

Raffles Women's Centre

You can be protected from

Cervical Cancer

The 6th most common cancer among Singaporean women

Protect yourself
and your loved ones
NOW

Злоякісні новоутворення геніталій



РАК ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Рак зовнішніх статевих органів (вульви) — злоякісна епітеліальна пухлина, яка виникає в менопаузі у вигляді інфільтратів, щільних вузлів або сосочкових розростань, можливе утворення виразки. Виникненню новоутворення передують передракові стани.

Клініка.

Основні симптоми: свербіння, печія, біль, гнійно-кров'янисті виділення. Біль характерний для пухлин, що локалізуються в ділянці клітора. При розпаді пухлини з'являються кров'янисті виділення. Остаточний діагноз встановлюють на основі гістологічного дослідження.

Лікування

оперативне (видалення пухлини) та комбіноване (вульвектомія та променева терапія).

Диспансерне спостереження за такими хворими треба проводити упродовж усього життя хворої.

Рак піхви

Рак піхви буває первинний і метастатичний. Частіше хворіють жінки у клімактеричному періоді та в менопаузі. Рак може розвиватися у жінок літнього віку з тривалим існуванням виразок внаслідок їх інфікування та травматизації. Спостерігається екзофітний (у вигляді цвітної капуста) або ендофітний інфільтруючий ріст.

Клініка.

Гнійно-кров'янисті виділення, біль, порушення сечовипускання, ознаки загальної інтоксикації. При розпаді пухлини бувають кровотечі, що можуть з'являтися зненацька. Раковий процес може переходити на сусідні органи — сечовий міхур та пряму кишку. Розпад пухлини може призводити до утворення міхурово-вагінальних та ректовагінальних нориць. Якщо перетискаються сечоводи, може розвиватись гідро- і піонефроз, а згодом — уремія. Остаточний діагноз встановлюють після біопсії.

Лікування.

Рак піхви лікують, використовуючи поєднану променеву терапію — рентгенотерапію у поєднанні з введенням у вагіну радіоактивних препаратів.

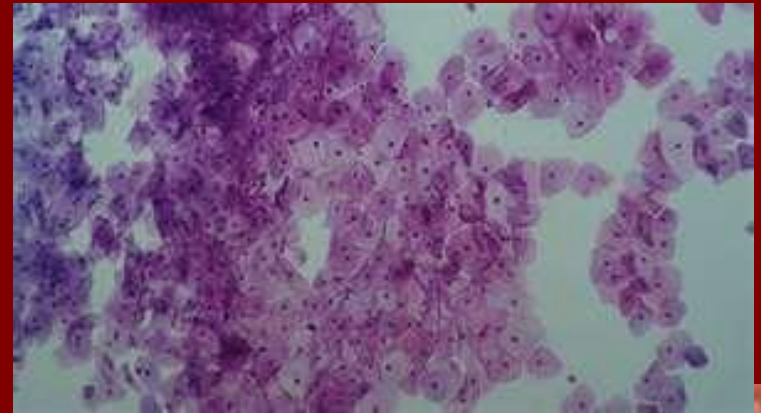
РАК ШИЙКИ МАТКИ

А. Преклінічні форми:

1. Рак in situ внутрішньоепітеліальний (доінвазивний)
2. Рак in situ з початком інвазії (проростання процесу в строму на глибину до 0,5 см нижче від базальної мембрани)
3. Мікрокарцинома (інвазивний).

Б. Клінічні форми:

- плоскоклітинний роговіючий
- плоскоклітинний нероговіючий
- аденокарцинома
- світлоклітинний
- залозисто-плоскоклітинний
- аденоїдно-кістозний
- недиференційований.



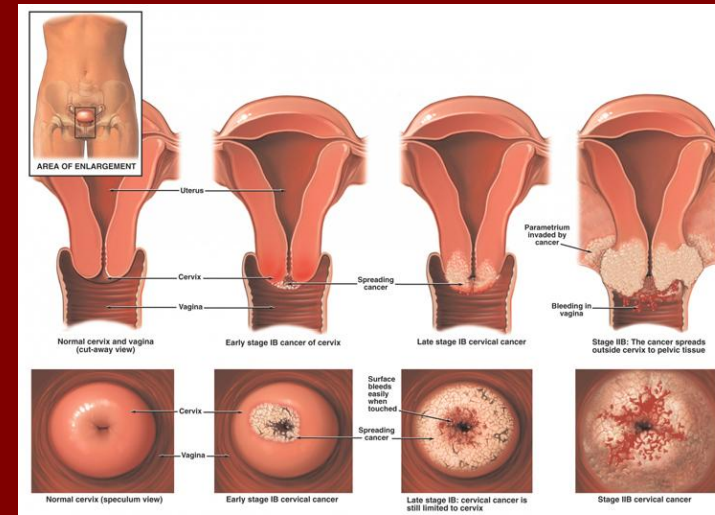
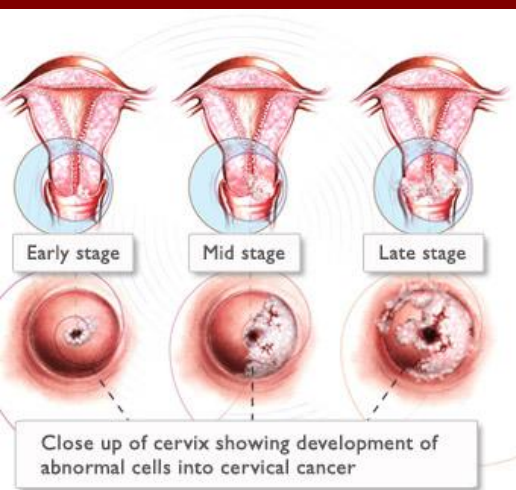
- **Екзофітна форма** - пухлина росте у просвіт піхви, набуває вигляду цвітної капусти і може вповнювати просвіт піхви.
- **Ендофітна форма** - проростання пухлини у м'язовий шар шийки матки, внаслідок чого шийка збільшується, ущільнюється. При розпаді пухлини утворюється кратероподібна виразка.
- **Змішана форма** - має ознаки як ендофітних, так і екзофітних форм.

Рак шийки матки може поширюватися на тіло матки, параметрій, піхву.

Метастазування у регіонарні лімфатичні вузли розташовані навколо шийки матки. Гематогенне метастазування раку шийки матки буває рідко.

Клініка:

- перебіг доінвазивного та мікроінвазивного раку безсимптомний (доклінічна стадія);
- у I стадії - серозні або серозно-кров'янисті виділення, контактна кровотеча;
- у II-III стадіях з'являється біль внизу живота, в попереку; виділення серозно-гнійні, мають вигляд м'ясних помийів, неприємний запах (вони є наслідком витікання лімфи і крові при розпаді пухлини); порушується загальний стан, з'являються швидка втомлюваність, дратівливість. Пухлина може проростати в сечовий міхур і пряму кишку, відповідно з'являються розлади сечовипускання і запори.



Діагностика:

- огляд в дзеркалах: при початкових стадіях раку - зміни, притаманні псевдоерозії, кровоточивість при дотику;
- дворучне піхвове дослідження - при вираженому клінічному процесі шийка матки щільна або хрящеподібна, наявні кратер, інфільтрація.
- обов'язково ректовагінальне та ректоабдомінальне дослідження - оцінка стану бокових і заднього параметріїв;
- цитологічне дослідження - метод ранньої діагностики.

Мікроскопічна оцінка мазків за методом Папаніколау:

I тип — незмінений епітелій; **IIa тип** — запальний процес;

IIб тип — проліферація, метаплазія, гіперкератоз (поліп, проста лейкоплакія, ендоцервікоз);

IIIa тип — слабка, помірна дисплазія на фоні доброякісних процесів і незміненого епітелію;

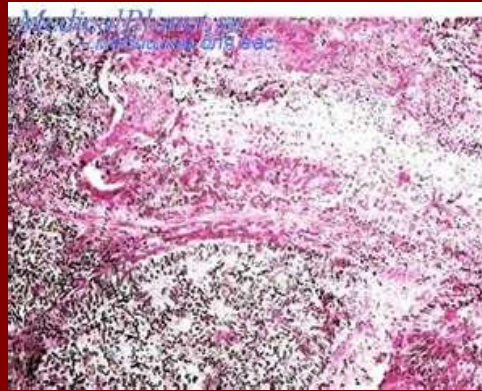
IIIб тип — виражена дисплазія плоского епітелію на фоні доброякісних процесів і в ділянці незміненого епітелію;

IV тип — підозра на малігнізацію, можливо, рак in situ;

V тип — рак; **VI тип** — мазок неінформативний

Хворим з мазками III-V типів для підтвердження діагнозу необхідно проводити просту та розширену кольпоскопію, гістологічне дослідження. За хворими з мазками III типу встановлюється диспансерний нагляд.

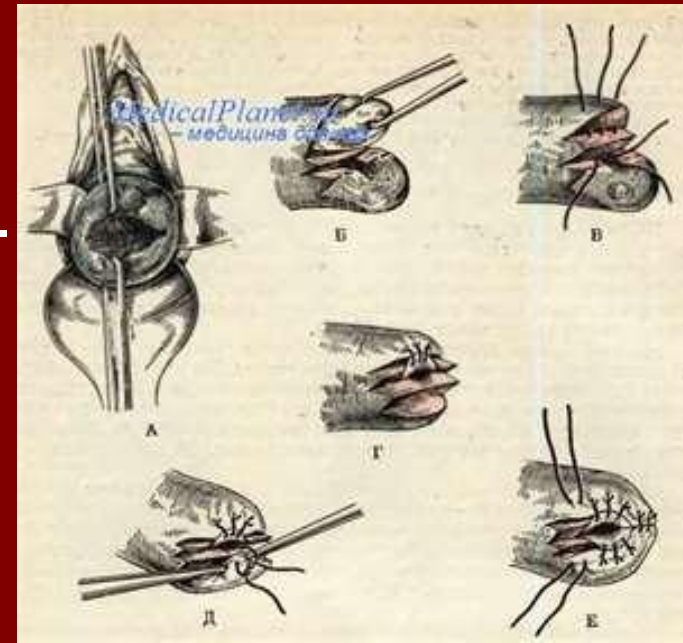
- кольпоскопія (проста та розширена).
- прицільна біопсія.



Остаточний діагноз встановлюють на підставі гістологічного дослідження матеріалу, отриманого під час біопсії.

Лікування проводять лікарі-онкогінекологи залежно від стадії процесу.

- *Внутрішньоепітеліальний та мікроінвазивний рак у молодих жінок - конізація або ампутація шийки матки. У жінок середнього або старшого віку та за наявності міоми матки, кісти яєчника - проста екстирпація матки з додатками.*
- *Стадія раку IB — II - комбіноване лікування (опромінення + операція) або поєднано-променевиий метод (при наявності протипоказань до оперативного втручання).*
- *Оперативне лікування передбачає розширену екстирпацію матки за Вертгеймом (видалення матки з придатками, верхньої третини піхви та клітковини з регіонарними лімфатичними вузлами).*
- *III стадія – поєднаний променевиий метод.*
- *IV стадія - терапія симптоматична.*



Іноді виникає необхідність надання хворим допомоги при кровотечі, яка при раку шийки матки може виникнути зненацька і бути досить значною. За наявності кровотечі з кратероподібної виразки або пухлини, що має вигляд цвітної капусти, слід ввести у вагіну гемостатичну губку, а за відсутності її — щільно затампонувати вагіну марлевим тампоном, попередньо просякнутим 10 % розчином хлориду кальцію, перекису водню чи ЕАКК і госпіталізувати хвору в стаціонар (транспортувати санітарним транспортом, у супроводі медпрацівника).

Прогноз залежить від стадії процесу, гістологічної структури та клінічної форми росту пухлини.

П'ятирічне виживання хворих при першій стадії раку шийки матки спостерігається у 75-85 %, при II ст. — 55-65 %, III ст. — 20-30 % випадків.

Профілактика:

- регулярні онкопрофогляди з обов'язковим цитологічним дослідженням;
- діагностика та лікування фонових та передракових станів;
- вакцинація жінок від 10 до 25 років для профілактики захворювань, асоційованих з папілломавірусом людини (Церварікс - 16 та 18 типи).



ГІПЕРПЛАЗІЯ ЕНДОМЕТРІЯ

– доброякісна патологія слизової оболонки матки, яка характеризується прогресуванням клініко-морфологічних проявів від простої та комплексної гіперплазії до атипових передракових станів ендометрію і розвивається на тлі абсолютної чи відносної гіперестрогенії.

Класифікація гіперпроліферативних процесів ендометрію (ВООЗ, 1994):

- проста неатипова гіперплазія ендометрію
- комплексна неатипова гіперплазія ендометрію
- проста атипова гіперплазія ендометрію
- комплексна атипова гіперплазія ендометрію
- аденокарцинома.

За В.М. Сєровим:

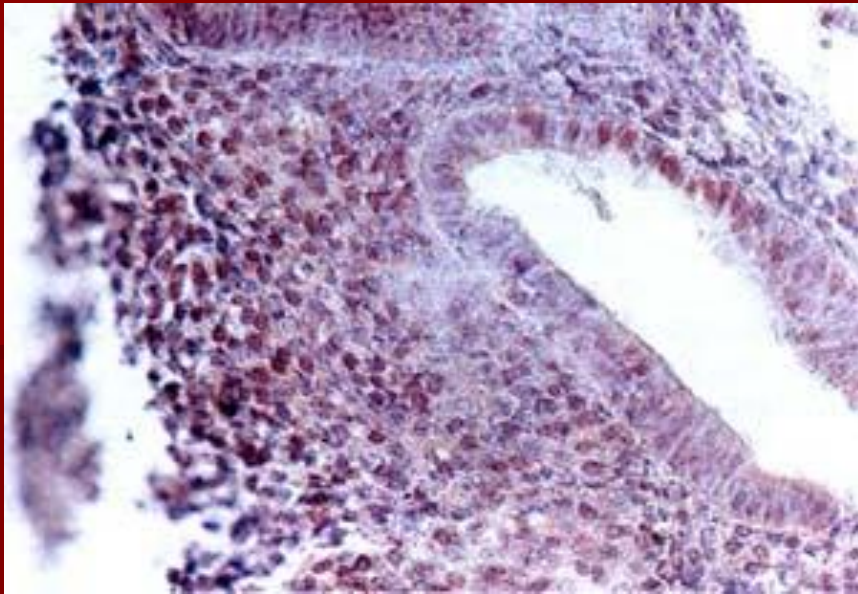
- залозиста гіперплазія ендометрію
- залозисто-кістозна гіперплазія ендометрію
- атипову гіперплазію ендометрію (аденоматоз, аденоматозна гіперплазія);
- поліпи ендометрію.



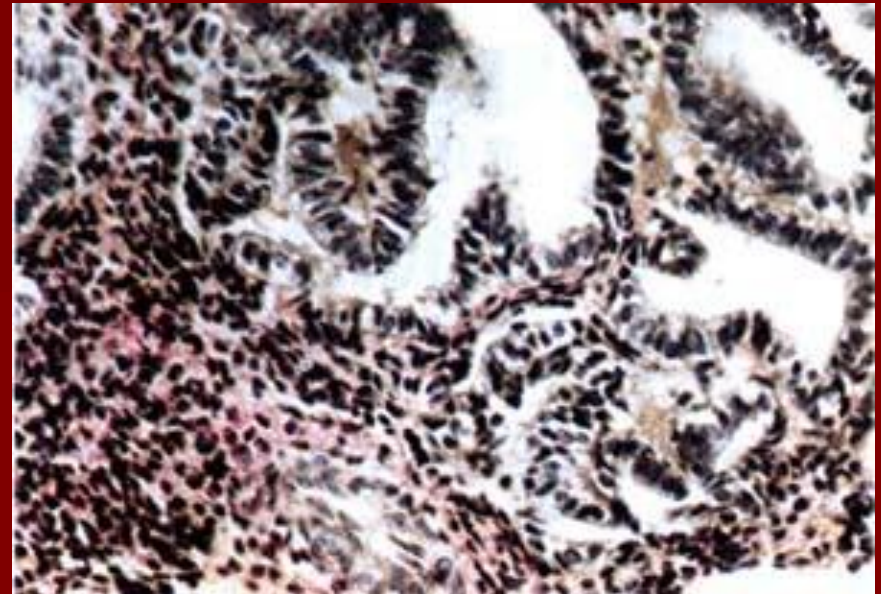
- Морфологічно: **проста залозиста гіперплазія** – ендометрій збільшений в об'ємі, розширення просвіту залоз без утворення кіст.
- **залозисто-кістозна гіперплазія** - кістозно розширені функціонуючі залози, іноді стромальна гіперплазія з великими, часом поліморфними, ядрами клітин строми. Потовщення базального шару слизової оболонки.
- **атипова гіперплазія** (аденоматоз) - структурна перебудова та більш інтенсивна проліферація залоз, атипія клітин.
 - доброякісні (фонові) захворювання матки: залозиста і залозисто-кістозна гіперплазії
 - передракові гіперпластичні процеси ендометрію: аденоматоз та аденоматозні поліпи у будь-якому віці



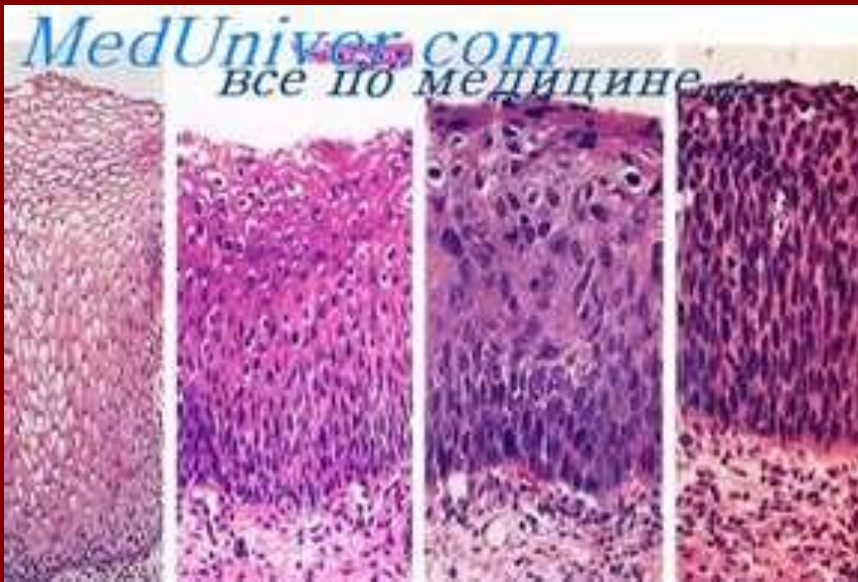
Гіперплазія ендометрія



Залозисто-кистозна гіперплазія



Аденоматозна гіперплазія



Гіперплазія ендометрію



Рис. 43. Полип эндометрия; интерстициальная миома.

ПАТОГЕНЕЗ:

- безпосередніми причинами гіперплазії ендометрію є розлади овуляції з **абсолютною або відносною гіперестрогенією на фоні підвищеної рецепторної чутливості ендометрію**.
- нерідко супроводжуються ожирінням, гіперглікемією, артеріальною гіпертензією, міомою матки, мастопатією, ендометріозом, які значною мірою є гормональнозалежними захворюваннями.
- часто спостерігаються розлади функції печінки, яка відповідає за метаболізм гормонів.

КЛІНІКА:

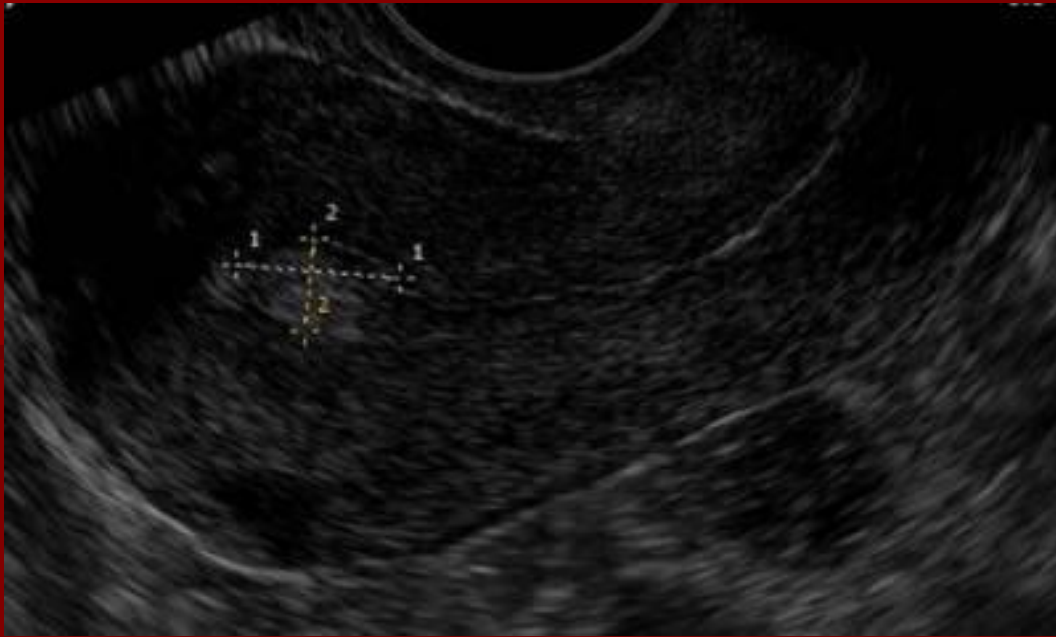
- маткові кровотечі, які виникають після затримки менструації, гіперполіменорея, іноді кровотечі мають профузний характер;
- періодично можуть з'являтися міжменструальні кров'янисті виділення;
- безпліддя внаслідок ановуляції.

Діагностика:

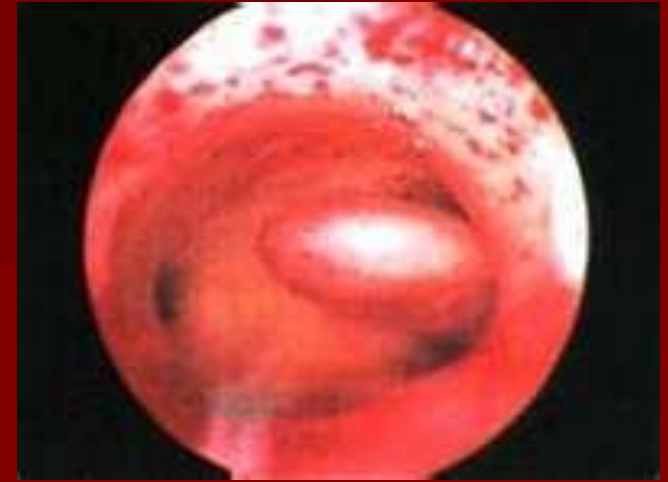
- **УЗД** з використанням трансвагінального датчика.
- У перименопаузі та репродуктивному періоді:
 - збільшення товщини ендометрію більше 16 мм або УЗД-ознаки порушення структури ендометрію;
 - ЕМС більше 0,33.
- У постменопаузі:
 - збільшення товщини ендометрію більше 5 мм;
 - ЕМС більше 0,15.

ЕМС - ендометріально-маткове співвідношення - відношення товщини ендометрію до передньо-заднього розміру матки, яке дозволяє враховувати більш швидкий темп інволюції ендометрію у порівнянні з міометрієм.

- **діагностичне вишкрібання порожнини матки** - проводиться за 7 днів до місячних, діагностична можливість його значно розширюється при використанні гістроскопії.
- **аспіраційна біопсія ендометрію** - моніторинг стану ендометрію у разі проведення гормонотерапії.



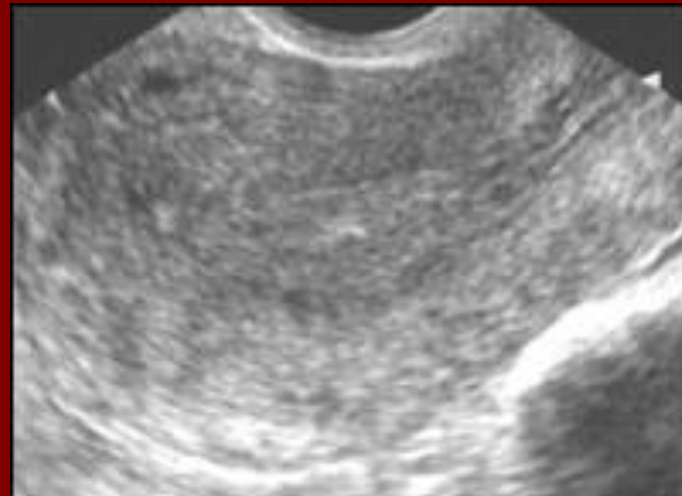
Поліп ендометрію



Поліп ендометрію



Залозиста гіперплазія



Атипова гіперплазія

Етапи лікування пацієнок з гіперплазією ендометрію:

- I етап** - видалення зміненого ендометрію з наступним морфологічним дослідженням та визначенням подальшої тактики залежно від виду патології ендометрію.
- II етап** - гормональна терапія, спрямована на супресію ендометрію.
 - Тривалість гормональної терапії - 6 місяців з повторним гістологічним дослідженням через 3 та 6 місяців. За умови гістологічного підтвердження гіперплазії ендометрію через 3 місяці на тлі гормонотерапії проводиться корекція лікування, а у жінок із атиповими формами гіперплазії – метод лікування погоджується з онко-гінекологом.
 - Гормонотерапія проводиться у репродуктивному періоді, а у пери- та постменопаузі – лише при неатипових формах гіперплазії ендометрія.

Гормонотерапія

Гестагени:

- дідрогестерон (лише при неатиповій гіперплазії ендометрію у репродуктивному віці з 5 по 25 день в дозі 20-30мг на добу);
- медроксипрогестерона ацетат;
- гестонорону капроат;
- 12,5% 17 оксипрогестерону капронат.

Агоністи ГнРГ:

- гозерелін 3,6 мг підшкірно 1 раз у 28 днів;
- бусерелін 3,75 в/м 1 раз у 28 днів;
- бусерелін спрей назальний 900 мг на добу щоденно.

III етап - оптимізація гормонального статусу з метою попередження розвитку гіперестрогенемії.

У репродуктивному віці:

- відновлення двохфазного менструального циклу за умови необхідності збереження репродуктивної функції;



**РАК ВИЛІКОВНИЙ!
НЕ ЗВОЛІКАЙ!**

- використання гормональних контрацептивів із гестагеном, що має виражений антипроліферативний ефект на ендометрій (монофазні естроген-гестагенні препарати: етінілестрадіол (0,03 мг) – левоноргестрел (0,15 мг), етініестрадіол (0,03 мг) – дезогестрел (0,15 мг), етініестрадіол (0,03 мг) – дієногест (2,0 мг);
- локальне використання гестагенів (внутрішньоматкова система з левоноргестрелом).

У перименопаузі – меностаз із застосуванням агоністів ГнРГ (бусерелін 3 місяці) на тлі прийому гестагенів протягом 6 місяців.

IV етап - диспансерне спостереження протягом 5 років після ефективної гормональної терапії та 6 місяців після оперативного лікування.

- Паралельно проводиться корекція обмінно-ендокринних порушень, нормалізація стану центральної і вегетативної нервових систем, корекція імунного статусу.
- За умови неефективності консервативної терапії ГЕ показано хірургічне лікування.

РАК ЕНДОМЕТРІЮ

- виникає найчастіше у кутах матки та на її дні.

В патогенезі розрізняють 2 варіанти гіперпластичних процесів та раку тіла матки.

Перший патогенетичний варіант (гормонозалежний)

виявляється у 60-70 % хворих на атипову гіперплазію та рак ендометрію.

Клінічно це ановуляторні кровотечі, безпліддя, пізні настання менопаузи, синдром Штейна-Левенталя, гіперпластичні процеси в ендометрії, вогнища атипової гіперплазії та раку ендометрію, фіброміоми матки, а також ожиріння і цукровий діабет.

Другий (автономний) патогенетичний варіант

спостерігається у 30-40 % хворих та характеризується відсутністю згаданих ендокринних порушень. Властивим є поєднання атрофії ендометрію та фіброзу в стромі яєчників, на фоні яких спостерігаються виникнення поліпів ендометрію, атипової гіперплазії і, нарешті, раку.

Діагностика:

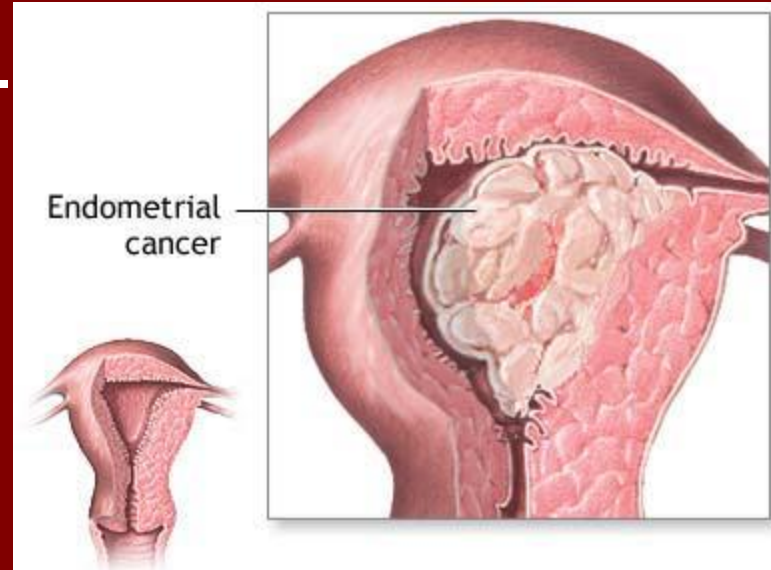
- ранньою ознакою раку ендометрію є водянисті виділення (лімфорея) із статевих органів;
- прожилки крові у виділеннях, а пізніше кровотечі -95-98 % хворих;
- біль в попереку та внизу живота - 2-5%
- прицільна біопсія;
- вишкрібання стінки матки з гістологічним дослідженням.



www.rod

Аденокарцинома

rodin35.ru



Класифікація раку тіла матки за системою TNM:

T - первинна пухлина:

Tis - преінвазивна карцинома (ca in situ);

T0 - первинна пухлина не виявляється (повністю видалена при вишкрібанні);

T1 - пухлина обмежена тілом матки;

T1a - порожнина матки до 8 см;

T1b - порожнина матки більше 8 см;

T2 - пухлина розповсюджена на шийку, але не за межі матки;

T3 - пухлина розповсюджується за межі матки, в тому числі на піхву, але не за межі малого тазу;

T4 - процес переходить на слизову сечового міхура, або прямої кишки, та (або) виходить за межі малого тазу.

N - регіонарні лімфатичні вузли тазу:

N0 - метастази в регіонарних лімфовузлах не визначаються;

N1 - виявляються метастази в регіонарних лімфовузлах;

NX - немає підстав для оцінки стану регіонарних лімфовузлів.

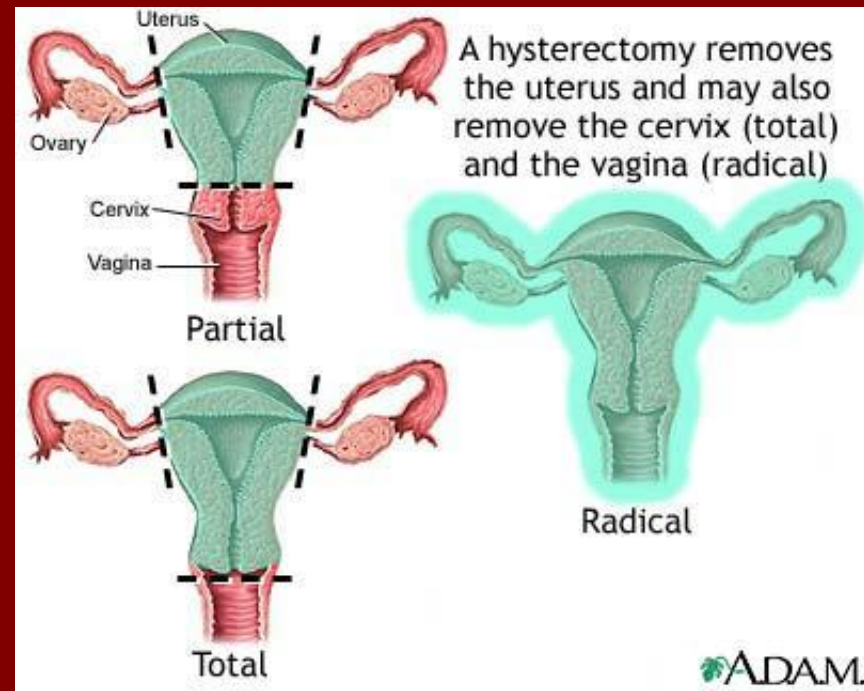
M - віддалені метастази:

M0 - немає ознак віддалених метастазів;

M1 - виявлені віддалені метастази.

Лікування:

- рак ендометрію I-II стадії - хірургічне лікування:
 - при I стадії - проста екстирпація матки з придатками без післяопераційного курсу променевої терапії,
 - при II та III стадіях - розширена екстирпація матки за Вертгеймом з післяопераційним курсом променевої терапії.

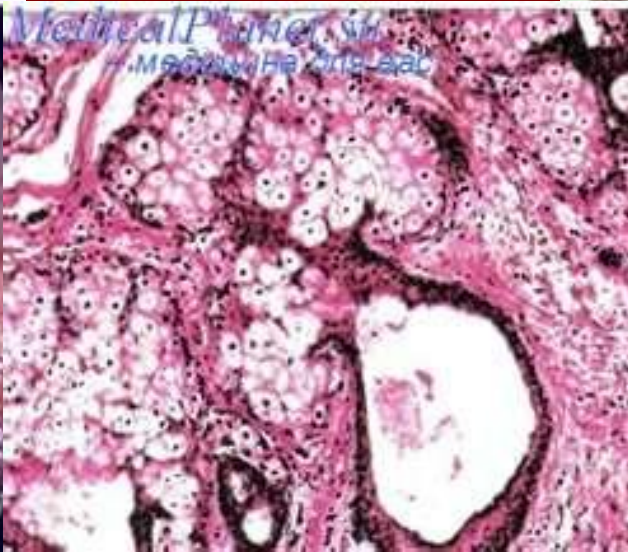


ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ

- займають 2-е місце серед новоутворень жіночих статевих органів.
- можуть рости з будь-якого складового елемента,
- практично всі доброякісні пухлини яєчників можуть переродитися в злоякісні.
- приблизно 70 % пухлин яєчників є епітеліальними, половина з яких перероджується в рак.



Карцинома яєчника



Хоріокарцинома



Класифікація за системою TNM

T - первинна пухлина:

T0 - первинна пухлина не виявлена;

T1 - пухлина обмежена яєчниками;

T1a - пухлина обмежена одним яєчником, асцити немає;

T1a1 - на поверхні яєчника пухлини немає, капсула не пошкоджена;

T1a2 - пухлина на поверхні яєчника та (або) пошкоджена капсула;

T1b - пухлина на обидвох яєчниках, асцити немає;

T1b1 - на поверхні яєчника пухлини немає, капсула ціла;

T1b2 - пухлина на поверхні одного або двох яєчників та (або) пошкоджена капсула;

T1c - пухлина на одному або двох яєчниках, в асцитичній рідині є злоякісні клітини;



T2 - пухлина на одному або обидвох яєчниках з поширенням процесу на очеревину тазу;

T2a - пухлина з поширенням, та (або) метастазами в матку, та (або) одну чи обидві маткові труби, але без поширення на вісцеральну очеревину, асцити немає;

T2б - пухлина розрослася на інші тканини тазу, та (або) вросла у вісцеральну очеревину, асцити не виявлено;

T2с - пухлина вросла в матку, та (або) одну, або обидві маткові труби, та (або) інші тканини тазу, в асцитичній рідині є злоякісні клітини;

T3 - пухлина на одному чи двох яєчниках вросла в тонку кишку або чепець, обмежена малим тазом, виявлено метастази за межами малого тазу, або в заочеревинних лімфовузлах.

N регіонарні лімфатичні вузли:

N0 - регіонарні лімфоузли не уражені;

N1 - регіонарні лімфовузли уражені раком;

NX - недостатньо даних про ураження лімфовузлів.

M - віддалені метастази:

M0 - не виявлено ознак метастазів;

M1 - виявлені віддалені метастази;

MX - недостатньо даних про ураження лімфовузлів.

Рак яєчників буває **первинний, вторинний** (з папілярної або псевдомуцинозної кістоми) та **метастатичний** (метастази раку травного каналу, молочних залоз).

Найчастіше він виникає у жінок 45-50 років, хоча може зустрічатись і в молодшому віці.

Етіологія

Рак яєчників належить до гормонозалежних пухлин. В анамнезі у цих хворих трапляються різноманітні порушення менструальної функції — рання менархе, рання або пізня менопауза. Частіше хворіють жінки незаміжні, ті, які мало народжували або зовсім не народжували, мали в анамнезі спонтанні викидні. Загальновідомий зв'язок між раком молочної залози та пухлинами яєчників. Ризик виникнення раку яєчників у таких жінок у 10 разів вищий ніж у здорових.

Діагностика:

- скарги неспецифічні: слабкість, здуття живота, нудота, печія, зниження апетиту, дізуричні чвища, закрепи, збільшення живота, розлади менструального циклу;
- при пальпації в лежачому положенні живіт приймає форму жаби, тобто він розширений в боки, а посередині може виступати сама пухлина;
- збільшення регіональних лімфатичних вузлів;
- огляд в дзеркалах та гінекологічне дослідження;
- цитологічне дослідження з шийки та цервікального каналу,
- зондування матки, діагностичне вишкрібання порожнини матки або аспірат із порожнини матки для цитологічного дослідження;
- ректо-вагінальне обстеження;
- УЗД органів черевної порожнини та малого тазу;
- СА-125;
- Рентгенографія органів грудної клітки, ШКТ, КТ, МРТ.

Лікування проводиться онко-гінекологами:

- при доброякісних пухлинах показане тільки хірургічне лікування;
- при пограничних пухлинах після операції з метою профілактики переродження проводять хіміотерапію;
- при злоякісних новоутвореннях на початкових стадіях лікування починають з хірургічного втручання з наступним застосуванням хіміо- і гормонотерапії;
- при поширеному процесі лікування доцільно починати з хіміотерапії, після чого необхідно виконати операцію;
- іноді після хірургічного втручання з метою дії на окремі вузли пухлини або метастази, які неможливо видалити, застосовують променеву терапію.

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

