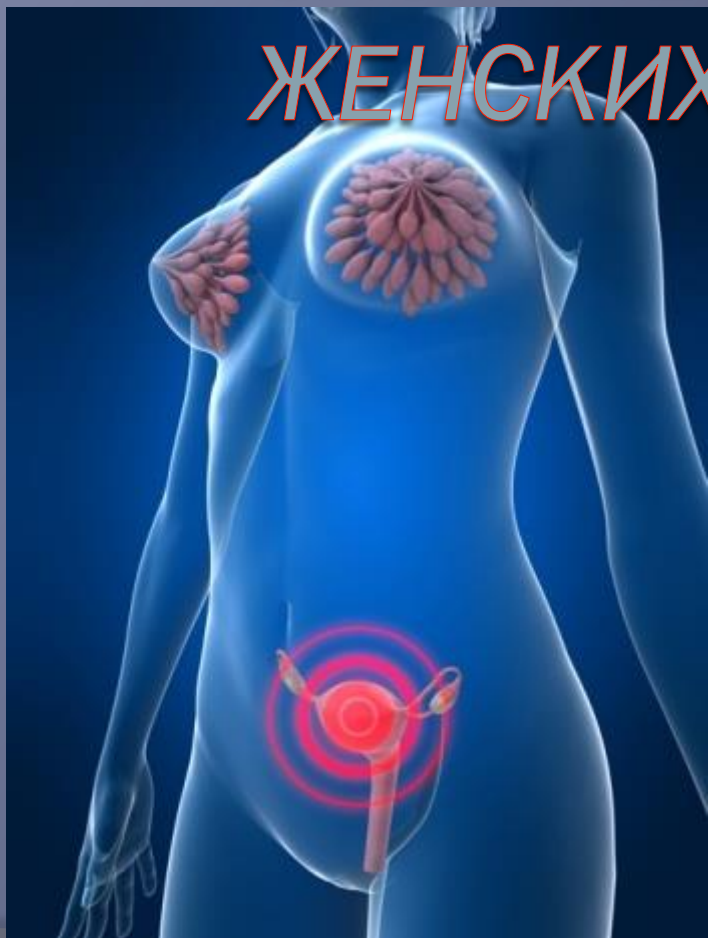


ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ



Преподаватель:
Айдаева Фатима
Жавидовна
Дата-28.04.2020г

Рак тела матки

- Рак тела матки чаще встречается у женщин старше 50 лет. Чаще раком тела матки страдают нерожавшие или малорожавшие женщины с поздним наступлением менархе и менопаузы. Имеет значение и национальность женщины.

Чаще заболевание возникает на фоне гиперпластических процессов эндометрия (первый патогенетический вариант), сочетаясь с нейроэндокринными расстройствами, сахарным диабетом, ожирением, гипертонической болезнью.

- Рак может развиваться также на фоне атрофии эндометрия (второй вариант) у женщин, не страдающих нейроэндокринными заболеваниями.

Классификация рака тела матки



Стадия 0 — гистологические находки, подозрительные на малигнизацию гиперпластического процесса эндометрия.

Стадия 1 — опухоль ограничена телом матки.

Стадия 1а — длина полости матки не превышает 8 см.

Стадия 1б — длина полости матки более 8 см.

В I стадии выделяются гистологические группы: G1 — высокодифференцированная аденокарцинома, G2 — дифференцированная аденокарцинома с зонами солидного строения, G3 — недифференцированная карцинома.

Стадия II — опухолью поражены тело и шейка матки.

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

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

Классификация TNM рака тела матки

T - первичная опухоль.

TtS - преинвазивная карцинома.

T_i — карцинома ограничена телом матки.

T_{is} — полость матки не увеличена.

T_{1m} — полость матки увеличена.

T₁; — карцинома распространяется на шейку матки.

T₂ — карцинома, выходящая за пределы матки на параметральную клетчатку и влагалище.

T₄ — карцинома, захватывающая соседние органы или выходящая за пределы малого таза. T_{4a} поражение мочевого пузыря или прямой кишки.

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

N_x — невозможность оценки состояния лимфатических узлов.

N₀ — отсутствие изменений в регионарных лимфатических узлах.

N₁ — поражение лимфатических узлов ниже деления общих подвздошных артерий.

N₂ — поражение параортальных лимфатических узлов.

Различают 5 вариантов гистологического строения рака тела матки:

- высокодифференцированный - железистый рак,
- зрелый железистый рак (наиболее распространенный),
- железисто-солидный рак,
- солидный (низкодифференцированный) рак,
- аденоакантома.

Последним двум формам рака свойственно глубокое врастание в миометрий, хотя они наблюдаются реже других.

Высокодифференцированный рак чаще встречается у больных с нейроэндокринными расстройствами.

Клиническая картина

Основным симптомом рака эндометрия являются ациклические маточные кровотечения (метроррагии) в репродуктивном периоде или пременопаузе, а также кровотечения в постменопаузе (у каждой второй больной с маточными кровотечениями в постменопаузе выявляется рак тела матки).

Часто отмечаются серозные бели с прожилками крови или бели типа мясных помоев, боли и чувство тяжести в нижних отделах живота, которые усиливаются и могут носить схваткообразный характер при скоплении гноя в матке (пиометра).

При распространении процесса (II—IV стадия) могут быть нарушены функции соседних органов.

Диагностика

- Рак тела матки распознается на основании анамнеза, данных общего объективного и гинекологического исследований, а также результатов дополнительных методов исследования. При гинекологическом исследовании определяют размеры и подвижность матки, степень возможной инфильтрации параметральной и ректовагинальной клетчатки, увеличение придатков матки.

Обязательными являются цитологическое и гистологическое исследования. Мазки для цитологического исследования готовят из материала, взятого из заднего свода влагалища, канала шейки матки и полости матки (в последнем случае материал берут при помощи аспирационной биопсии, методом смыва шприцем Брауна).

- Гистологическое исследование материала производится после отдельного диагностического выскабливания слизистой оболочки канала шейки матки и слизистой оболочки тела матки. Если при небольшом расширении канала шейки матки из полости матки выделяются крошкообразные массы, достаточно произвести один соскоб, так как диагностическое выскабливание в этом случае нежелательно из-за возможности перфорации измененной стенки матки.
- При подозрении на распространенный процесс (III—IV стадия), отдельное диагностическое выскабливание может быть заменено радиоизотопным исследованием.
- В последние годы шире применяется гистероскопия — визуальное исследование стенок полости матки. Иногда в целях определения локализации опухоли производят гистеросальпингографию.

Лечение

- Лечение при раке тела матки должно быть комплексным (хирургическое, лучевое и гормональное).
- Объем хирургического вмешательства (экстирпация матки с придатками и лимфаденэктомией, расширенная экстирпация матки с придатками типа операции по Вертгейму) зависит от стадии, заболевания, возраста и общего состояния больной. В пожилом возрасте при соматических заболеваниях, нейроэндокринном синдроме с выраженным ожирением наиболее часто производится простая экстирпация матки с придатками. При отсутствии противопоказаний объем операции может быть увеличен, так как целесообразно удаление лимфатических узлов малого таза.

На втором этапе комплексного лечения проводят дистанционное облучение в дозе 40 Гр.

Гормонотерапия заключается в длительном (до 3—5 лет) внутримышечном введении 12,5% раствора оксипрогестерона капроната. В течение первых 2 мес. оксипрогестерона капронат вводят ежедневно по 500 мг; в дальнейшем дозу постепенно снижают до 500 мг 1 раз в неделю. Иногда проводят сочетанную лучевую терапию (сочетание дистанционного облучения и внутрисполостной гамма-терапии).

- Прогноз благоприятный в начальных стадиях заболевания, в I стадии — 91,5%, во II — 85,5%, в III — 57,5% случаев пятилетней выживаемости.

- **Неотложная помощь** при раке эндометрия необходима в случае маточного профузного кровотечения или образования пиомегры с явлениями острого воспаления в малом тазу и общей интоксикацией организма. При профузном маточном кровотечении в случае отсутствия эффекта от кровоостанавливающей терапии методом выбора является экстренное хирургическое вмешательство — удаление матки.

При диагностике пиомегры необходимы бужирование и расширение канала шейки матки расширителями Гегара с последующей эвакуацией гноя. Бужирование осторожно производят тонким пуговчатым зондом. В случае перфорации матки необходимо срочное оперативное вмешательство.

После бужирования матки обязательно проведение курса антибактериальной и дезинтоксикационной терапии, после чего возможно отдельное диагностическое выскабливание.

Хориокарцинома

Хориокарцинома (хорионэпителиома) — злокачественная опухоль матки, возникающая в 50% случаев из пузырного заноса, реже она развивается после родов и абортов. Развивается из элементов трофобласта.

Хориокарцинома в виде узловой опухоли багрового цвета может располагаться под слизистой оболочкой, в толще мышечного слоя (интерстициально), постепенно прорастая все слои матки, легко распадается, часто сопровождаясь профузными кровотечениями. Хорионэпителиома в виде рыхлых узлов темно-синего цвета часто метастазирует во влагалище, реже — в яичники и маточные трубы.

Клиническая картина. Клиника хориокарциномы характеризуется ациклическими длительными, иногда профузными маточными кровотечениями (которые отсутствуют при внутримышечном расположении узлов), белями серозно-красноватого характера, часто с гнилостным запахом, незначительными болями в нижних отделах живота. Длительные кровотечения могут привести к вторичной анемии, а присоединившаяся инфекция — к воспалительному процессу женских половых органов. Для хориокарциномы характерно раннее метастазирование гематогенным путем во влагалище, печень, мозг, чаще в легкие. В последнем случае заболевание сопровождается кашлем, мокротой с кровью. Болезнь быстро прогрессирует и может привести к летальному исходу.

- **Диагностика**

- Диагноз основывается на тщательном изучении анамнеза (перенесенный пузырный занос, роды, аборты). Большое значение имеют определение титра ХГ в моче, отдельное диагностическое выскабливание (в большинстве случаев гистологически определяются элементы опухоли). Возникающие при хориокарциоме в 40—50% случаев текалютеиновые кисты яичников имеют определенное диагностическое значение, так как способны претерпевать обратное развитие в динамике заболевания.

- **Лечение.** Терапия может быть консервативной (химиотерапия) и хирургической. Химиотерапия проводится метотрексатом, меркаптопурином, рубомицином. Критерием эффективности лечения служит систематическое определение показателей уровня ХГ в моче.

Хирургическое вмешательство показано при профузных маточных кровотечениях, склонности опухоли к прорастанию и угрозе перфорации матки, больших размерах опухоли (матка увеличена свыше 10-недельного срока беременности), отсутствии эффекта от химиотерапии. Производят экстирпацию матки, у молодых женщин, если это возможно, без придатков.

После консервативного лечения возможны наступление беременности и нормальные роды.

- Профилактика хориокарциномы заключается в своевременном и правильном лечении пузырного заноса. После его излечения больная должна находиться под диспансерным наблюдением. Поскольку хориокарцинома может развиваться и после нормальной беременности, в целях профилактики опухоли необходимы тщательный осмотр родившегося последа (установление целостности его), правильная техника производства аборта.

Рак маточных труб

Первичный рак маточной трубы возникает редко. Чаще он является вторичным в результате распространения злокачественного процесса с матки или яичника на трубу.

Клиническая картина

Клиника характеризуется появлением ациклических кровянистых выделений, обильных белей янтарного цвета, колющих болей.

Диагностика

Постановка диагноза затруднительна. При цитологическом исследовании аспирата из полости матки или канала шейки матки могут выявляться атипичные клетки, а при диагностическом выскабливании эндометрия в нем обнаруживаются доброкачественные изменения. Уточнить диагноз можно при лапароскопии.

Лечение

Проводят комбинированное лечение: удаление матки с придатками с последующей лучевой и химиотерапией.



Рак яичников

Рак яичников может быть первичным, вторичным и метастатическим. Первичный рак встречается в 4—5% случаев, а метастатические опухоли составляют 20% всех злокачественных новообразований яичников. Наиболее часто встречаются метастатическая опухоль типа Крукенберга (метастазы рака желудочно-кишечного тракта) и метастазы в яичники при раке молочной железы.

Симптоматика и выбор метода лечения зависят от проявлений основного заболевания. Наибольший клинический интерес представляет вторичный рак яичников, возникающий из предшествующих доброкачественных истинных опухолей.

Различают 4 стадии рака яичников.

Стадия I — опухоль ограничена яичниками.

Стадия 1a — опухоль ограничена одним яичником.

Стадия 1b — опухоль ограничена обоими яичниками.

Стадия II — опухоль поражает один или оба яичника с прорастанием в область таза.

Стадия IIa — первичное и вторичное поражения хирургически удалимы.

Стадия IIb — первичное и (или) вторичное поражения хирургически неудаимы.

Стадия III — опухоль поражает один или оба яичника, распространенные метастазы, но возможно частичное удаление.

Стадия IIIa — наличие абдоминального распространения и (или) метастазов.

Стадия IIIb — отдаленные метастазы вне брюшной полости.

Стадия IV — опухоль, поражающая один или оба яичника, полностью неоперабельна.



● Клиническая картина

- В ранних стадиях рак яичника не отличается ярко выраженной симптоматикой и только при перекруте ножки опухоли или разрыве ее капсулы могут появиться острые боли в нижних отделах живота. При распространении процесса отмечается нарушение общего состояния и функций органов малого таза.
- Появляются слабость, потливость, похудание, быстрая утомляемость, постоянные тупые ноющие боли внизу живота, чувство распирания живота и увеличение его размеров вследствие асцита, одышка за счет выпота в плевральной полости, запоры. Могут появиться ациклические маточные кровотечения.
- Диагностика
- В ранних стадиях диагностика затруднена в связи с невыраженностью симптоматики. Опухоль нередко обнаруживается при профилактическом осмотре. Рак яичников следует заподозрить, если при гинекологическом исследовании определяется опухоль яичника плотной консистенции, с бугристой поверхностью, ограничено подвижная в сочетании с асцитом. Через задний свод пальпируются плотные «шипы», представляющие собой опухолевые массы.

В III—IV стадии болезнь сопровождается асцитом и гидротораксом. В верхних отделах живота может пальпироваться плотный бугристый большой сальник, в который чаще всего метастазирует опухоль. Метастатические массы могут поражать практически все отделы брюшной полости, включая область печени.

- В группу повышенного риска возникновения рака яичников относят больных с длительно протекающим, рецидивирующим воспалительным процессом придатков матки, с множественной миомой матки, ретенционными кистами, с неясными опухолевыми образованиями в малом тазу.

Для дифференциальной диагностики пользуются дополнительными методами (лапароскопия, ультразвуковое исследование). Обязательным является исследование желудочно-кишечного тракта (рентгеноскопия желудка, ирригоскопия) и мочевой системы (экскреторная урография) для уточнения стадии распространения опухоли.

● Лечение

- Применяется комбинированный метод (оперативное вмешательство и химиотерапия). Производят экстирпацию матки с придатками и резекцию большого сальника. Однако при распространенном процессе такой объем хирургического вмешательства бывает технически невозможен. В таких случаях целесообразно удаление основных опухолевых масс.

Химиотерапия (тиоТЭФ, циклофосфан, сарколизин, фторурацил и др.) применяется до и после оперативного лечения. Широкое распространение получила многократно повторяемая полихимиотерапия.

При комплексном лечении рака яичников рекомендуются андрогенные препараты.

- **Профилактика.** В профилактике злокачественных опухолей, в том числе рака женских половых органов, важная роль принадлежит массовым профилактическим осмотрам (не реже 2 раз в год) женщин в возрасте 30 лет и старше. Профилактические осмотры проводятся в женских консультациях, на промышленных предприятиях, а также в смотровых кабинетах поликлиник. В смотровых кабинетах большой объем работы выполняют акушерки. Высокое качество профилактических осмотров обеспечивается обязательным применением кольпоскопии и цитологического исследования мазков с шейки матки. Женщин, больных раком желудка и молочной железы, обязательно должен осматривать гинеколог с целью раннего выявления у них метастатического рака яичников.

Профилактика рака женских половых органов

Для профилактики рака женских половых органов очень важно выявление предраковых заболеваний, правильное и своевременное их лечение, активное диспансерное наблюдение больных. Этому способствует выделение групп риска развития опухолей половых органов, диспансерное наблюдение за больными этих групп и их лечение.

Выделяют 5 групп высокого риска возникновения рака женских половых органов.

Группа 1 — женщины, угрожаемые по развитию рака наружных половых органов (больные крауро-зом вульвы, лейкоплакией и эритроплакией вульвы и влагалища).

Группа II — женщины, угрожаемые по возникновению рака шейки матки (больные с эктопией, эктропионом, эритроплакней, рецидивирующими полипами, лейкоплакией и дисплазией шейки матки).

Группа III — женщины, угрожаемые по развитию рака тела матки (больные с отягощенной онкологической наследственностью, нейроэндокринно-обменными расстройствами, нарушением овуляции, гиперпластическими процессами эндометрия, гормонально-активными опухолями яичников, миомой матки).

Группа IV — женщины, угрожаемые по возникновению рака яичников (больные с отягощенной онкологической наследственностью, женщины, перенесшие операции на яичниках, с кистами яичников, хроническим воспалением придатков матки, множественной миомой матки, дисфункцией яичников, доброкачественными опухолями яичников).

Группа V — женщины, угрожаемые по развитию рака маточных труб (больные с хроническим рецидивирующим воспалением придатков матки).

Рациональное ведение родов уменьшает вероятность травмы шейки матки, снижает частоту развития эктропиона шейки матки.

Женщины, у которых выявлен или заподозрен предопухолевый процесс или опухоль половых органов, должны быть направлены в специализированные стационары для обследования и лечения.