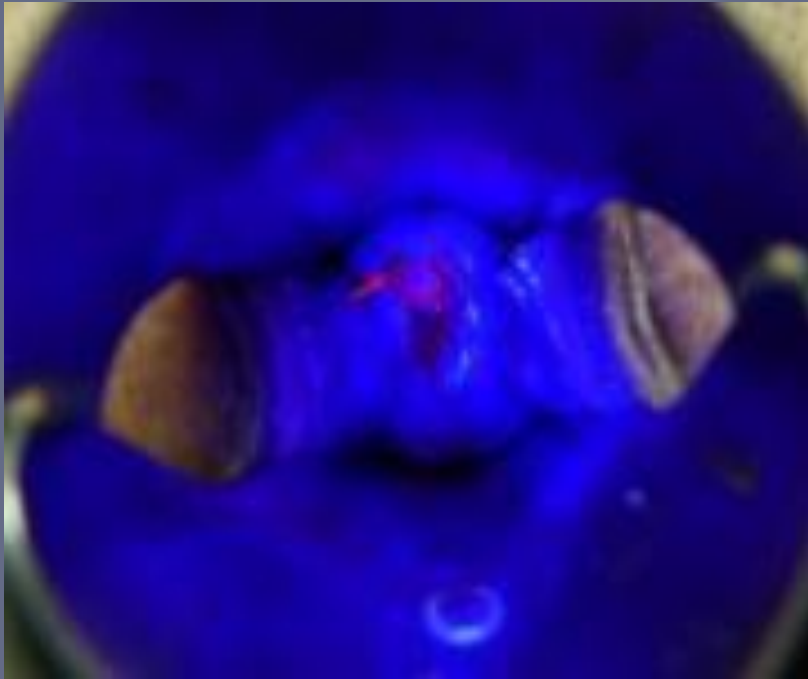
- Рак шейки матки — наиболее часто встречающаяся опухоль женских половых органов. Однако благодаря профилактике частота его в последние 20 лет уменьшилась.
- Наиболее часто фоном для возникновения рака шейки матки являются рубцовая деформация и эктропион шейки матки после родов, дисплазия шейки матки (тяжелая форма).
- **Различают экзофитную, эндофитную и смешанную формы рака шейки матки.**
- При экзофитной форме опухоль имеет вид цветной капусты, расположена на поверхности шейки матки, иногда больших размеров.
- При эндофитной форме опухоль прорастает в толщу шейки матки, в результате чего шейка увеличивается в размерах. При распаде опухоли образуется глубокая язва в виде кратера.
- **По гистологическому строению различают плоскоклеточный и железистый рак шейки матки.**
- Плоскоклеточный рак исходит из плоского эпителия, покрывающего влагалищную часть шейки матки, а железистый — из слизистой оболочки канала шейки матки (встречается реже). Распространение процесса идет по лимфатическим путям, клетчатке малого таза, а также гематогенно.



Плоскоклеточный рак
T1aN0M0 на нижней губе
шейки матки (выделен
стрелками)



Пораженная раком шейка
матки при обычной
кольпоскопии



Флуоресцентная диагностика рака шейки матки. В ультрафиолетовом свете после внутривенного введения димегина. Розовое свечение выявляет злокачественные очаги (отмечено стрелкой)



Инфильтративный плоскоклеточный низкодифференцированный рак шейки матки. Кольпоскопическая картина, вся поверхность шейки покрыта опухолевой тканью, которая обильно кровоточит при механическом контакте.

Классификация рака шейки матки по степени распространения

- **Стадия 0** — преинвазивный рак шейки матки.
- **Стадия I** — поражена только шейка матки.
- **Стадия II:** а) параметральный вариант—инфильтрация параметрия с одной или с двух сторон, не переходящая на стенку таза;
б) влагалищный вариант — инфильтрация двух верхних третей влагалища;
в) маточный вариант — опухоль переходит на тело матки.
- **Стадия III:** а) параметральный вариант — инфильтрация параметрия с одной или обеих сторон, переходящая на стенки малого таза;
б) влагалищный вариант — поражение всей стенки влагалища;
в) регионарный метастатический вариант с поражением регионарных тазовых лимфатических узлов.
- **Стадия IV:** а) переход рака шейки матки на мочевой пузырь — пузырьный вариант;
б) переход рака шейки матки на прямую кишку — ректальный вариант;
в) отдаленные метастазы — метастатический вариант. Наиболее часто рак шейки матки метастазирует в легкие, печень, кости, почки и другие органы.
Существует также классификация по системе TNM (Т — первичная опухоль; N — поражение лимфатических узлов; M — метастазы) .

Классификация TNM рака шейки матки

T — первичная опухоль.

TiS—преинвазивный рак (carcinoma in situ).

T₁ — карцинома, ограниченная шейкой матки.

T — микрокарцинома (преклиническая инвазивная карцинома).

T_i — клиническая инвазивная карцинома.

T₂ — карцинома поражает 2/3 влагалища и инфильтрирует параметрий, не доходя до стенок таза.

T_{2a} — карцинома распространяется на влагалище или тело матки, но не инфильтрирует параметрий.

T_{2e} — карцинома инфильтрирует параметрий.

T₃ — в процесс вовлечено все влагалище или опухоль инфильтрирует параметрий до стенок таза.

T_{3a} — процесс распространяется на все влагалище без поражения параметрия.

T_m — процесс распространяется на параметрий до стенки таза.

T₄ — поражение близлежащих органов.

T_{4a} — поражение мочевого пузыря или прямой кишки.

T_{4b} — распространение карциномы за пределы малого таза.

N₀ — нет изменений лимфатических узлов.

N₁ — метастазы в лимфатические узлы.

N₂ — пристеночные (тазовые) несмещаемые уплотнения.

M₀ — нет признаков отдаленных метастазов

M₁ — имеются отдаленные метастазы.

В преинвазивной стадии рака шейки матки (стадия 0, carcinoma in situ) отсутствует прорастание в подлежащие ткани, измененные раковые клетки находятся только в пределах эпителия. Наличие или отсутствие инвазии и ее глубина устанавливаются только при гистологическом исследовании.

Клиническая картина рака шейки матки

- Характерными симптомами рака шейки матки являются: --- ациклические (контактные) кровянистые выделения, бели (часто с прожилками крови), при распространении опухоли — боли.
- Для пре- и микроинвазивного рака шейки матки характерны тупые ноющие (чаще ночные) боли в нижних отделах живота, быстрая утомляемость, раздражительность.
- При прогрессировании болезни могут возникать кровотечения, угрожающие жизни.
- При распространении процесса на мочевой пузырь и прямую кишку появляется соответствующая симптоматика в виде упорных циститов, запоров и др. При сдавлении мочеточников раковым инфильтратом возможны нарушение пассажа мочи, гидро- и пионефроз. Очень важно раннее распознавание.

Диагностика

- При сборе анамнеза обращают внимание на состояние менструальной, секреторной и репродуктивной функций, особенности течения родов с возможными разрывами шейки матки и последующим образованием эктропиона. Нередко выясняется, что больная длительно страдает эрозией шейки матки, плохо поддающейся лечению, которая появилась после родов (как правило, это эрозированный эктропион шейки матки).

- **Осмотр шейки матки с помощью зеркал** должен производиться осторожно ввиду возможности травматизации тканей и кровотечения.
- Картина при этом исследовании может быть разнообразной: небольшие изменения на шейке матки в виде эрозии, сероватые, легко распадающиеся и кровоточащие при касании опухолевые массы типа цветной капусты (**экзофитная форма**).
- При раке шеечного канала на поверхности шейки матки особых видимых глазом изменений нет. Слизистая оболочка, покрывающая влагалищную часть шейки матки, блестящая, как бы натянутая, а сама шейка матки имеет бочкообразную форму (**эндофитная форма**).
- Из канала шейки матки при исследовании могут появиться кровянистые выделения.
- При распространении рака шейки матки на влагалище отмечаются сглаживание складок и некоторая белесоватость его стенок.
- **Ректовагинальное и ректоабдоминальное исследования** помогают уточнить степень распространения процесса на параметральную клетчатку, стенки влагалища и малого таза. Для ракового процесса характерна плотная инфильтрация, иногда (в III стадии) достигающая до стенок малого таза и ограничивающая подвижность шейки матки.

- Проба Шиллера позволяет установить границы патологически измененных участков шейки матки, которые остаются «негативными» к раствору Люголя, однако эта проба не является специфичной для рака шейки матки.

Кольпоскопическая картина при раке шейки матки характерна: штокорообразные сосуды расположены по периферии красноватых просовидных разрастаний с кровоизлияниями. При кратерообразном изъязвлении шейки видны гнойно-некротические наложения.

Расширенная кольпоскопия помогает обнаружить наиболее подозрительные участки для биопсии шейки матки и гистологического исследования полученной ткани. Биопсию следует производить широко, клиновидно отсекая скальпелем патологически измененный участок шейки матки в пределах здоровой ткани. Кроме того, при этом производят выскабливание слизистой оболочки канала шейки матки.

Проводят дифференциальную диагностику рака шейки матки и туберкулеза, сифилиса, рождающейся субмукозной миомы и полипа шейки матки. Как правило, гистологическое исследование иссеченной ткани опухоли позволяет установить точный диагноз.

Лечение рака шейки матки

Терапия рака шейки матки зависит от стадии заболевания.

При стадии 0 рака шейки матки у больных в возрасте до 50 лет производят электроконизацию шейки матки или ампутацию влагалищной ее части по Штурмдорфу. В возрасте старше 50 лет и при сочетании основного заболевания с миомой матки показана экстирпация матки без придатков.

В I стадии лечение чаще комбинированное (хирургическое и лучевая терапия): расширенная экстирпация матки с придатками (операция по Вертгейму) и лучевая терапия до и после операции.

Во II стадии применяют сочетанную лучевую терапию и только в редких случаях (распространение опухоли на матку — маточный вариант) возможно комбинированное лечение.

В III стадии, как правило, проводится только сочетанная лучевая терапия.

В IV стадии практически возможно только симптоматическое лечение.

Сочетанная лучевая терапия — чередование наружного дистанционного облучения и внутрисполостной гамма-терапии. Суммарная очаговая доза 15—20 Гр.

Прогноз благоприятный лишь в начальных стадиях заболевания: в I стадии — 75—85%, во II стадии — 60—65% случаев пятилетней выживаемости.

- **Неотложная помощь** при раке шейки матки необходима в случае кровотечения, возникающего при распространенном процессе. Кровотечение может принять профузный характер и угрожать жизни больной. В этом случае даже при отсутствии врача следует очень бережно осмотреть шейку матки и стенки влагалища в зеркалах, чтобы исключить травму влагалища или рождающийся субмукозный узел.

При обнаружении кратерообразно изъеденной шейки матки или разрастаний в области ее типа цветной капусты с кровоточащими сосудами следует плотно затампонировать влагалище, предварительно смочив внутренний конец тампона перекисью водорода или раствором хлорида кальция. Тампон оставляют на 6—8 ч, после чего осторожно извлекают. Продолжающееся кровотечение является показанием к повторному тампонированию. Одновременно проводится лечение острой анемии.