

The background features a dark green field with several sets of concentric circles and thin, light green lines that intersect to form a grid-like pattern. The text is centered in a yellow, serif font.

Опухоли женских половых органов

Фоновые и предраковые заболевания ЖПО

Фоновые процессы вульвы

- Крауроз
- Лейкоплакия



Лейкоплакия вульвы



Остроконечные кондиломы



Папилломы НПО



Киста бартолиновой железы



Киста железы возникает при:

- инфицировании железы и протоков половыми инфекциями (гонорея, хламидия, уреаплазма, микоплазма или трихомонада),
- при кандидозе (молочнице),
- при бурном размножении условно-патогенной флоры ввиду слабого иммунитета (кишечная палочка, стрептококк или стафилококк)

Развитию кисты бартолиновой железы способствует:

- нарушение интимной гигиены,
- травма кожи и половых губ при эпиляции, бритье,
- ношение тесного и недышащего белья,
- проведение аборта или других гинекологических процедур и вмешательств,
- нерегулярные, но очень интенсивные половые акты, множественные, с натертостями и травмами.

Бартолинит



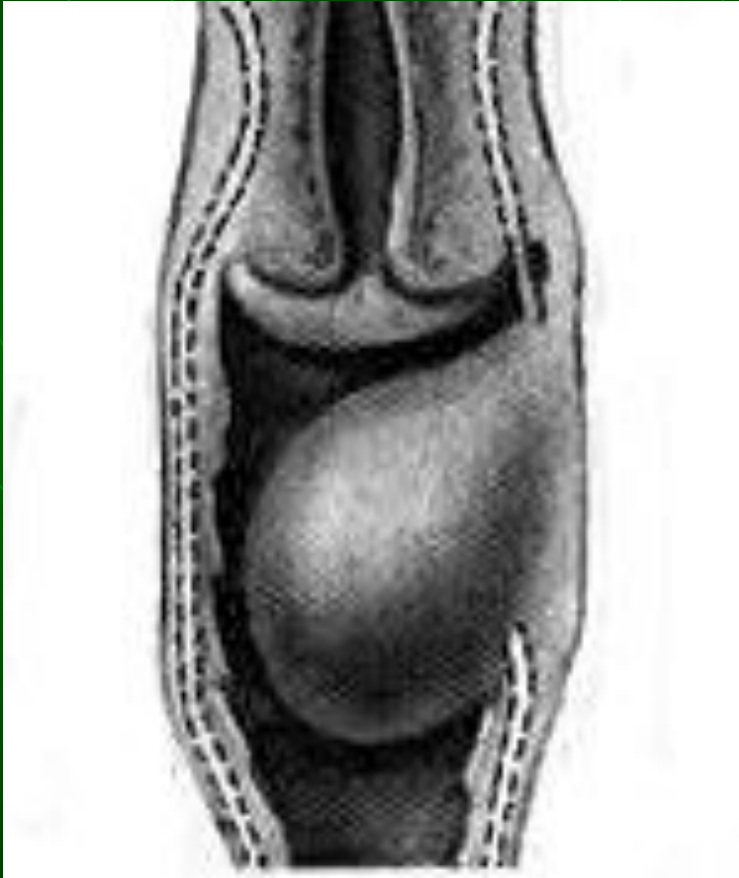
Абсцесс бартолиновой железы



Лечение кисты бартолиновой железы

- Вскрытие и дренирование кисты
- Марсупиализация кисты.
- Постановка word-катетера
- Пунктирование кисты

Киста влагалища



- **Киста влагалища** — ретенционное опухолевидное образование влагалищной стенки, не обладающее пролиферативным ростом, а увеличивающееся в результате накопления жидкого содержимого



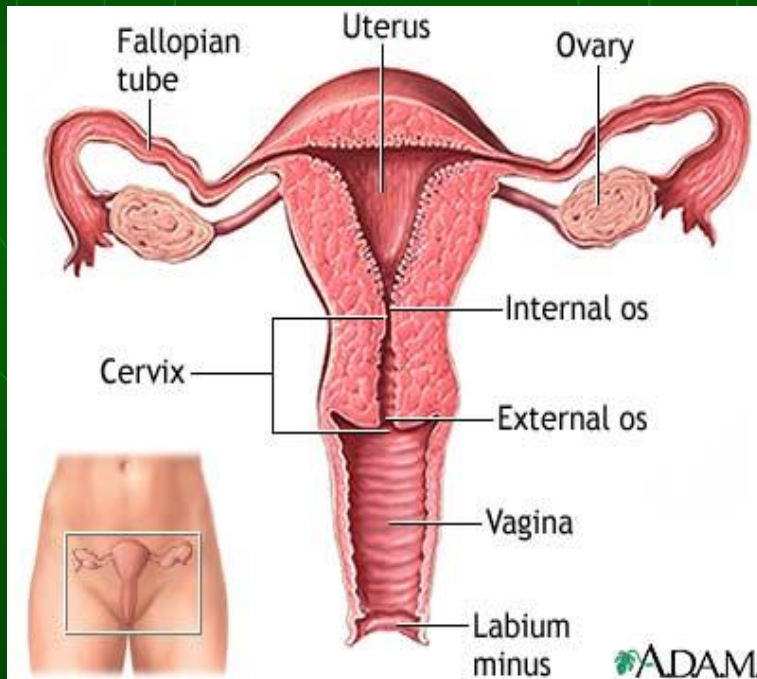
- **Киста**
влагалища может располагаться поверхностно или проникать в глубину тканей и достигать околоvagинальной клетчатки.

- **Врожденные кисты** могут развиваться из эмбриональных частей мюллеровых или парауретральных протоков, гартнеровых ходов.
- **Имплантиционные кисты** влагалища, образованные эпителиальными элементами, проникшими в толщу тканей при хирургическом прерывании беременности, родовых травмах, оперативном лечении свищей влагалища, устранении послеродовых разрывов и рубцов и т. д.

Рак НПО



Опухоли женских половых органов



- Шейки матки
- Тела матки (эндометрия)
- Яичника

Статистика

Рак шейки матки занимает второе место по частоте встречаемости среди злокачественных новообразований женских половых органов.

По данным Международной федерации гинекологов и акушеров распределение рака шейки матки по стадиям развития является следующим:

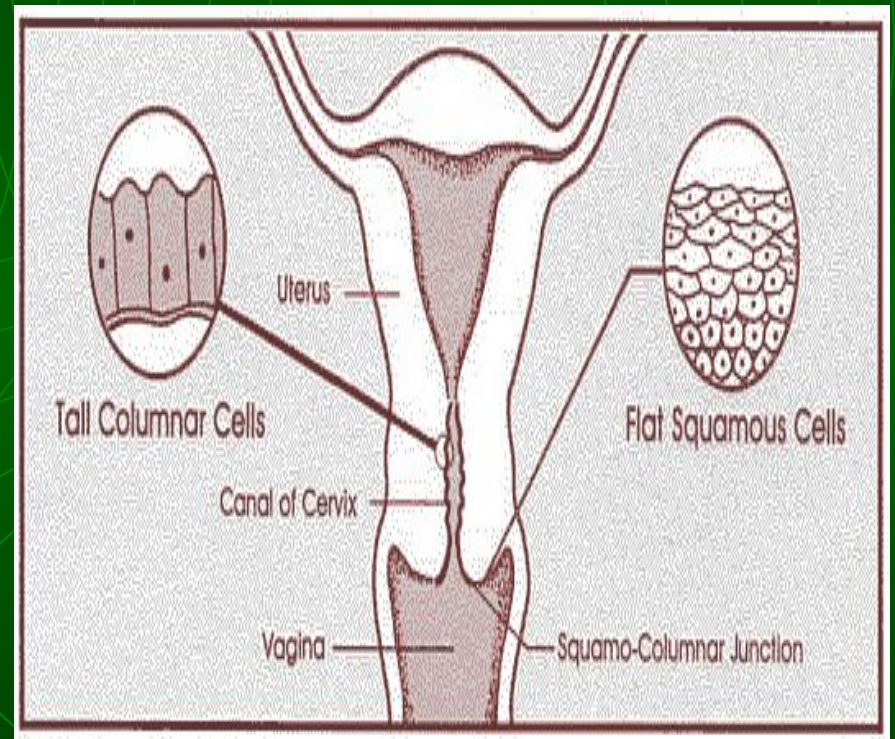
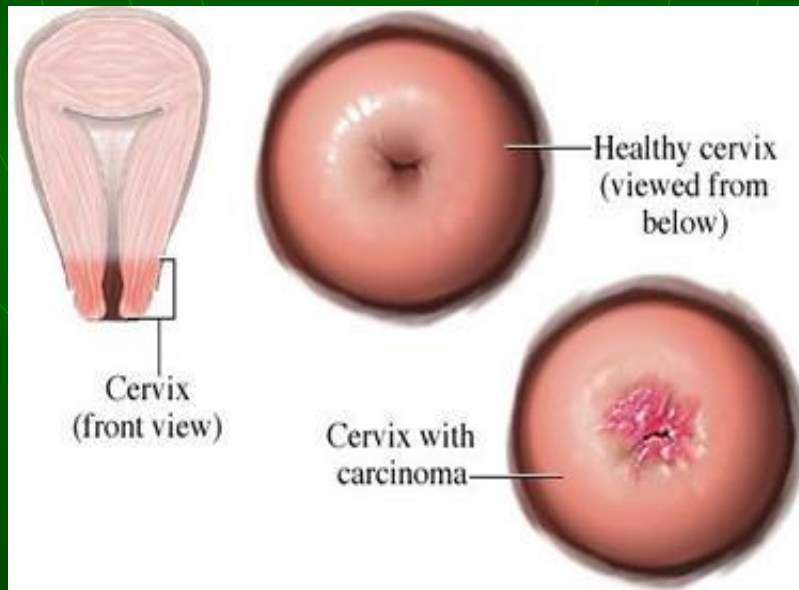
I ст. – 33%;

II ст. – 36%;

III ст. – 27%;

IV ст. – 4%.

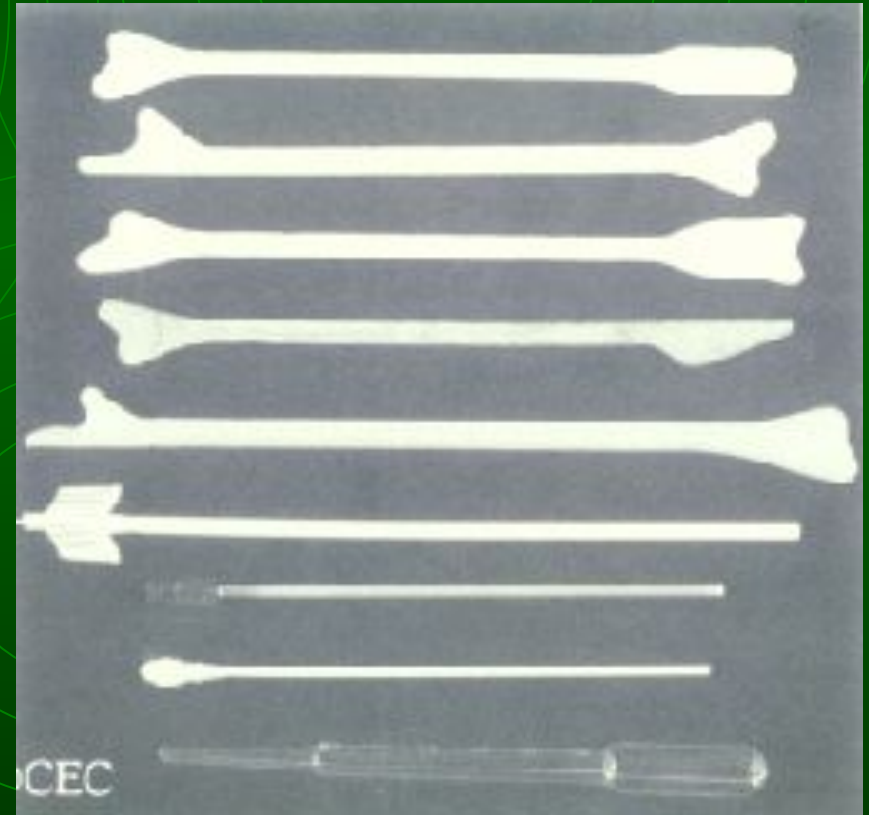
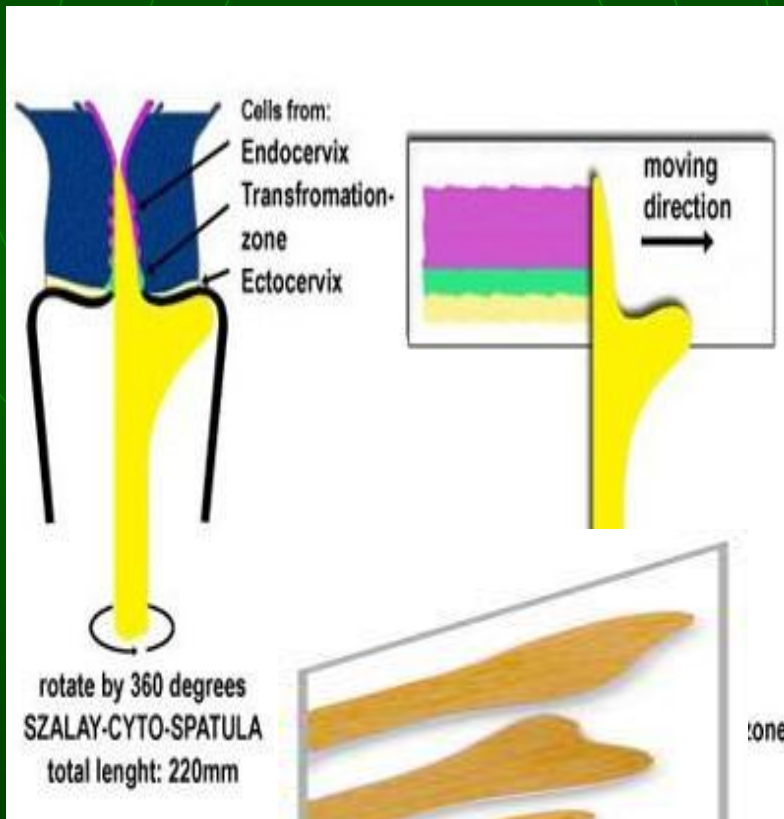
Рак шейки матки



Результаты анализа цитологического скрининга рака шейки матки

1. По данным многих авторов, процент выявления воспалительных заболеваний при цитологических исследованиях колеблется от 8,86 до 22,10.
2. Цитологическая выявляемость дисплазий колеблется от 0,04-0,98 до 18,4% . Цитологическая выявляемость рака шейки матки варьируется в широких пределах – от 0,01-0,04, до 0,05-0,06% .
3. Патогистологическое исследование проводят у женщин с диагностированной тяжелой дисплазией, подозрением на рак и при раке шейки матки в 46,10-70,00% случаев.
4. Показатели выявляемости рака шейки матки противоречивы, в публикациях различных авторов колеблются от 0,066 до 0,03%. В 15,7 % случаев выявляют фоновые заболевания, в 26,49% - клинические и кольпоскопические изменения эпителия: тяжелую степень дисплазии, подозрение на рак и рак шейки матки.
5. Распределение 32000 больных, лечившихся в 120 онкологических центрах (преимущественно в развитых странах), по стадиям развития рака шейки матки:
 - I ст. – 33%,
 - II ст. – 36%,
 - III ст. – 27%,
 - IV ст. – 4% (9%).

Рак шейки матки



Факторы риска (1):

1. Наследственность.

2. Механическое и химическое воздействие на шейку матки:

- 1) применение химических и механических контрацептивов;
- 2) частое соприкосновение полового члена с шейкой матки во время полового акта;
- 3) травмы шейки матки во время родов;
- 4) наличие в анамнезе абортов.

3. Изменение гормонального гомеостаза:

- 1) нарушения менструального цикла;
- 2) появление менархе ранее 12 лет;
- 3) наличие в анамнезе более трех беременностей;
- 4) хорошо выраженное, по мнению пациентки, либидо;
- 5) отсутствие регулярной половой жизни;
- 6) раннее начало половой жизни.

Факторы риска (2):

4. Инфекция:

- 1) перенесенные в детстве вирусные инфекции;
- 2) наличие в анамнезе воспалительных процессов шейки матки и влагалища;
- 3) большое количество половых партнеров;
- 4) частые половые контакты при беспорядочной половой жизни.

5. Изменение общего состояния организма с возможным нарушением иммунного гомеостаза:

- 1) работа с химическими веществами;
- 2) наличие хронических экстрагенитальных заболеваний.

Классификация заболеваний шейки матки (1):

I. Фоновые процессы.

А. Гиперпластические процессы, связанные с гормональными нарушениями:

- 1) Эктопия;
- 2) Полип;
- 3) Папилломы;
- 4) Лейкоплакия;
- 5) Эндометриоз.

Б. Воспалительные процессы:

- 1) Истинная эрозия;
- 2) Цервициты.

В. Посттравматические процессы:

- 1) Разрывы;
- 2) Эктропион;
- 3) Рубцовые изменения;
- 4) Шеечно-влагалищные свищи.

Классификация заболеваний шейки матки (2):

- II. Предраковые состояния:

- А. Дисплазия различной степени выраженности (цервикальная интраэпителиальная неоплазия).

- Б. Лейкоплакия.

- III. Рак шейки матки:

- А. Преклинические формы:

- 1) Рак in situ (внутриэпителиальный, стадия 0).

- 2) Микрокарцинома (стадия 1А).

- Б. Клинические формы: стадии I B, II, III, IV.

Классификация заболеваний шейки матки согласно МКБ – X (1)

- №72. Воспалительная болезнь шейки матки: цервицит, эндоцервицит, эндоцервицит с эрозией или эктропионом, или без них
- №74.0 Туберкулезная инфекция шейки матки
- №80.8 Другой эндометриоз (включает шейку матки)
- №84.1 Полип шейки матки
- №86. Эрозия и эктропион шейки матки. Декубитальная (трофическая) язва шейки матки. Выворот шейки матки. Исключены их сочетания с цервицитом
- №87. Дисплазия шейки матки. Исключена карцинома in situ шейки матки (D06)
- №87.0 Слабо выраженная дисплазия шейки матки. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия I степени
- №87.1 Умеренно выраженная дисплазия шейки матки. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия II степени
- №87.2 Резко выраженная дисплазия шейки матки, не классифицированная в других рубриках. Резко выраженная дисплазия БДУ. Исключена интраэпителиальная неоплазия III степени с упоминанием (или без него) о резко выраженной дисплазии (D06)

Классификация заболеваний шейки матки согласно МКБ – X (2)

№87.9 Дисплазия шейки матки неуточненная

№88. Другие невоспалительные болезни шейки матки (исключены №72и №84.1)

№88.0 Лейкоплакия шейки матки

№88.1 Старый разрыв шейки матки. Спайки шейки матки: исключена акушерская травма (071.3)

№88.2 Сриктура и стеноз шейки матки. Исключена как осложнение родов (065.5)

№88.3 Недостаточность шейки матки. Обследование и помощь при (предполагаемой) истмико-цервикальной недостаточности вне беременности

№88.4. Гипетрофическое удлинение шейки матки.

№88.8. Другие уточненные болезни шейки матки. Исключена текущая травма (071.3)

№88.9. Невоспалительная болезнь шейки матки неуточненная.

Отечественная классификация

- *Фоновые* заболевания:
 - Невоспалительные процессы:
 - Эктопии, полипы, папилломы, лейкоплакии, эндометриоз
 - Воспалительные (эрозии, цервициты)
 - Посттравматические (разрывы, эктропион, свищи)
- *Предраковые* (дисплазии)
- *Рак* шейки матки



**Фоновые
процессы шейки
матки**

Истинная эрозия – повреждение, дефект многослойного плоского эпителия на влагалищной части шейки матки вокруг наружного зева.

Эрозия:

- 1) Воспалительного генеза;
- 2) Травматического генеза.



- Эрозия образуется в результате раздражения шейки матки патологическими выделениями из цервикального канала при эндоцервите.

Эрозия шейки матки



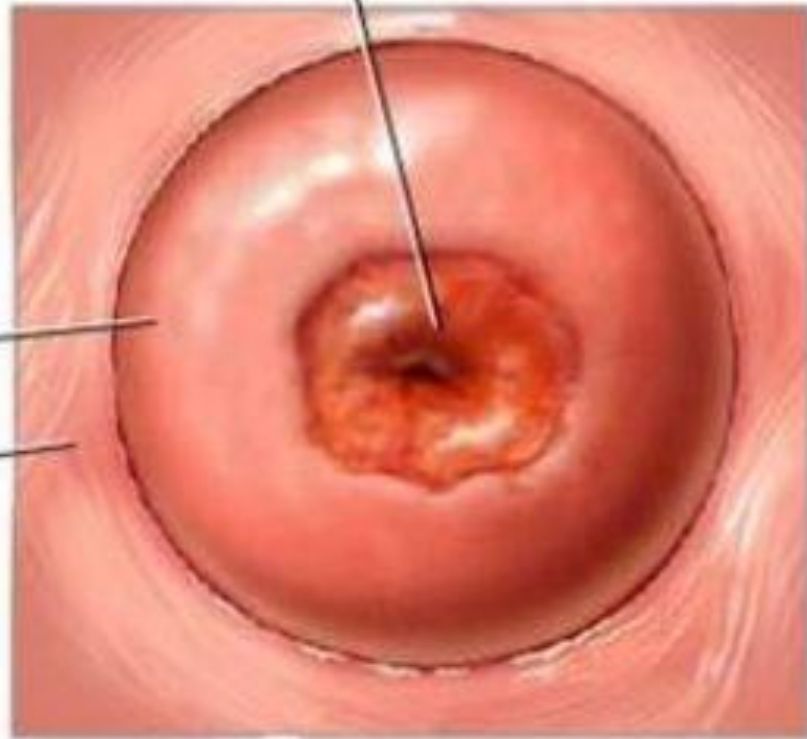
На изображении и видны язвенные дефекты слизистой внешней слизистой части шейки матки.

эрозия шейки матки



шейка

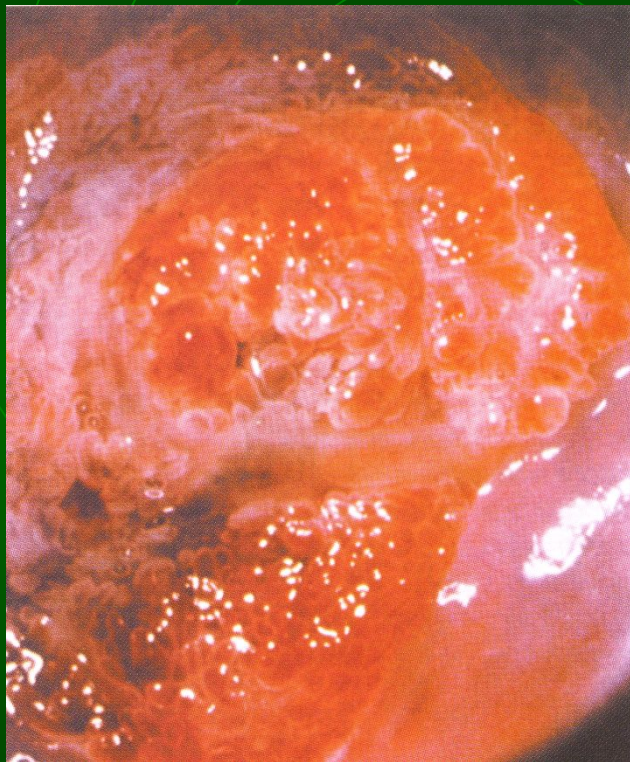
стенка
влагалища



- Истинная эрозия имеет ярко-красный цвет, неправильную форму и легко кровоточит при прикосновении. Стадия истинной эрозии существует недолго (1-2 нед), вскоре начинается ее заживление.



Эктопия шейки матки— это распространение однослойного цилиндрического эпителия шеечного канала за пределы наружного зева на эктоцервикс, в норме покрытый многослойным плоским эпителием.



Классификация псевдоэктопии

- I. По этиопатогенезу
 - врожденная;
 - приобретенная;
 - рецидивирующая.
- II. По клиническому течению
 - неосложненная форма;
 - осложненная форма.
- III. По гистологическому строению
 - железистая (фолликулярная);
 - папиллярная (одновременное образование сосочков);
 - эпидермизирующая (участки цилиндрического эпителия многослойным плоским в результате экзогенных или эндогенных воздействий).
- IV. По характеру процесса:
 - законченную (сформировавшуюся) зону превращения;
 - незаконченную (несформировавшуюся) зону превращения;
 - атипическую зону трансформации.

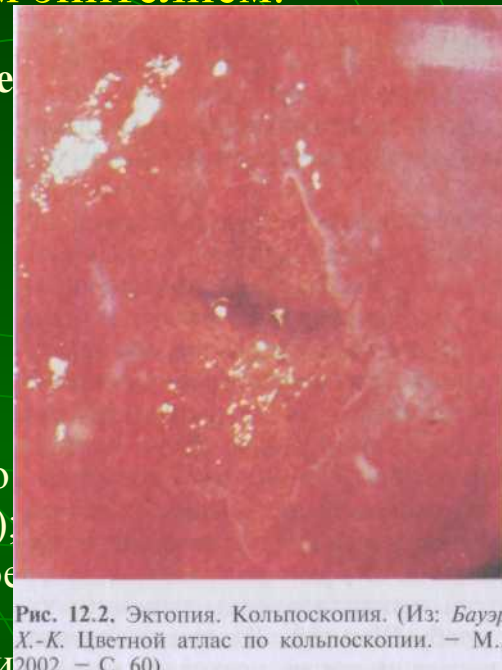


Рис. 12.2. Эктопия. Кольпоскопия. (Из: Бауэр Х.-К. Цветной атлас по кольпоскопии. — М., 2002. — С. 60).

- **В 1-ой стадии заживления (псевдоэрозия)** дефект многослойного плоского эпителия замещается цилиндрическим эпителием, распространяющимся из цервикального канала. Псевдоэрозия может существовать в течение многих месяцев и даже лет, если не проводить лечения.



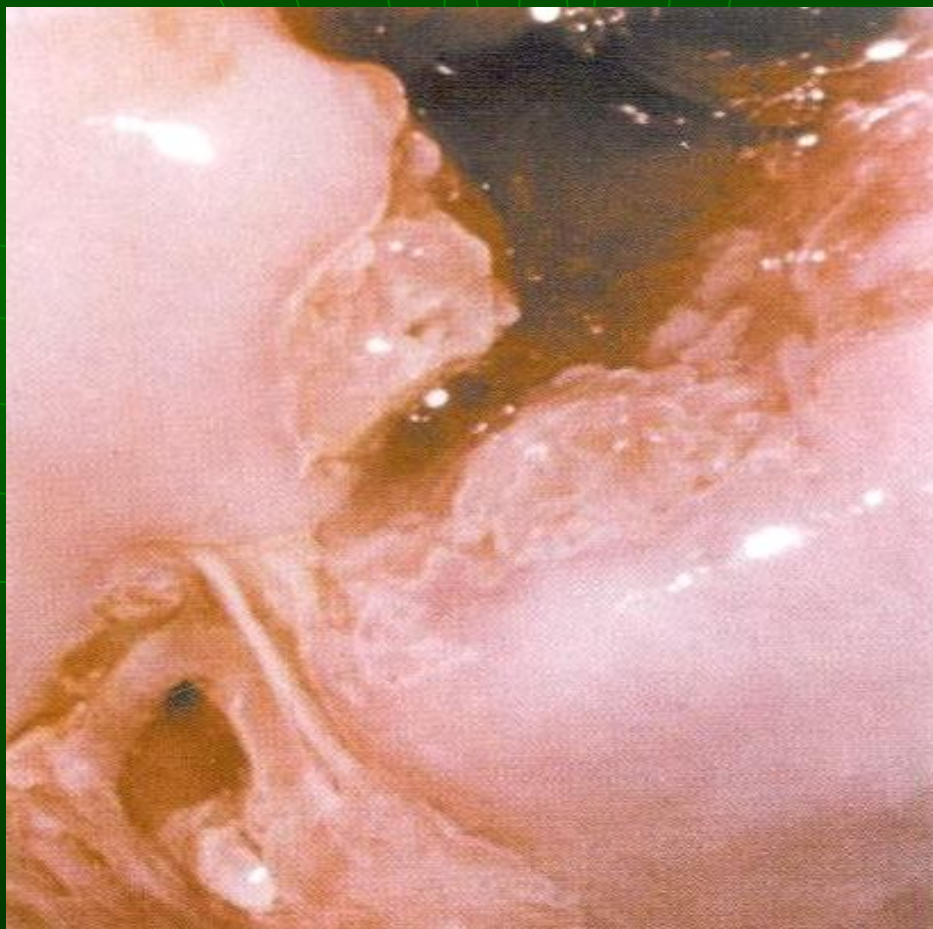
- При затухании воспалительного процесса самопроизвольно или под влиянием проводимого лечения наступает **2 стадия** заживления эрозии, при которой многослойный плоский эпителий с краев начинает вытеснять или покрывать цилиндрический эпителий.



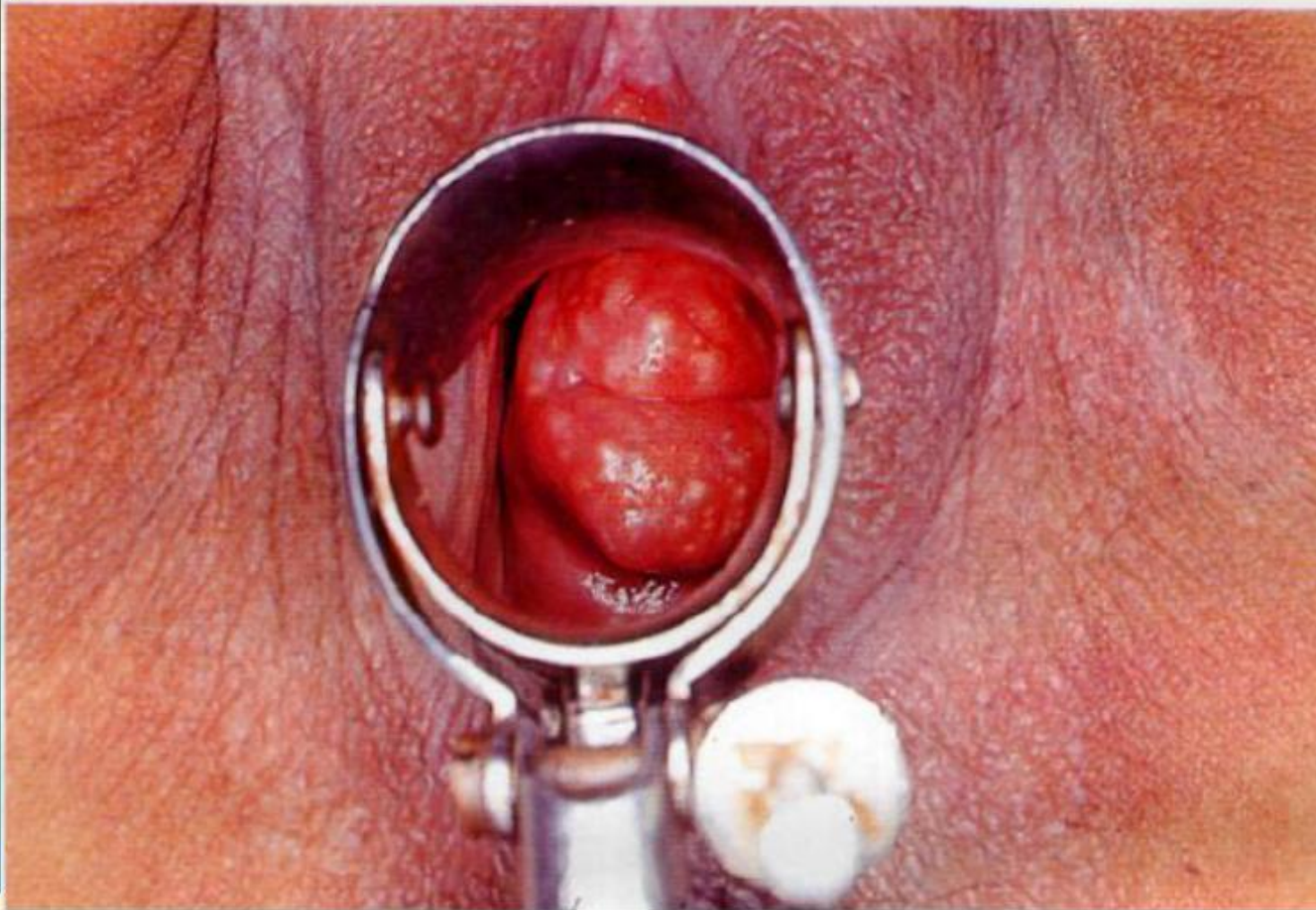
В настоящее время известно, что эрозия шейки матки может быть не только следствием воспаления, но и результатом врожденных и дистрофических изменений ее эпителия, а также гормональных нарушений в организме женщины. При наличии эрозии женщину беспокоят патологические выделения, обычно слизистогнойного характера, иногда контактные кровянистые выделения и тянущие боли в области крестца.



Эрозированный эктропион — это выворот слизистой оболочки цервикального канала, псевдоэрозия в сочетании с рубцовой (чаще послеродовой) деформацией шейки матки.



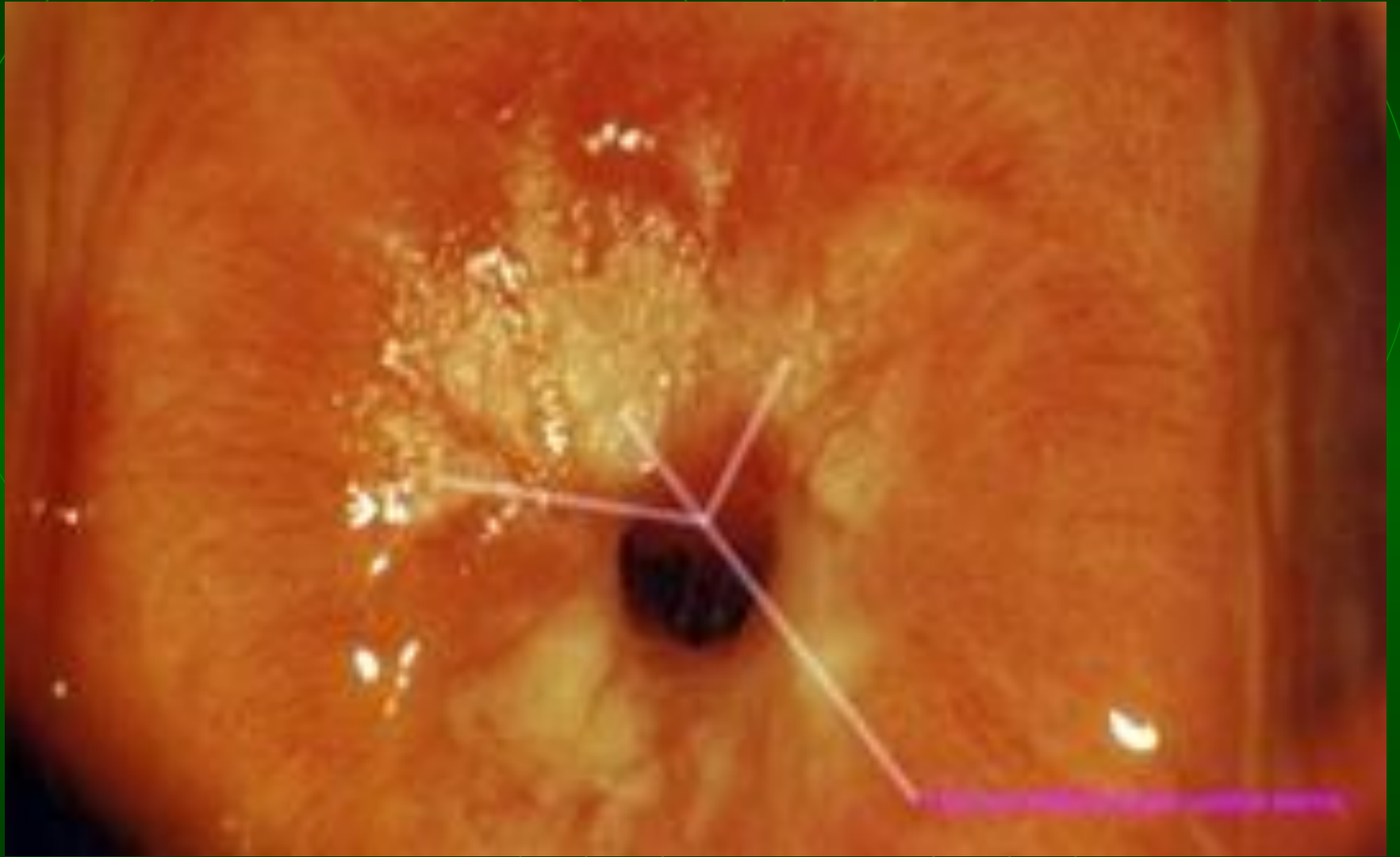
Эктропион



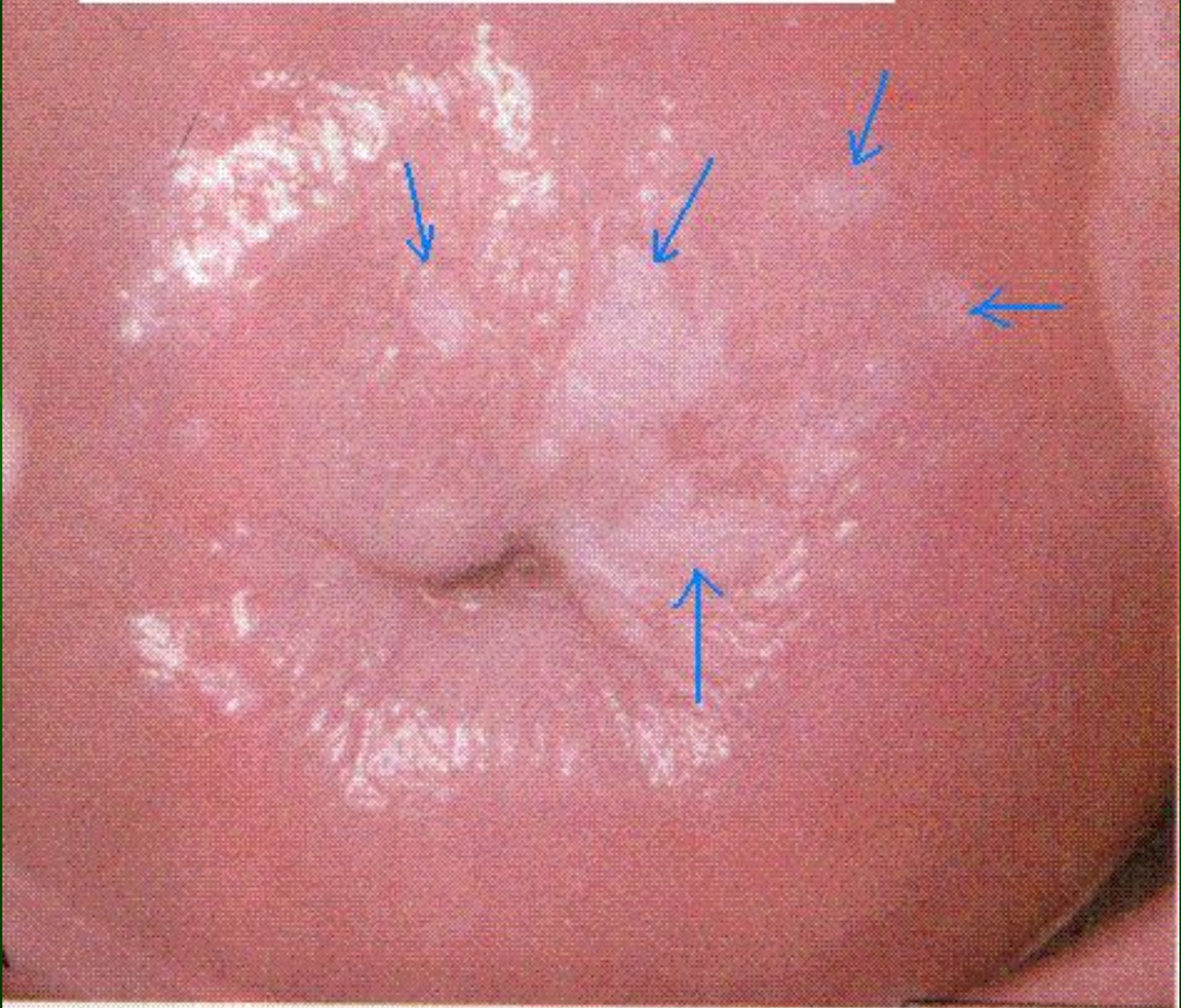
Лейкоплакия - это избыточное ороговение эпителия (греч.: leucos placia – белая бляшка); безъядерные клетки плоского эпителия (чешуйки), которые могут располагаться изолированно или пластами, ороговение промежуточных клеток.







Стрелки указывают на бляшки лейкоплакии



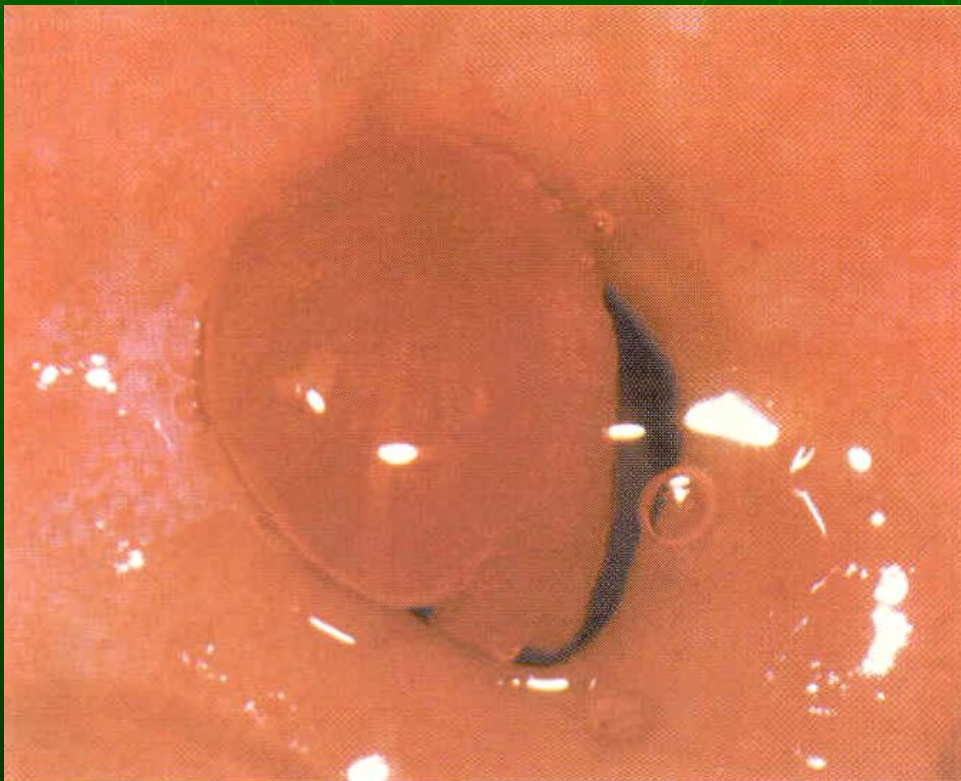
Эритроплакия – это уплощение и истончение пласта многослойного плоского эпителия за счет атрофии функционального и промежуточного слоев.



Цервикоз — собирательное понятие, которое включает в себя увеличенную (гипертрофированную), деформированную, возможно с наличием эктопии шейки матки, шейку матки, содержащую большое количество ретенционных кист.



Полип цервикального канала — очаговая пролиферация эндоцервикса, при которой древовидные выросты соединительной ткани, покрытые цилиндрическим эпителием, выступают в просвет шеечного канала или за его пределы.



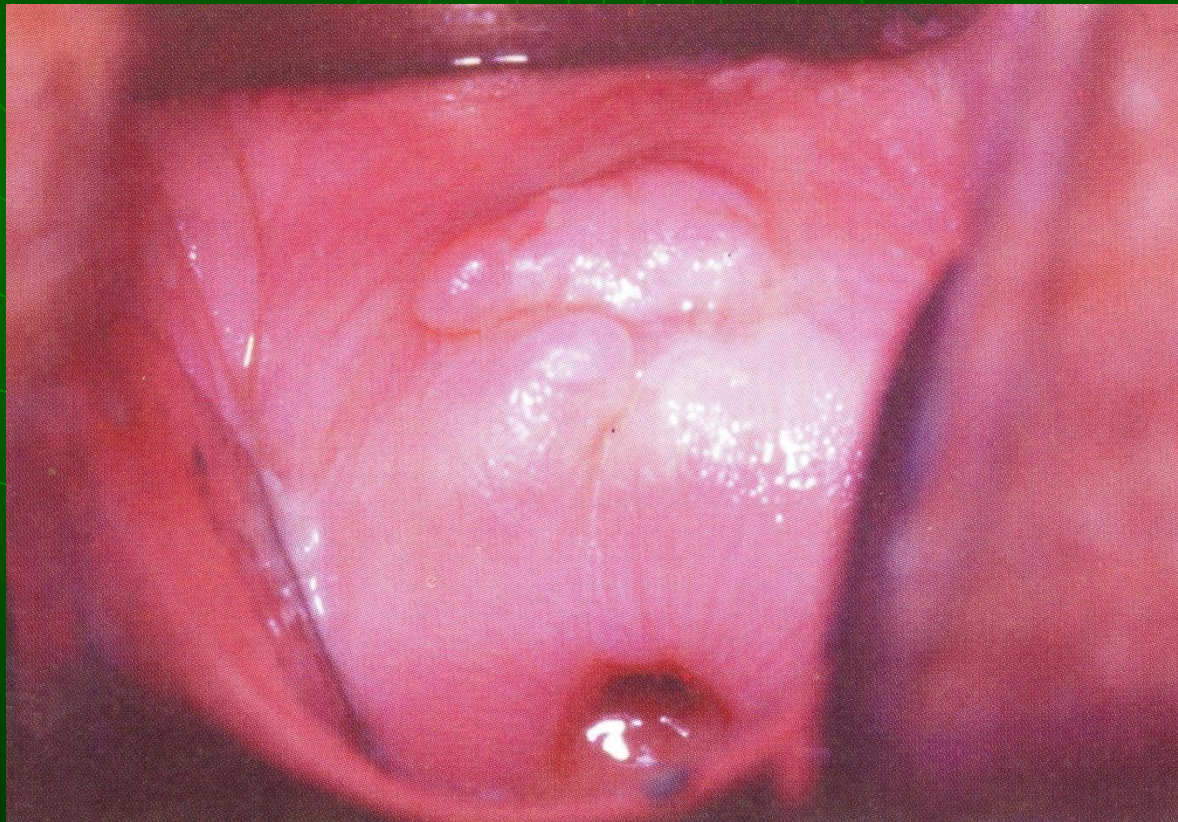
Классификация по морфотипу:

- простые;
- пролиферирующие;
- эпидермизирующие.

Классификация в зависимости от гистостроения:

- железистые;
- железисто-фиброзные;
- фиброзные.

Папилломы - это доброкачественные образования вследствие инфицированности папилломавирусной инфекцией (ПВИ), которые характеризуются разрастанием стромы и многослойного плоского эпителия с его ороговением.



Хронический эндоцервицит – хроническое воспаление слизистой оболочки цервикального канала.



Эндометриоз шейки матки – патологический процесс, формирующийся на фоне нарушения гормонального и иммунного гомеостазов и характеризующийся ростом и развитием ткани, идентичной по структуре и функции с эндометрием, в шейке матки.





Рис. 7.7. Эндометриоз шейки матки. Кольпоскопия. (Из: Бауэр Х.К. Цветной атлас по кольпоскопии. — М., 2002. — с. 99).



ШЕЙКА МАТКИ

ЭНДОМЕТРИОЗ

Дисплазия - это атипия клеток среднего и базального слоя эпителия шейки матки с нарушением слоистости, но без вовлечения в процесс поверхностного слоя и стромы (цервикальная интраэпителиальная неоплазия – CIN).

По классификации ВОЗ, в зависимости от степени атипии клеток и глубины поражения эпителиального пласта различают:

- слабую дисплазию (I степени);
- умеренную дисплазию (II степени);
- тяжелую дисплазию (III степени).

**Нормальные клетки
шейки матки**



**Нормальная шейка
матки**



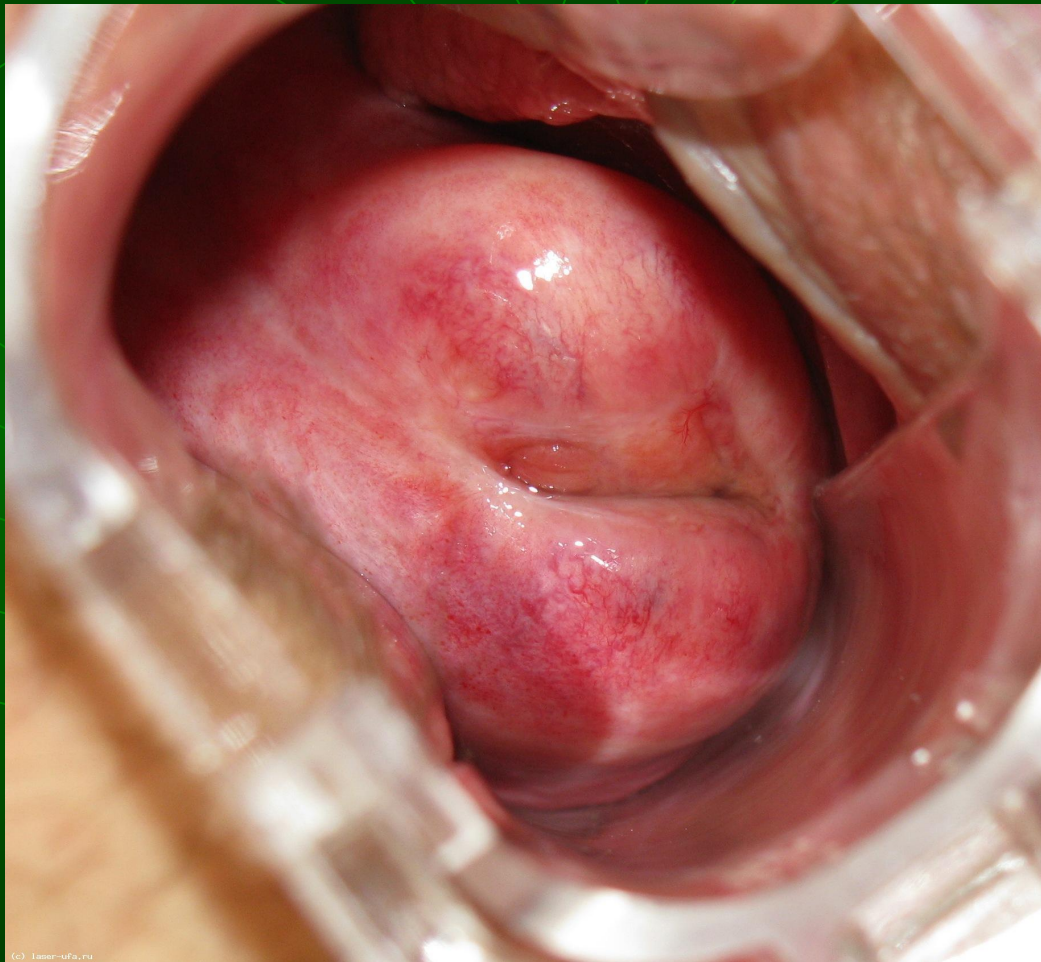
Предраковые клетки



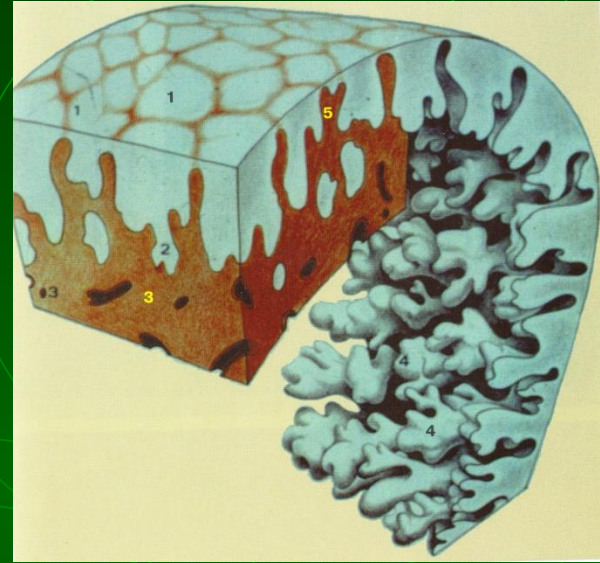
Дисплазия шейки матки



Предрак шейки матки



Дисплазия



Схематическое изображение мозаики.

Атипичная васкуляризация МПЭ в виде ветвящихся стромальных папилл с сосудами внутри.

- 1 - поля мозаики на поверхности МПЭ различной формы и величины, разделенные красными линиями;
- 2 - плоский эпителий;
- 3 - строма;
- 4 - эпителиальные выросты, проникающие в строму;
- 5 - стромальные выросты (папиллы), разветвленные в плоском эпителии.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

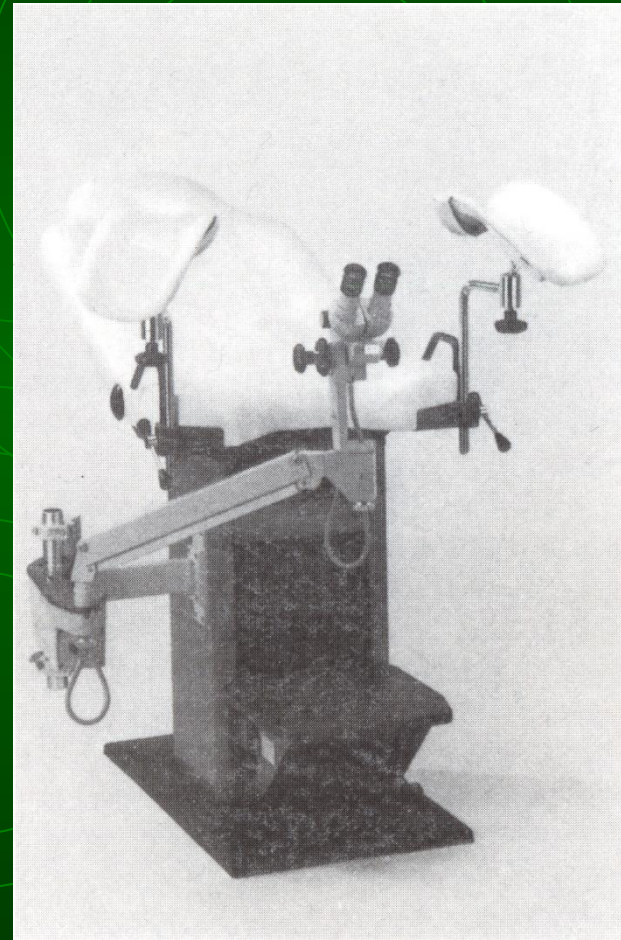
1. Сбор анамнеза.
2. Общий и гинекологический осмотр.
3. Цитологическое исследование.
4. Кольпоскопия.
5. Гистологический метод.
6. Цервикоскопия.
7. Обследование на ИППП (хламидиоз, уреоплазмоз, микоплазмоз, ВПГ, ВПЧ и ЦМВ), бактериальный вагиноз.
8. Изучение гормональной активности яичников
9. Иммунограмма.

Кольпоскопия — метод исследования эпителия шейки матки и влагалища с помощью кольпоскопа

1. Простая кольпоскопия — осмотр шейки матки без удаления слизи и обработки растворами квадрант за квадрантом по часовой стрелке:

- цвет;
- рельеф;
- граница плоского и цилиндрического эпителия;
- расположение и форма сосудов.

После осторожного удаления эпителия осмотр повторяется



2. Расширенная кольпоскопия – осмотр эпителия с применением различных тестов; определяется реакция тканей в ответ на обработку медикаментозными растворами, красителями и при освещении монохромным светом:

- Уксусная кислота (3% р-р):
 - растворяет слизь и делает ее более прозрачной;
 - выявляет мелкие возвышения и углубления;
 - вызывает набухание и побеление атипического эпителия, более отчетливо выделяя его границы;
 - сосочковая структура участков, покрывающих цилиндрический эпителий, становится более рельефной;
 - нормальные сосуды, как правило, исчезают, атипичные – не изменяются.
- проба Шиллера (р-р Люголя): в норме плоский многослойный эпителий окрашивается в темно-коричневый цвет (йодопозитивная зона – содержание гликогена достаточно). Йодотрицательные зоны р-ром Люголя не окрашиваются (содержание гликогена в клетках снижено): рубцы, лейкоплакия, атипическая зона превращения, папиллома, эритроплакия.



Рис. 12.5. Ацетоуксусный тест. Кольпоскопия. (Из: *Бауэр Х.-К. Цветной атлас по кольпоскопии.* — М., 2002. — С. 216–217).

3. **Кольпоскопия через цветные фильтры** — применяется для более детального изучения сосудистого рисунка.
4. **Флюоресцентная кольпоскопия** — кольпоскопия после окрашивания акридином оранжевым, уранином.
5. **Кольпомикроскопия** — «прижизненное» гистологическое исследование эпителия шейки матки с применением различных красителей под большим увеличением (в 160-280 раз) при подведении тубуса непосредственно к шейке матки.

Методы лечения патологии шейки матки:

1. Коагуляция шейки матки:

- Химическая (солкогин, солковагин);
- CO₂ – лазерная вапоризация;
- Диатермоэлектрическая;
- Термическая (криодеструкция).

2. Конизация шейки матки:

- Хирургическая (ножевая);
- Электрическая (петлей Роговенко);
- Лазерная (CO₂-лазером).

3. Реконструктивно-пластические операции, ампутация шейки матки – клиновидная или конусовидная.

4. Радиоволновая хирургия (прибор «Сургитрон-ТМ»).

Химическая коагуляция

Солковагин – смесь органических и неорганических кислот.

Характеристика:

Избирательным коагулирующее действие на на цилиндрический эпителий, не повреждая здоровый многослойный.

Глубина проникновения препарата – 3,5 мм.

Струп бескровно и безболезненно отторгается на 3-4 день.

Эпителизация «молодым» многослойным плоским эпителием наступает к 9 дню, полная эпителизация завершается через 3-4 недели.

Процедура безболезненна.

Эффективность методики 80-90%.

Методика химической коагуляции СОЛКОВАГИНОМ:

1. лечение проводится в первую фазу цикла;
2. солковагин наносят ватным тампоном в пределах здоровой ткани. Образуется струп белого или желтого цвета;
3. через 2-3 мин. солковагин наносят на уже образовавшийся струп повторно.

Лазерная коагуляция (конизация)

Характеристика:

1. Проводится амбулаторно, на 4-7 день цикла.
2. Полная эпителизация наступает на 16-40 день.
3. Наиболее предпочтительный метод.

Преимущества:

1. Отсутствие контакта;
2. Безболезненность;
3. Асептичность;
4. Бескровность;
5. Образование тонкой коагуляционной пленки, препятствующей проникновению инфекции в подлежащие ткани.

Диатермокоагуляция (ДЭК)

Характеристика:

1. Коагуляция производится без анестезии пуговчатым электродом до образования белого струпа. Сила тока 0,2-0,9 А.
2. Струп обрабатывается сразу после коагуляции и ежедневно 5% р-ром KMnO_4 .
3. Отторжение струпа происходит на 7-12 дни; полное заживление – через 1,5-2 месяца.
4. Показана при псевдоэрозии, лейкоплакии, эритроплакии.

ДЭК

Преимущества:

- доступность;
- почти полная бескровность;
- незначительная опасность распространения инфекции;
- производится амбулаторно, не требует госпитализации.

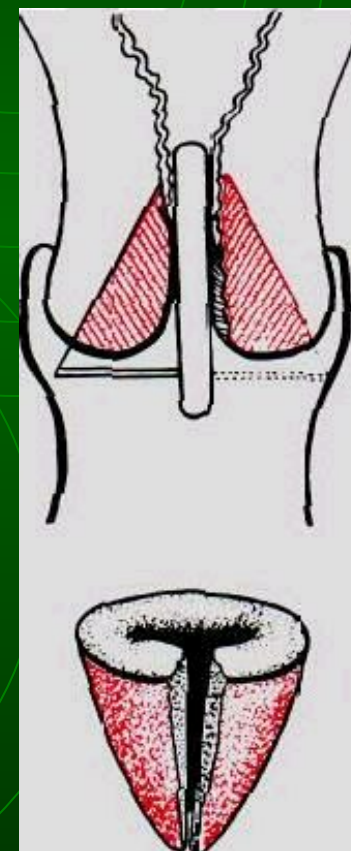
Недостатки:

- болезненность;
- кровотечение при отторжении струпа;
- образование грубых рубцов, стенозы и структуры шейки матки;
- обострение хронических воспалительных процессов придатков;
- шеечный имплантационный эндометриоз;
- длительная репарация тканей;
- нарушение менструальной функции;
- синдром коагулированной шейки;
- рецидивы;
- возникновение лейкоплакии (в результате нарушения трофики).

Диатермоконизация — **диатермоэлектроэксцизия (ДЭЭ)** проводится специальным электродом — конизатором Роговенко С.С. путем иссечения шейки матки в виде конуса с вершиной в цервикальном канале.

Характеристика:

1. Более болезненна, чем ДЭК, требует обезболивания (внутривенного).
2. Показана при эктопии шейки матки, лейкоплакии, эритроплакии при сочетании с деформацией шейки матки, эрозированным эктропионом, цервикозом.
3. Осложнения те же, что и при ДЭК, плюс истмико-цервикальная недостаточность, дистония шейки матки.



Лечение.

- В последнее время для лечения эрозии шейки матки начали применять **криотерапию**. К поверхности эрозии подводят криозонд, по которому циркулирует жидкий азот или его пары. Криозонд позволяет редко охладить ткани на нужную глубину. После оттаивания происходит некроз и отторжение замороженных тканей с последующим заживлением раневой поверхности.



Криотерапия (криодеструкция) – метод лечение патологии шейки матки, основанный на использовании охлаждающего агента (жидкий азот), действие которого вызывает некроз патологического очага. Эффективность 54-96%.

Преимущества:

- проводится амбулаторно, больная не теряет трудоспособность;
- безболезненность за счет быстрого разрушения нервных окончаний;
- проводится в любой день менструального цикла;
- отсутствие рубцов после заживления;
- не нарушает процесс раскрытия шейки матки во время родов;
- экономичность;
- бескровность;
- безопасность;
- минимальное число осложнений;
- технически легко выполняема;
- органосохраняющий метод.

Недостатки:

- невозможность получить ткани для гистологии;
- укорочение шейки матки после криотерапии;
- обильные жидкие выделения с потерей K⁺ при заживлении;
- рецидив заболевания возможен особенно у больных с нарушением менструального цикла;
- незначительная глубина воздействия;
- синдром коагулированной шейки.

Радиоволновая хирургия:

Характеристика:

1. Отсутствие грубого струпа после коагуляции.
2. Радиокаутеризация.
3. Бескровность процедуры.
4. Малоболезненность.
5. Высокая эффективность.
6. Отсутствие побочного действия.
7. Значительное сокращение времени операции и реабилитации.
8. Достижение превосходного косметического результата по сравнению с другими методами.

Возможности применения радиоволновой хирургии в гинекологии:

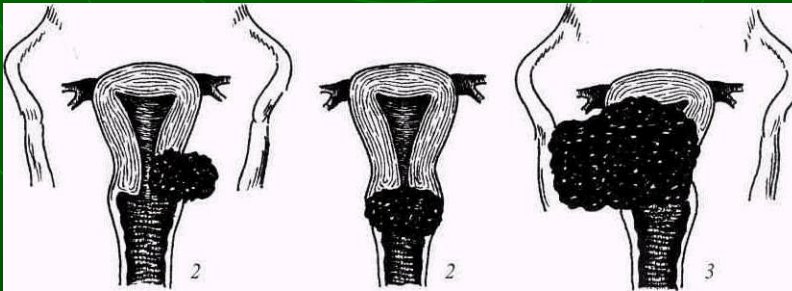
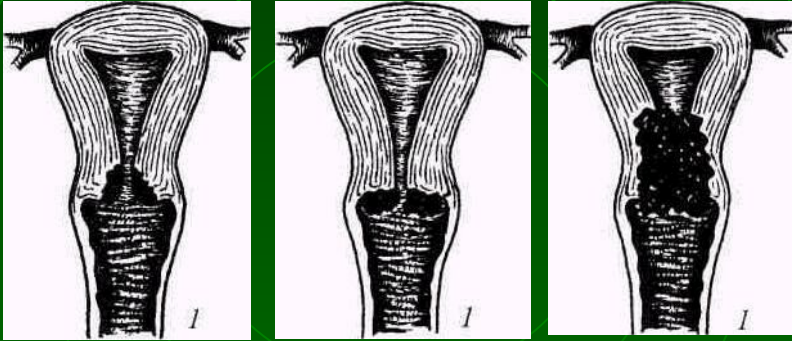
1. Удаление и фульгирация (поверхностное прижигание искрой переменного тока) кондилом вульвы, влагалища и перианальной области.
2. Удаление папиллом эстрагенитальной области.
3. Биопсия шейки матки.
4. Коагуляция эктопии шейки матки после биопсии.
5. Конизация шейки матки радиокаутеризацией.
6. Удаление невусов генитальных и экстрагенитальных.
7. Удаление жировиков.
8. Рассечение синехий вульвы.
9. Эпиляция.

Рак шейки матки

Классификация рака шейки матки по стадиям:

- 0 стадия** – преинвазивный внутриэпителиальный рак, Ca in situ
- Ia стадия** – опухоль ограничена шейкой матки, инвазия в строму не более 3 мм, диаметр опухоли – не более 10 мм - микрокарцинома
- Ib стадия** – опухоль ограничена шейкой матки с инвазией более 3 мм
- IIa стадия** – рак инфильтрирует влагалище, не переходя на нижнюю его треть (влагалищный вариант), или распространяется на тело матки (маточный вариант)
- IIb стадия** – рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах, не переходя на стенку таза (параметральный вариант)
- IIIa стадия** – рак инфильтрирует нижнюю треть влагалища или имеются метастазы в придатках матки; регионарные метастазы отсутствуют
- IIIb стадия** - рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах до стенки таза и имеются регионарные метастазы в лимфатические узлы таза, или определяется гидронефроз и нефункционирующая почка, обусловленная стенозом мочеточника
- IVa стадия** – рак прорастает мочевой пузырь или прямую кишку
- IVb стадия** – определяются отдаленные метастазы за пределами таза

Рак шейки матки



1. - первая стадия
2. - вторая стадия
3. - третья стадия
4. - четвертая стадия

Гистологические формы рака шейки матки:

1. Рак плоскоклеточный.
 - 1а. Рак плоскоклеточный неороговевающий.
 - 1б. Рак плоскоклеточный ороговевающий.
 - 1в. Низкодифференцированный плоскоклеточный рак.
2. Рак железистый.

Рак шейки матки

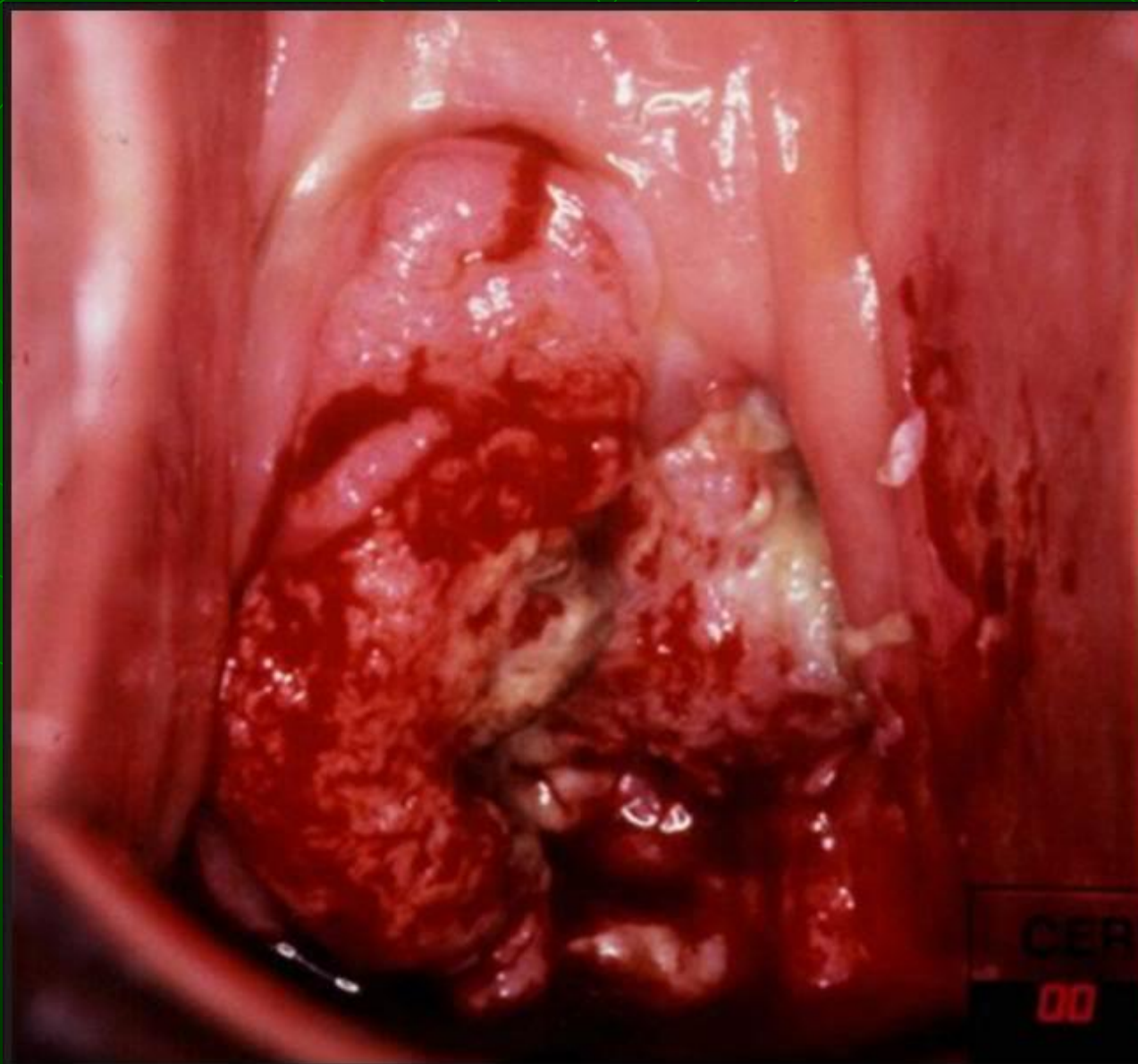


Uterine cancer

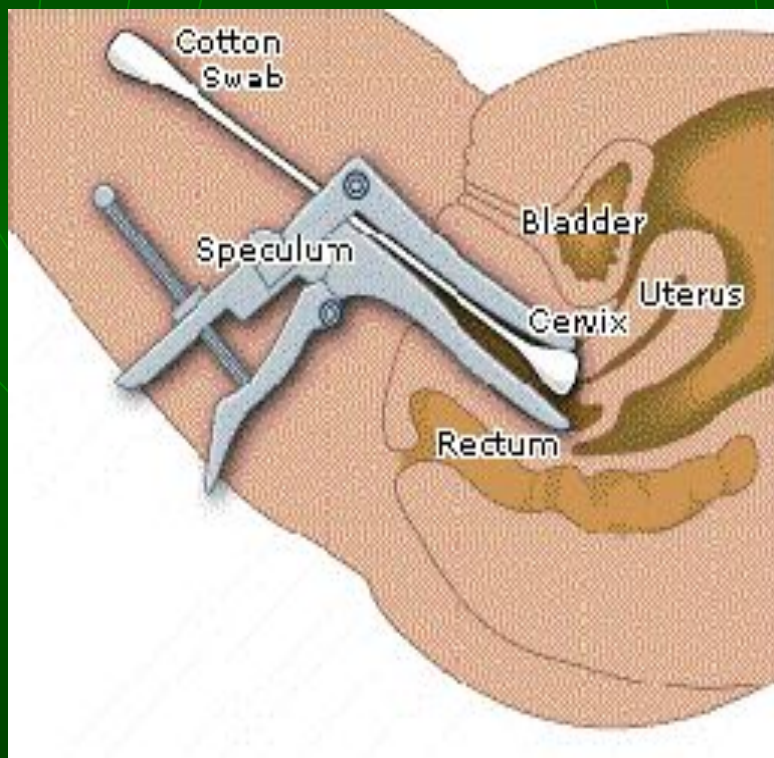
Клинико-анатомические формы рака шейки матки:

1. Экзофитные формы (32%). Наблюдается ранняя симптоматика. Разрастания в виде «морской капусты», легко кровоточат при касании, покрыты темными корками. Наиболее благоприятны в прогностическом отношении.
2. Эндофитные формы (52%). Шейка матки гипертрофирована, имеет бочкообразную форму, плотная, но эластичная, темно-багрового цвета, с выраженной сетью поверхностно расположенных капилляров. Обладают высокой способностью к распространению.
3. Смешанные формы (16%). Отмечаются кровоточащие бугристые разрастания.
4. Язвенно-инфильтративные формы встречаются при запущенных стадиях рака шейки матки и являются следствием распада и некроза опухоли в основном при эндофитных формах.

Рак шейки матки



Рак шейки матки

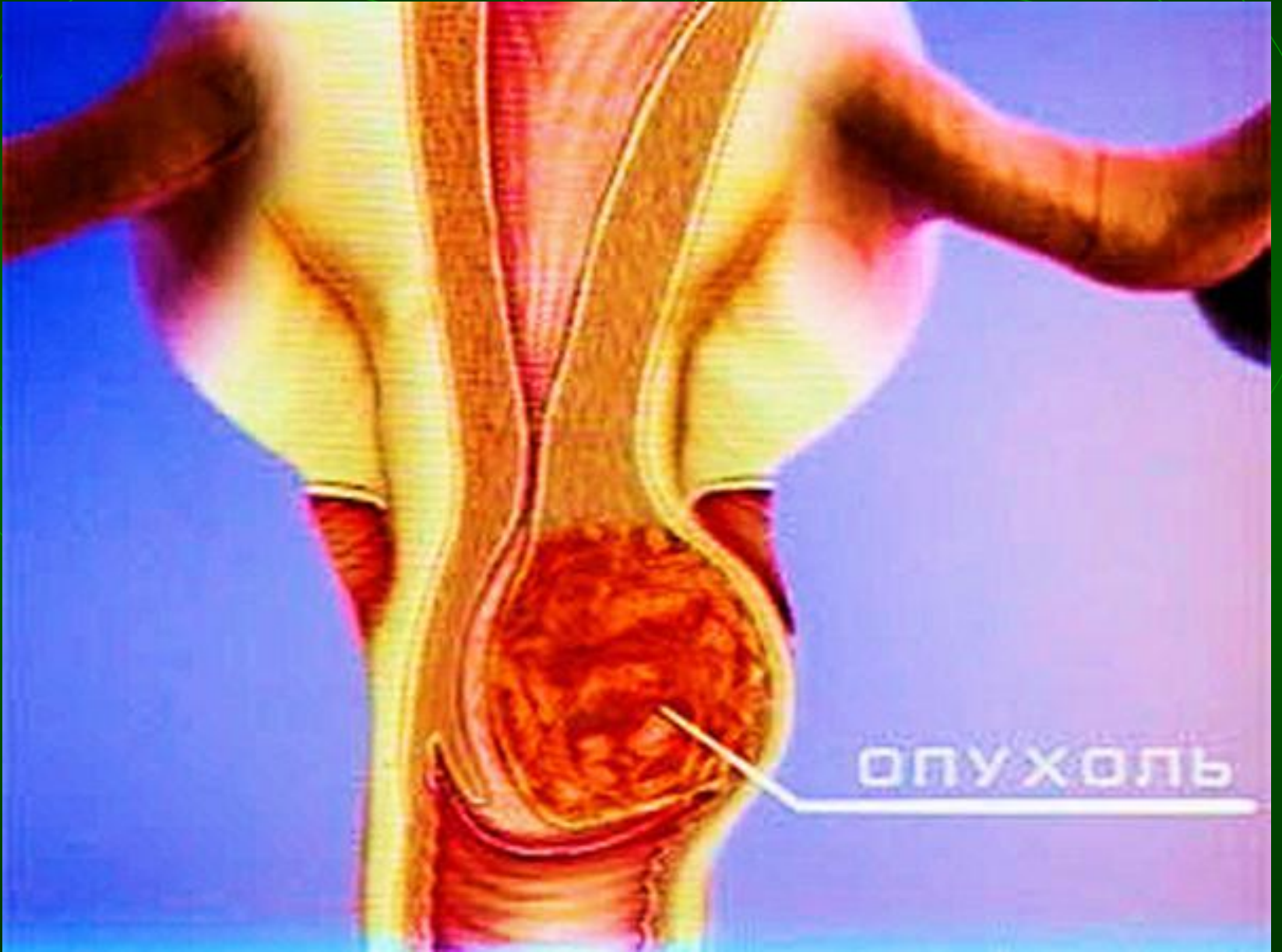


Классификация рака шейки матки по

TNM(1):

T - первичная опухоль

- Tis - преинвазивный рак (Ca in situ).
- t0 - первичная опухоль не определяется.
- T1 - рак, ограниченный шейкой матки.
- T1a - микроинвазивная карцинома (инвазия до 3 мм). Случаи, которые могут быть распознаны только гистологически.
- T1b - инвазивная карцинома.
- T2 - рак, распространяющийся за пределы шейки матки, но не достигающий стенок таза, и/или рак, вовлекающий стенки влагалища без распространения на ее нижнюю треть, и/или рак, переходящий на тело матки.
- T2a - рак, инфильтрирующий только влагалище или тело матки (без инфильтрации параметрия).
- T2b - рак, инфильтрирующий параметрий.
- T3 - рак, инфильтрирующий нижнюю треть влагалища, и/или параметрий до стенок таза (отсутствует свободное пространство между опухолью и стенкой таза).
- T3a - карцинома вовлекает нижнюю треть влагалища.
- T3b - карцинома распространяется до стенок таза и/или вызывает гидронефроз или отсутствие функции почки вследствие сдавления мочеточника опухолью.
- T4 - рак, выходящий за пределы малого таза или инфильтрирующий слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки (наличие буллезного отека недостаточно для отнесения к символу T4).
- Tx - недостаточно данных для оценки первичной опухоли.



Классификация рака шейки матки по TNM(2):

N - регионарные лимфатические узлы таза

- no - метастазы в регионарных лимфоузлах не выявляются.
- n1 - выявляются метастазы в регионарных лимфоузлах.
- N2 - пальпируется фиксированное уплотнение на стенке таза при наличии свободного пространства между ним и первичной опухолью.
- nx - оценить состояние регионарных лимфатических узлов невозможно.

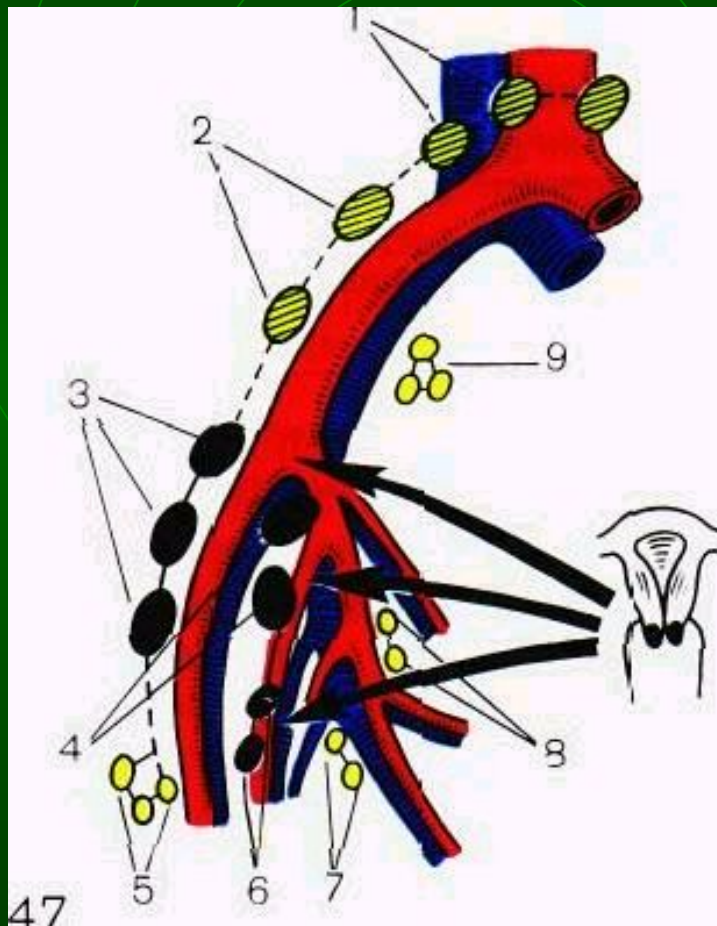
M - отдаленные метастазы

- m0 - нет признаков отдаленных метастазов.
- m1 - имеются отдаленные метастазы, включая поражение по ясных и паховых лимфатических узлов.
- Mx - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

Можно провести следующую аналогию с клинической классификацией по стадиям:

- Стадия 0 - Tis
- Стадия Ia - T1aN0M0
- Стадия Ib - T1bN0M0
- Стадия IIa - T2aN0M0
- Стадия IIb - T2bN0M0
- Стадия III - T3N0M0; T1-3N1M0; T1-3N0M0
- Стадия IV - T4 и/или M1 при любых значениях T и N.

Схема лимфогенного метастазирования при раке шейки матки.



- 1 — поясничные узлы;
- 2 — общие подвздошные;
- 3 — наружные подвздошные узлы;
- 4 — внутренние подвздошные узлы;
- 5 — паховые узлы;
- 6 — запирающие узлы;
- 7 — нижние ягодичные узлы;
- 8 — верхние ягодичные узлы;
- 9 — латеральные крестцовые узлы
- Черный цвет - лимфатические узлы I этапа метастазирования;
- Штриховка - II и III этапов;
- Белый цвет - ретроградные метастазы первичной опухоли.

Принципы лечения рака шейки матки.

0 ст. (Ca in situ). Преинвазивный рак:

- 1) Конусовидная эксцизия (конизация) шейки матки (ДЭЭ, ножевой способ с применением CO₂-лазера, ампутация шейки матки) – удалению подлежит вся патологически измененная ткань + 1 см здоровых тканей с захватом $\frac{3}{4}$ эндоцервикса.
- 2) Экстирпация матки – у женщин старше 50 лет при сочетании с миомой матки, опухолью яичника, при рецидивах 0 стадии после ДЭЭ.

Принципы лечения рака шейки матки.

I стадия рака шейки матки (у женщин моложе 50 лет):

- расширенная экстирпация матки (операция Вертгейма: экстирпация матки с придатками, удаление параметральной клетчатки, лимфатических узлов, расположенных по ходу общих и наружных подвздошных сосудов, подчревных сосудов и запирающего нерва, удаление верхней трети влагалища).

У остальных больных I,II,III – проводится только сочетанная лучевая терапия.

Сочетанная лучевая терапия

- Дистанционная:
 - 1) 15-20 сеансов
 - 2) чередуются ч/з день
 - 3) аппарат γ -терапии АГАТ-СР
- Внутриполостная:
 - 1) 10 сеансов
 - 2) аппарат γ -терапии внутриполостной АГАТ-В
аппарат γ -терапии внутриполостной, усовершенствованный АГАТ-ВУ

Осложнения при лучевой терапии:

- **Местные реакции:**

1. Эритема облучаемого участка;
2. Цистит;
3. Ректит, вплоть до язвенных изменений;
4. Рубцовые сужения мочеполовой системы;
5. Мочеполовые свищи.

- **Общие реакции:**

1. Нарушение функции ЦНС;
2. Лейкопения;
3. Лимфоцитопения;
4. Тромбоцитопения;
5. Анемия (нарушение функции кроветворения).

Рак шейки матки и беременность

Характеристика:

1. Частота сочетания рака шейки матки с беременностью составляет 0,05% от общего числа беременных.
2. Средний возраст больных – 28 лет.
3. Высокая частота метастазирования.
4. Беременность стимулирует рост опухоли.
5. Методы исследования и диагностики (показаны при любом сроке):
 - клинический;
 - кольпоскопический;
 - цитологический;
 - морфологический;
 - прицельная пункционная и ножевая биопсия.

Профилактика рака шейки матки:

1. Первичная профилактика

Санитарно-просветительская работа по:

- предупреждению раннего начала половой жизни и частой смены половых партнеров;
- профилактике абортов;
- использованию средств индивидуальной защиты (презервативов);
- соблюдению правил личной гигиены для профилактики инфицирования ПВИ, ВПГ, ВИЧ;
- избавлению от вредных привычек (курение).

2. Вторичная профилактика:

- профосмотры у женщин старше 20 лет (цитологический скрининг, кольпоскопия);
- хирургические методы (криодеструкция, конизация, экстирпация матки).

Гиперпластические процессы эндометрия

Рак эндометрия

**Гиперпластические процессы
эндометрия (ГПЭ) –
патологические
пролиферативные изменения
слизистой оболочки матки.**

Эпидемиология:

- Частота по данным различных авторов: 10-60%.
- Процент озлокачествления — от 0.25 до 50%.

Патогенез ГПЭ и рака эндометрия:

I вариант (60-70%)

Нейро-обменно-эндокринные нарушения.



Повышение секреции ГТГ.



Гиперэстрогения.



Пролиферация эндометрия.



Ановуляция.



Гормонозависимый.

Чувствительность к гестагенам
высока.

Более благоприятный прогноз.

II вариант (30-40%)

Повышение секреции глюкокортикоидов
(ГК), инсулина, ТТГ.



Иммунодепрессивное действие ГК.



Срыв антибластоматозного
иммунологического механизма защиты
от рака. Фиброз стромы яичника.



Гипоэстрогения



Атрофия эндометрия



Извращенная чувствительность
эндометрия к эстрогенам (высокая
рецепция к небольшому количеству
эстрогенов).



Гормоннезависимый

Классификация ГПЭ:

1. Железистая гиперплазия эндометрия (ЖГЭ):

- железы и строма в состоянии пролиферации;
- кистозное расширение желез (ЖКГЭ).

2. Полипы эндометрия (ПЭ):

- из желез базального слоя эндометрия;
- обязательно имеет ножку, состоящую из фиброзной гладкомышечной ткани

3. Предраковые:

- Атипичная гиперплазия эндометрия (АГЭ).
Синонимы:
- Преинвазивная карцинома;
- 0 стадия рака;
- Ca in situ.

Клиника и диагностика гиперпластических процессов эндометрия:



Особенности картины ГПЭ при гистероскопии:

1. Простая гиперплазия эндометрия:

- a) поверхность слизистой неровная с многочисленными складками; цвет - бледно-розовый, реже – ярко-красный;
- b) высота эндометрия в пределах 10-15 мм;
- c) выводные протоки желез визуализируются, расположены равномерно;
- d) сосудистый рисунок резко выражен;
- e) устья маточных труб, как правило, свободны;

2. Железисто-кистозная гиперплазия:

- a-c пункты соответствуют таковым при простой гиперплазии эндометрия
- d) сосудистая сеть резко выражена, причем сосуды имеют неодинаковую толщину;
- e) визуализируются множественные кистозные полости, расположенные в проекции поверхностных сосудов слизистой – феномен ловушки;
- f) устья маточных труб свободны;

Особенности картины ГПЭ при гистероскопии:

3. **Полипы эндометрия** (покрытые функциональным слоем, железистые, железисто-фиброзные, в т. ч. с очаговым аденоматозом):
 - a) поверхность гладкая, цвет бледно-розовый, реже – ярко-красный;
 - b) имеется тонкое основание – «ножка»;
 - c) преимущественная локализация – дно матки, трубные углы.
4. **Аденоматозные полипы эндометрия:**
 - a) поверхность неровная, цвет – тускло-серый;
 - b) имеется тонкое основание – «ножка»;
 - c) преимущественная локализация – дно матки, трубные углы;
5. **Рак эндометрия:**
 - a) поверхность неровная с папилломатозными разрастаниями, цвет – серый или грязно-серый; сосудистый рисунок резко усилен с фрагментами некроза и кровоизлияния;
 - b) при изменении объема вводимой жидкости ткань легко распадается, крошится и кровоточит.

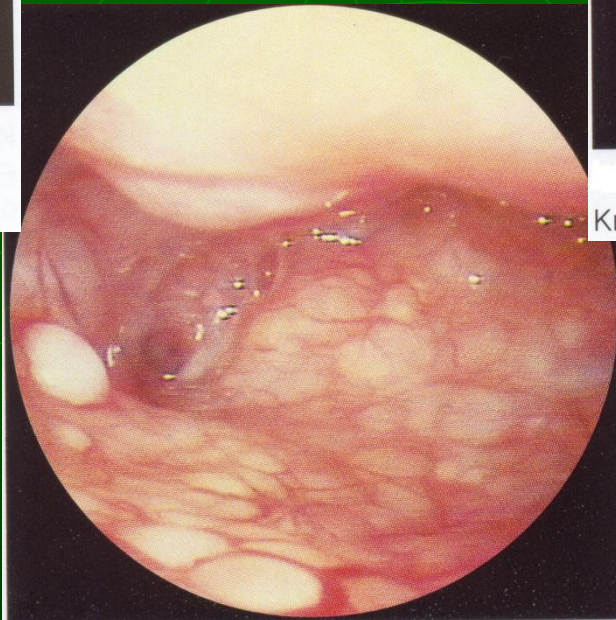
Различные виды ГПЭ на гистероскопии:



Увеличение высоты эндометрия при гиперплазии эндометрия с малым риском.

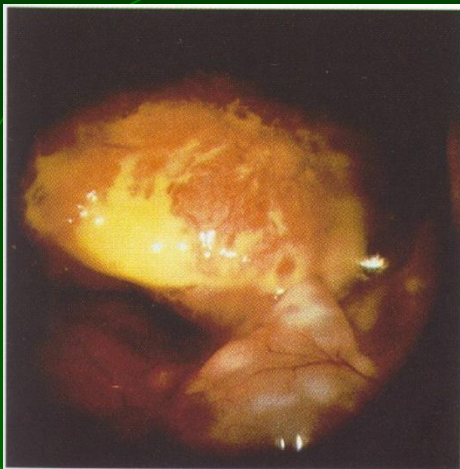


Кистозная атрофия.

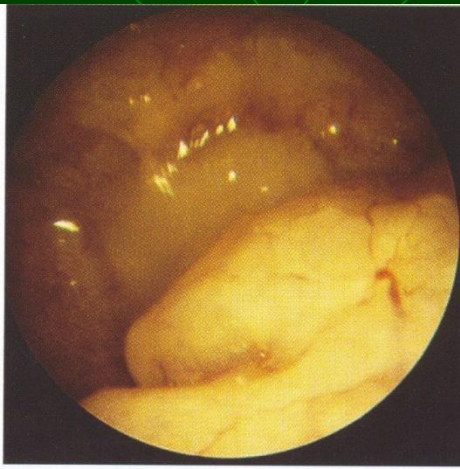


Железисто-кистозные структуры.

Различные виды ГПЭ на гистероскопии:



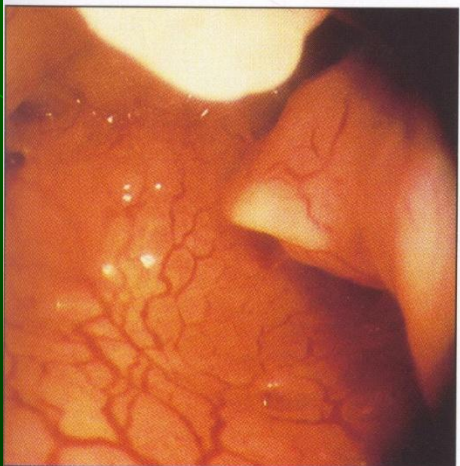
Полип эндометрия с кистозными структурами и с некротическими участками.



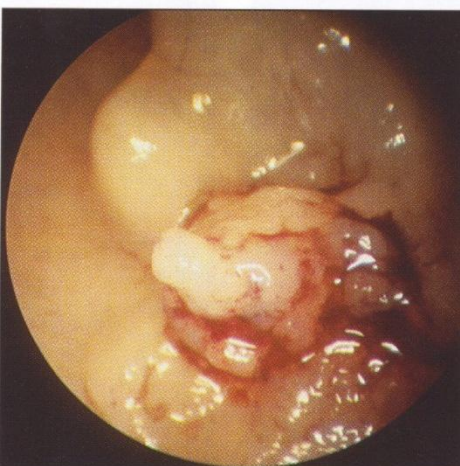
Неправильный рост эндометрия.



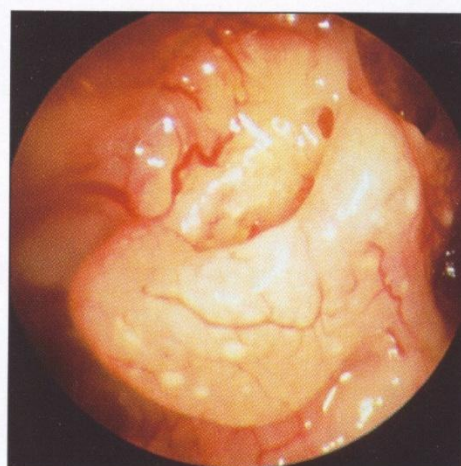
Образование полипов с гиперваскуляризацией.



Образование полипов с гиперваскуляризацией.



Очаговая гиперплазия эндометрия.



Полиповидная гиперплазия эндометрия и кистозные железы.

Схема обследования больных с ГПЭ

- Клинико-anamнестическое обследование
- Тесты функциональной диагностики
- УЗИ органов малого таза
- ГСГ
- Гормоны крови
- Цитология содержимого полости матки
- Онкомаркеры (СА-125)
- Гистероскопия и РДВ
- Лапароскопия (по показаниям)

Методы лечения ГПЭ:

- Остановка кровотечения (гемостаз)
- Восстановление менструальной функции или достижение менопаузы
- Профилактика рецидивов заболевания

1. Консервативное:

- Немедикаментозное.
- Медикаментозное.

2. Оперативное:

- Органосохраняющее.
- Радикальное (в перименопаузе).

Гормональная терапия ГПЭ:

1. Гестагены:

- Дюфастон
- Оргаметрил
- Норколут
- Прималют-нор
- Провера.

2. Гестагены пролонгированного действия:

- 17-ОПК
- Депо-провера
- Депостат.

3. КОК эстроген-гестагенные:

- Логест
- Фемоден
- Новинет
- Регулон.

4. Ингибиторы гонадотропинов:

- Даназол
- Данола
- Дановал
- Неместран.

5. Агонисты гонадолиберина:

- Золадекс.

6. Андрогены:

- Сустанон 250
- Омнадрен 250.

7. Антиэстрогены:

- Зитазониум (тамоксифен).

Миома матки



Группа риска по развитию рака тела матки

- Нейро-обменные нарушения: диэнцефальный синдром, ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь и другие;
- Гормонально-зависимые нарушения функции женских половых органов: ановуляция, гиперэстрогения, бесплодие;
- Отказ от лактации, кратковременная лактация;
- Отсутствие половой жизни;
- Отсутствие беременностей, отсутствие родов;
- Отягощенная наследственность;
- Позднее наступление менархе, позднее наступление менопаузы (старше 50-52 лет).

Классификация рака тела матки по стадиям:

(Минздрав СССР, 1985 г.)

0 стадия - преинвазивная карцинома (синоним - атипическая гиперплазия эндометрия).

I стадия - опухоль ограничена телом матки, региональные метастазы не определяются.

I а - опухоль ограничена эндометрием.

I б - инвазия в миометрий до 1 см.

I в - инвазия в миометрий более 1 см, но нет прорастания серозной оболочки.

II стадия - опухоль поражает тело и шейку матки, регионарные метастазы не определяются.

III стадия - опухоль распространяется за пределы матки, но не за пределы малого таза.

- III а - опухоль инфильтрирует серозную оболочку матки и/или имеются метастазы в придатках матки и/или в регионарных лимфоузлах таза.

- III б - опухоль инфильтрирует клетчатку таза и/или имеются метастазы во влагалище.

IV стадия — опухоль распространяется за пределы малого таза и/или имеется прорастание мочевого пузыря и/или прямой кишки.

- IV а - опухоль прорастает мочевой пузырь и/или прямую кишку.

- IV б - опухоль любой степени местного и регионарного распространения с определяемыми отдаленными метастазами.

Гистологическая классификация рака тела матки:

- Высокодифференцированный железистый рак.
- Зрелый железистый рак.
- Железисто-солидный рак (солидный).
- Низкодифференцированный рак.
- Аденокарцинома.

Клиника рака тела матки:

- Кровянистые выделения из половых путей: меноррагии и менометроррагии.
- Бели обильные, жидкие, серозные, гнойные или с примесью крови.
- Боли.

Диагностика рака тела матки:

1. Анамнез.
2. Общий осмотр.
3. Физикальные методы обследования (бимануальное, ректо-вагинальное исследования).
4. Дополнительные методы диагностики:
 - Ультразвуковое исследование органов малого таза.
 - Гистероскопия.
 - Компьютерная томография (КТ).
 - Цитологическое исследование аспирата эндометрия.
 - Гистологическое исследование.
 - Гистеросальпингография и гистероцервикография.
 - Внутриматочная флебография.
 - Радиоизотопная диагностика.
 - Лимфография.
 - Экскреторная урография.

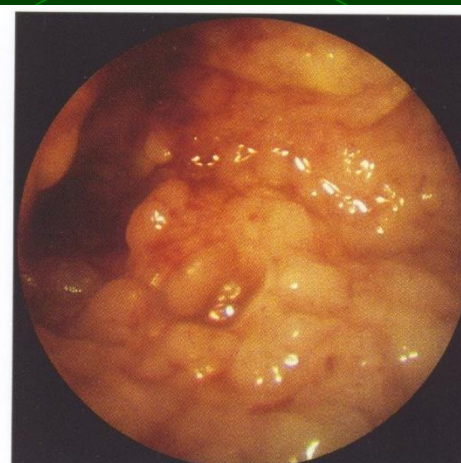
Рак эндометрия на гистероскопии:



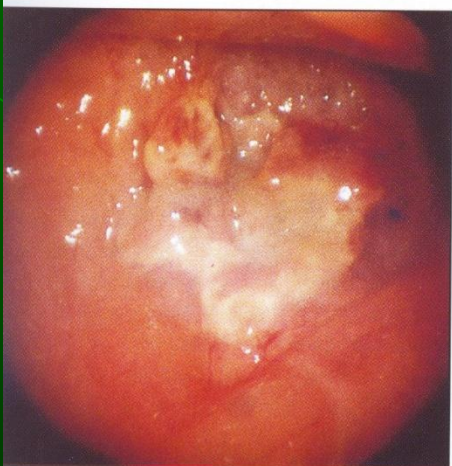
Рак эндометрия: полиповидные и некротические участки.



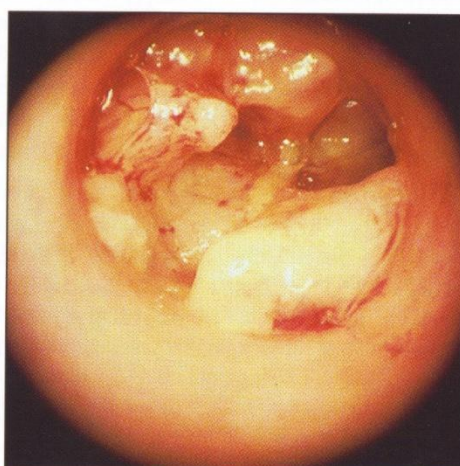
Рак эндометрия: хорошо дифференцированная форма.



Рак эндометрия: диссеминация в полости матки.



Рак эндометрия: очаговая локализация.



Рак эндометрия: локализация у дна.



Рак эндометрия: граница между нормальным и опухолевым эпителием.

Методы лечения рака тела матки:

При лечении больных раком матки используются 4 метода:

- 1. хирургический** – как самостоятельный метод применяется редко на ранних этапах развития опухолевого процесса (I стадия) и при расположении опухоли в области дна матки;
- 2. комбинированный** – включает хирургический и лучевой компоненты в следующих вариантах:
 - операция – послеоперационное облучение,
 - предоперационное облучение – радикальная операция;
- 3. сочетанная лучевая терапия** – предусматривает использование внутриволостной и дистанционной гамма-терапии;
- 4. гормонотерапия** – в качестве самостоятельного метода показана при АГЭ. Как компонент комплексного лечения применяется при противопоказаниях к хирургическому и лучевому лечению, метастазах рака тела матки в легкие и кости.

Схема лечения рака тела матки в зависимости от стадии:

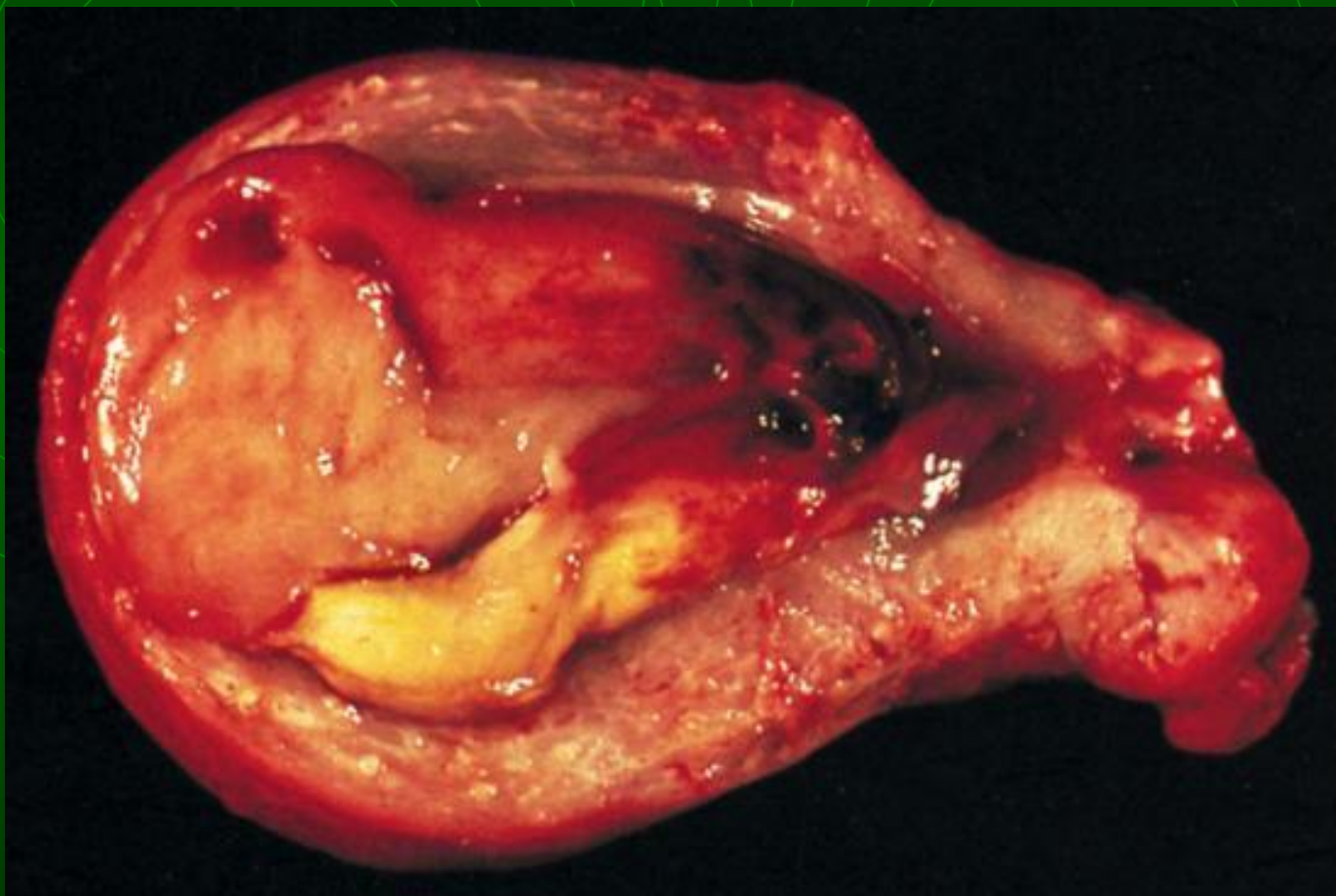
I и II стадии – комбинированный метод:
хирургический – экстирпация матки с
придатками, после операции – сочетанная
лучевая терапия – дистанционная (наружная) и
внутриполостная (аппликатор вводится в культю
влагиалища)

III и IV стадии – сочетанная лучевая терапия:
дистанционная и внутриполостная гамма-терапия
(аппликатор вводится в полость матки).

Саркома матки



Саркома матки



Гистологическая картина саркомы матки



Хорионкарцинома (хорионэпителиома) -

злокачественная опухоль, которая развивается из элементов трофобласта и синцития ворсин хориона, а также из зародышевых клеток женских и мужских гонад (редко).

- *Первичная* опухоль (тератогенная хорионкарцинома).
- *Вторичная* из трофобласта плодного яйца.

Классификация ВОЗ

- I ст. – поражение ограничено маткой
- II ст. – поражение за пределы матки
- III ст. – метастазы в легкие
- IV ст. - метастазы в другие органы

ДИАГНОСТИКА

- Анамнез
- Клиника
- Вспомогательные методы исследования:
 - Определение ХГ и трофобластического бета-глобулина
 - Рентгенография легких
 - Гистерография
 - УЗИ органов малого таза
 - Гистологическое исследование соскоба

Лечение

- Хирургическое
- Химиотерапия
- Сочетанный метод

Диспансеризация

В течение всей жизни.



Опухоли яичников

Общая классификация опухолей яичника (по Пфаненштилю)

Группы	Характер опухоли	Тканевая основа	
1	2	3	
I	Небластоматозно-ретенционные кисты	Простая киста. Фолликулярная. Лютеиновая. Эндометриоидная. Параовариальная. Дермоидная. Воспалительные процессы.	
II	Бластоматозные, пролиферирующие кисты	Эпителиальные. Соединительнотканнные. Содержащие элементы зародышевых листков.	
III	Гормоно-продуцирующие	Феминизирующие (гранул. клетки, тека-клетки фолликула)	Гранулезноклеточная опухоль
		Мускулинизирующие (хилосные клетки фолликула)	Текома Андробластома
IV	Отдельные виды опухоли и опухолевидных образований	Дисгерминова Опухоли Бренера Тератома и др.	
V	Метастатические	Доброкачественная – эндометриоидная киста	
		Злокачественная – рак Крукенберга	

Международная классификация опухолей яичников по гистотипам

1. Эпителиальные.
2. Опухоли стромы полового тяжа.
3. Липидно-клеточные (липоидноклеточные) опухоли.
4. Герминогенные.
5. Гонадобластома.
6. Опухоли мягких тканей, не специфичных для яичников.
7. Неклассифицированные опухоли.
8. Вторичные (метастатические).
9. Опухолевидные процессы.

Внутри каждого гистологического типа различают:

- доброкачественные;
- неограниченные (потенциально низкой степени злокачественности);
- злокачественные.

Опухоли яичников

Не бластоматозные (непролиферирующие – кисты)

- ограниченный рост
- небольшой величины
- увеличение за счет накопления в ней жидкого содержимого
- клетки не пролиферируют

Бластоматозные (пролиферирующие – кистомы)

- активный неограниченный рост
- увеличенных размеров
- увеличение за счет пролиферации клеток эпителия и накопления экссудата внутри камеры КИСТОМЫ

Клиника доброкачественных опухолей яичников и опухолевидных процессов яичников.

- Ранние стадии заболевания протекают бессимптомно (доклиническая стадия – десятки лет).
- Боли внизу живота.
- Нарушение менструального цикла.
- Нарушение функции смежных органов.
- Увеличение живота.
- Бесплодие.

RV при опухолевидных процессах яичников:

небольшие размеры, одностороннее образование, поверхность гладкая, консистенция эластичная, подвижность не ограничена, безболезненность исследования.

RV при доброкачественных опухолях яичников:

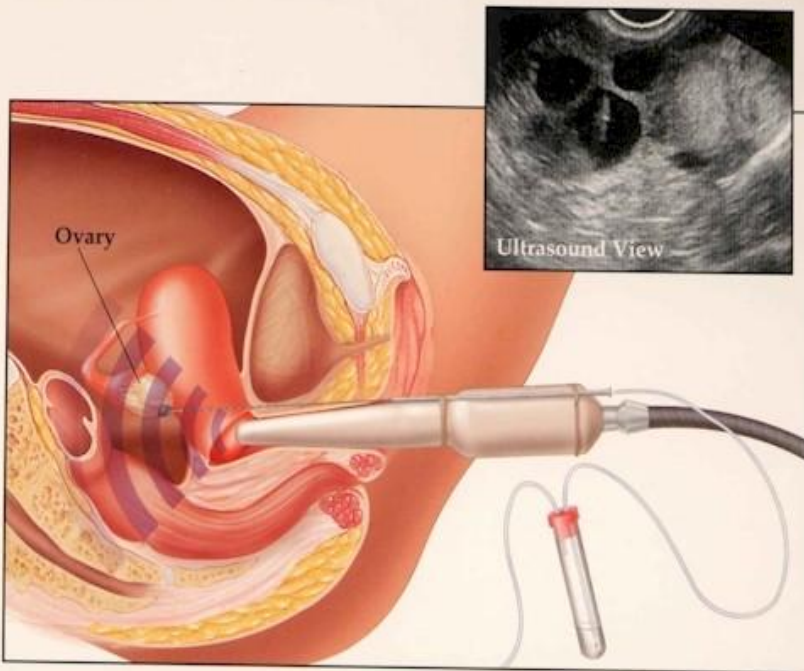
размеры большие и небольшие, одностороннее или двухстороннее образование, консистенция тугоэластичная, поверхность может быть неровной (бугристая), подвижность, болезненность при исследовании.

Диагностическая программа при доброкачественных опухолях яичников и опухолевидных процессах яичников

1. Специальное гинекологическое обследование.
2. Абдоминально-вагинально-ректальное.
3. Состояние клеточного и гуморального иммунитета.
4. Определение опухолевых маркеров.
5. Абдоминальная и вагинальная ультрасонография.
6. Ультразвуковой доплеровский метод цветного картирования (ЦДК).
7. Компьютерная и магнитно-резонансная томография.
8. Состояние эндометрия.

Опухоли яичников

Диагностика



Using ultrasound to view the ovary, the physician inserts the needle through the wall of the vagina into the ovary and removes the egg for use in IVF or GIFT.

Опухоли яичников

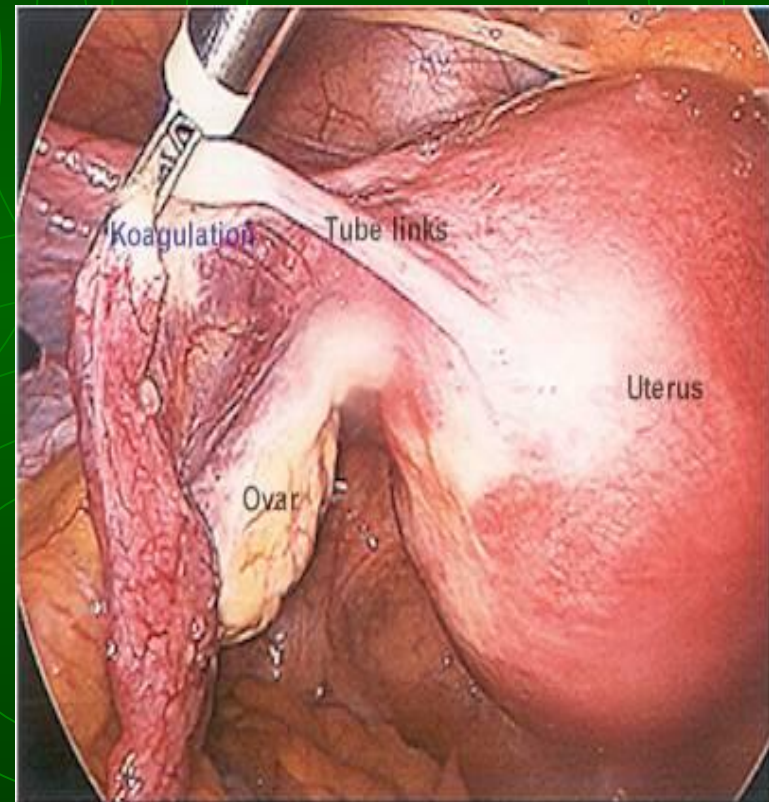
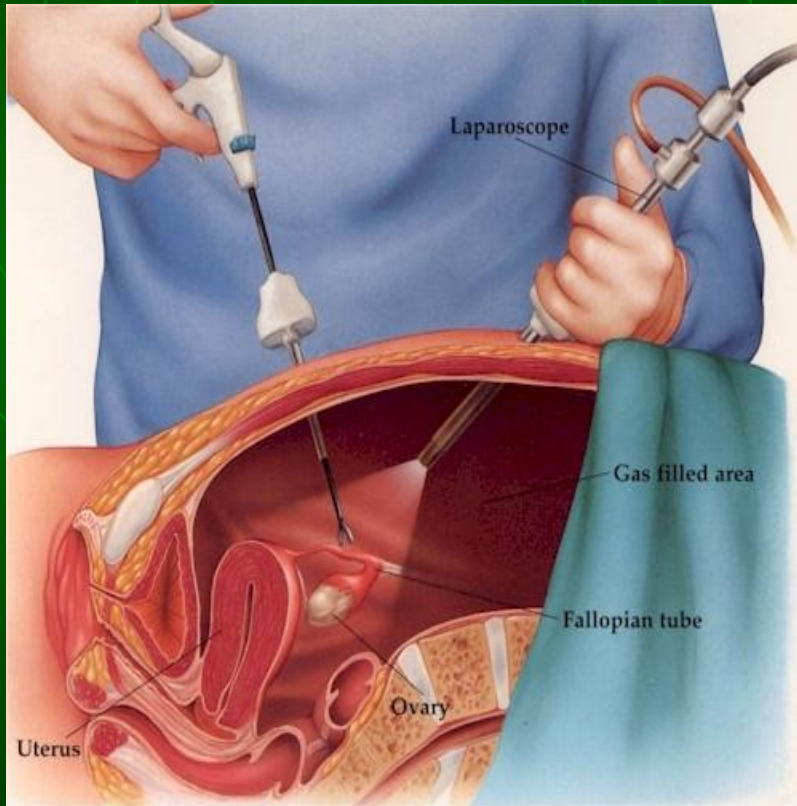
Диагностика



- ЯМР - томография

Опухоли яичников

Диагностика



Осложнения доброкачественных опухолей яичников и опухолевидных процессов яичников.

- Злокачественный рост.
- Разрыв капсулы кистомы.
- Перекрут ножки кистомы.
- Псевдомиксома брюшины.

Дифференциальный диагноз

- Миома матки (субсерозный узел).
- Беременность.
- Тубоовариальная воспалительная опухоль.
- Дистопия почки.
- Опухоль кишечника.

Классификация рака яичников

Распространенность рака яичников классифицируется по Международной системе TNM и стадиями комитета FIZO

- **I** Поражены только яичники.
- **IA** Поражен только один яичник.
- **IB** Опухоль поражает оба яичника.
- **IC** Нет распространения опухоли за пределы яичника.
Клетки злокачественной опухоли обнаруживаются в цитологических смывах или асцитической жидкости.
Рост опухоли происходит по направлению к поверхности яичника.
Опухоль повреждена во время хирургического вмешательства.
- **II** Опухоль распространяется за пределы яичника в полость малого таза.
- **IIA** Опухоль, распространяющаяся на матку и фаллопиевы трубы.
- **IIB** Опухоль, распространяющаяся на другие анатомические структуры.
- **IIC** Клетки злокачественной опухоли обнаруживаются в цитологических смывах и асцитической жидкости.
Опухоль повреждена во время операции.
- **III** Опухоль, распространяющаяся за пределы таза в брюшную полость или паховые лимфатические узлы.
- **IIIA** Нет макроскопического распространения опухоли за пределы малого таза, присутствуют микроскопические имплантационные метастазы в верхних отделах брюшной полости.
- **IIIB** Имплантационные метастазы в брюшной полости размером менее 2 см.
- **IIIC** Имплантационные метастазы в брюшной полости размером более 2 см.
Распространение опухоли за пределы брюшной полости в тазовые, парааортальные и паховые лимфатические узлы.
- **IV** Отдаленные метастазы.

Ведущие симптомы рака яичника.

- Факт наличия опухолевидного образования (ФНОО).
- Симптомы осложнений (перекрут, разрыв капсулы) или перитонеальной дессиминации (асцит).
- Нарушение функции соседних органов.
- Гормональные симптомы: эстрогения (гранулезоклеточная опухоль, текома), дефеминизация и маскулинизация (андробластома).

Нарушения в организме женщины при раке яичников

- Выраженное снижение иммунитета.
- Изменение секреции гонадотропных и стероидных гормонов.
- Увеличение в крови фракций фосфолипидов.
- Появление в крови ассоциированных с опухолью антигенов.
- Накопление в ткани опухоли яичников простагландинов.

Рак яичника



Диагностическая программа рака яичника

Группа риска:

- возраст;
- нарушение менструальной и детородной функции;
- хронические воспалительные процессы придатков матки;
- наличие доброкачественных опухолей яичника и миом матки/

Возможные жалобы:

- запоры, дизурические нарушения или тяжесть внизу живота, неприятные ощущения в пояснице, постепенное появление общей слабости и быстрой утомляемости, иногда – внезапный приступ острых болей в животе.

Методы обследования:

- специальное гинекологическое;
- абдоминально-влагалищно-ректальное;
- культоцентез с последующей цитологией;
- абдоминальная и вагинальная ультрасонография;
- определение опухолевых маркеров;
- Ro обследование грудной клетки, желудка, кишечника;
- состояние клеточного и гуморального иммунитета;
- цистоскопия, ректоромано-колоноскопия, лапароскопия;
- компьютерная и магнитно-резонансная томография;
- метод ЦДК.

Лечение рака яичника

Комплексное или комбинированное:

- Хирургическое – абдоминальная гистерэктомия с двусторонней сальпингоовариоэктомией и оменэктомией. Ревизия брюшной полости – IA-IB-IC.
- Химиотерапия – амилирующие (циклофосфан, лейкеран, алкеран), антиметаболиты (метотрексат, фторурацил, фуцином), растительного происхождения (винбластин, винкристин), антибиотики (блеоцин, доксорубицин, фарморубицин), комплексные соединения платины (карбоплатин, цисплатин).
- Лучевая.
- Гормонотерапия.
- Иммуномодуляторы.

Опухоли яичников

Лечение

