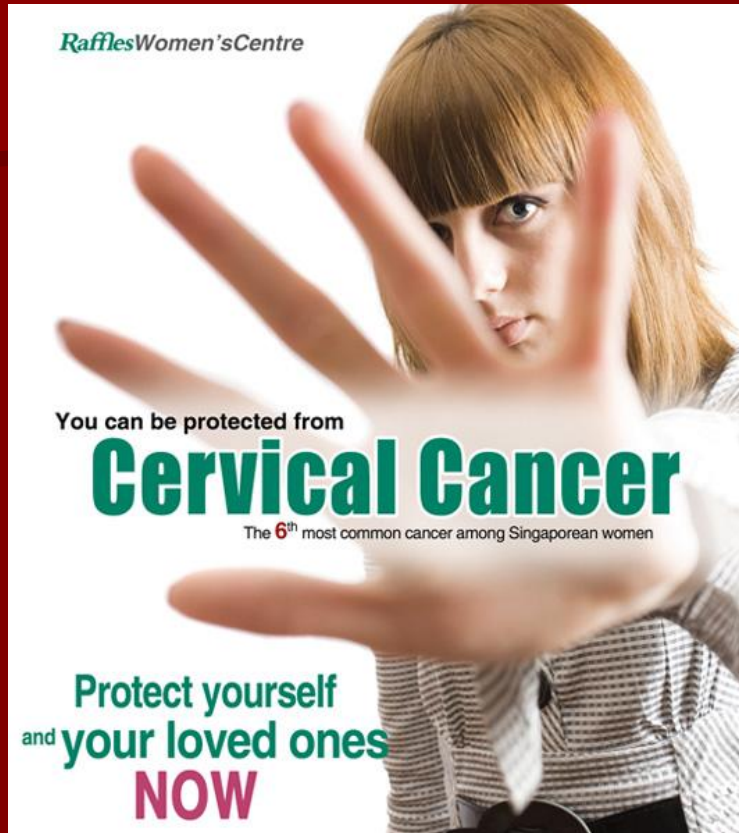


Івано-Франківський національний медичний університет

Кафедра акушерства та гінекології

Фонові та передракові
захворювання жіночих
статевих органів.
Злоякісні новоутворення
геніталій



Зав. кафедрою акушерства та гінекології
д.мед.н., проф. Генік Н.І.

Рак шийки матки дуже рідко виникає на незміненому епітелії. Появі злоякісного переродження передують фонові та передракові процеси.

ФОНОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШИЙКИ МАТКИ:

- справжня ерозія шийки матки;
- несправжня ерозія шийки матки (псевдоерозія);
- поліпи шийки матки;
- папіломи, конділоми;
- посттравматичні зміни (ектропіон, рубцеві зміни);
- ендометріоз;
- лейкоплакія (проста, без атипії);
- екзо- та ендоцервіцити.

Фонові захворювання є факультативними передраковими станами, вони рідко зазнають злоякісного переродження.

Справжня ерозія шийки матки

- патологічний процес, що виникає внаслідок пошкодження і наступної десквамації багатошарового плоского епітелію шийки матки. У результаті виникає дефект — відсутність епітелію на піхвовій її частині.



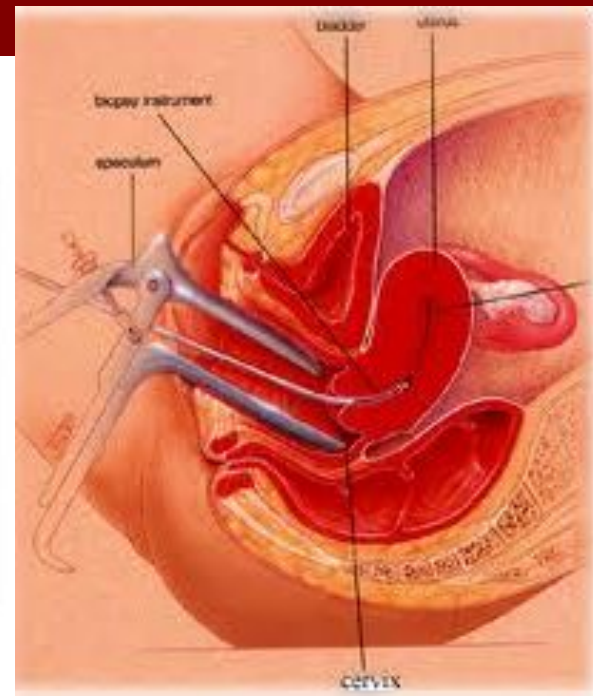
Причинами виникнення найчастіше є ендocerвіцит та травми епітелію внаслідок необережного дослідження.

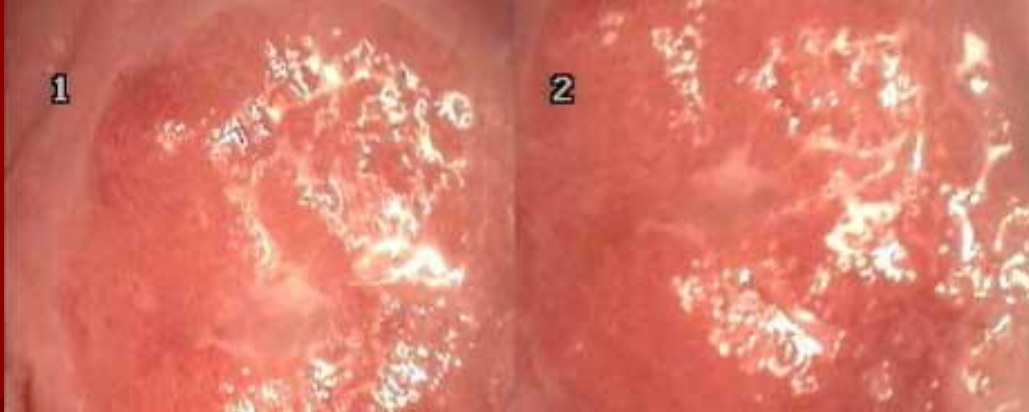
Діагностика:

- клінічна картина: гнійні виділення, контактні кровотечі, відсутність симптомів;
- огляд в дзеркалах: ерозія має яскраво-червоний колір, при дотику кровоточить, дно ерозії — набрякла сполучна тканина із субепітеліальними судинами;
- кольпоскопія (запальні зміни, порушення мікроциркуляції, розширення судин, набряк, на поверхні ерозії — відкладання фібрину);
- цитологічне дослідження.

- справжня ерозія існує не довше 2-3 тижнів та закривається одношаровим циліндричним епітелієм, що наростає на її поверхню із цервікального каналу. Процес переходить у наступну стадію — утворюється несправжня ерозія (псевдоерозія) шийки матки.

Лікування: спрямоване на ліквідацію запального процесу в тканинах — вагінальні свічки з антибіотиками, тампони з риб'ячим жиром, шипшиновою та обліпиховою олією, лазеротерапію. Курс лікування — 6-8 днів.





жінка 28 років, ерозія шийки матки



через 1 міс. після лазеротерапії



через 3 міс. після лазеротерапії

Несправжня ерозія шийки матки

(псевдоерозія) — доброякісний патологічний процес шийки матки, що виникає внаслідок розростання на поверхні ектоцервіксу ектопічного циліндричного епітелію.

Виявляється у 35-40% жінок.

Причини: зміни гормональних співвідношень в організмі жінки, стан місцевого гуморального імунітету

Розрізняють: *вроджену, посттравматичну та дисгормональну* ектопію.

За морфологічними ознаками розрізняють:

папілярні,

фолікулярні,

залозисті

змішані псевдоерозії.



Клініка: зазвичай скарг немає, інколи контактні кровотечі.

Діагностика:

- *огляд шийки матки у дзеркалах:* навколо зовнішнього вічка шийки матки або на її задній губі пляма червоного кольору величиною від 3-5 до 30-50 мм з «оксамитовою» поверхнею, при дотику легко кровоточить;
- *проста кольпоскопія:* гроноподібні скупчення яскраво-червоних та довгастих сосочків;
- *розширена кольпоскопія* (після нанесення на поверхню ерозії 3 % р-ну оцтової кислоти) внаслідок короткочасного скорочення судин та набряку епітелію сосочки стають більш рельєфними, блідішають і набувають чіткого вигляду, нагадуючи грона винограду;
- *проба Шиллера* (3 % рн Люголя або 5 % спиртового розчину йоду): ерозія набуває світло-рожевого забарвлення. Проба дає можливість виявити найбільш змінені ділянки епітелію для взяття прицільної біопсії.
- *біопсія:* біоптат фіксують у 5-10 % розчині формаліну.

Лікування:

- жінки із вродженими ектопіями епітелію підлягають спостереженню до 23 років - лікування не проводиться;
- лікування запального процесу після ідентифікації збудника;
- стимуляція процесу регенерації багатошарового плоского епітелію: тампони з риб'ячим жиром, шипшиною або облепиховою олією, лазеротерапію. Курс лікування — 6-8 днів;
- якщо після проведеного лікування ерозія не загоїлася, проводять медикаментозну деструкцію патологічного субстрату препаратами солковагін, ваготил, або діатермокоагуляція чи кріодеструкція ерозованої поверхні.



ектопія



через 3 міс. після терапії

Поліпи слизової оболонки цервікального каналу

- утворюються із слизової оболонки зовнішнього вічка, середньої або верхньої третини ендоцервіксу на ніжці або широкій основі.

Морфологічно розрізняють поліпи:

- *залозисті*
- *залозисто-фіброзні*
- *аденоматозні.*

Клініка: Частіше поліпи виникають у жінок після 40 років. Неускладнені поліпи клініки не дають, виявляють їх переважно при онкопрофоглядах.

Деколи - слизові або незначні кров'янисті виділення з піхви.



Полипы шейки матки



Діагностика:

- огляд у дзеркалах: утворення округлої форми, що міститься у цервікальному каналі або звисає у піхву.
- кольпоскопія: якщо поліп покритий циліндричним епітелієм, то при розширеній кольпоскопії він має характерну сосочкову поверхню; якщо поліп покритий плоским епітелієм (епідермальний поліп), то поверхня його гладенька, з розгалуженими судинами. Поліпи із слизової оболонки ендцервіксу розчином Люголя не забарвлюються.

Лікування: видаляють шляхом відкручування з наступною коагуляцією ніжки, якщо основа її доступна зору.

Якщо основа ніжки поліпа знаходиться високо у ц/каналі, проводять вишкрібання ц/каналу з наступним ПГД дослідженням.

Можлива кріодеструкція основи поліпа.

Якщо поліп рецидивує, необхідна консультація онкогінеколога.



Рис.35. Цитограмма при эндометриозе шейки матки. Окраска по Папаниколау в модификации Руденко; х 400

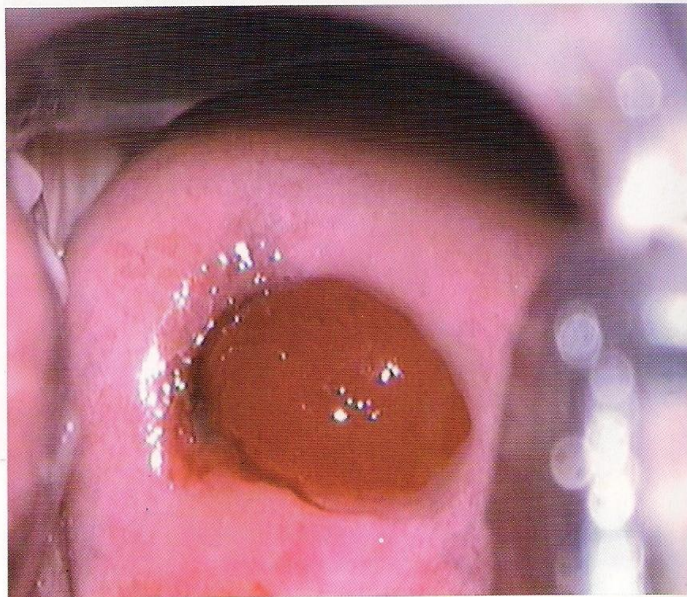


Рис.36. Доброкачественный железистый полип цервикального канала. Кольпофото х 10

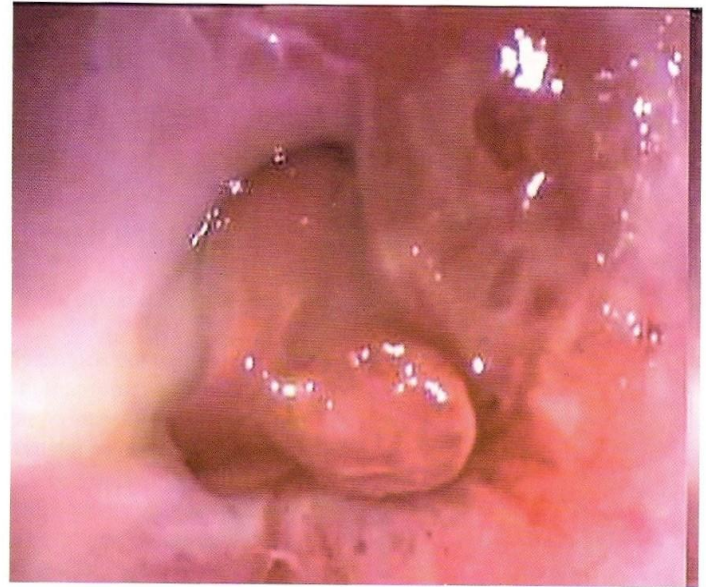


Рис.37. Железистый полип цервикального канала на широком основании. Кольпофото х 10



Рис.38. Эндометриоидный полип на фоне кольпита. Кольпофото х 10

Ендометріоз

Папілома шийки матки

- захворювання викликане папіломавірусом людини (HPV).

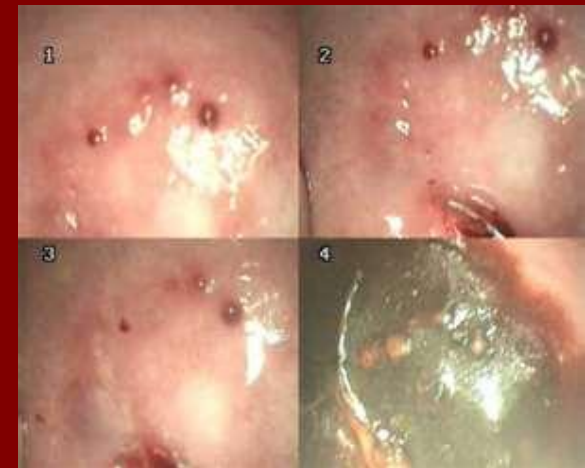
Існує три види HPV-уражень:

- *гострокінцеві конділоми (екзофітний тип);*
- *плоскі конділоми;*
- *інвертовані (ендофітний тип).*

Клінічних ознак специфічних немає, проявляються ознаками кольпіту.

Виявляють:

- огляд шийки матки в дзеркалах;
- цитологічна ознака вірусної інвазії - явища койлоцитозу;
- гістологічно - розростання багатошарового плоского епітелію ектоцервікса разом із сполучною тканиною, клітини без ознак атипії, можуть бути явища ангіоматозу, вторинні запальні зміни, при вагітності — децидуальні зміни.



Лікування: При великих папіломатозних розростаннях проводять біопсію, після чого - лазерокоагуляція або кріодеструкція рідким азотом.

Невеликі розростання на ніжці - діатермокоагуляція ніжки папіломи з наступним ПГД. Солкодерм — суміш органічних та неорганічних кислот, під впливом яких тканини коагулюються і конділоми відпадають.

Ектропіон

— виворот слизової оболонки шийки матки внаслідок погано відновленої шийки після пологової травми.

Поверхня, що утворилася внаслідок розриву, загоюється за рахунок циліндричного епітелію ц/каналу.

Діагностика:

- огляд в дзеркалах: старий розрив шийки матки, її деформація, ерозовані краї;
- кольпоскопія - хронічний запальний процес.

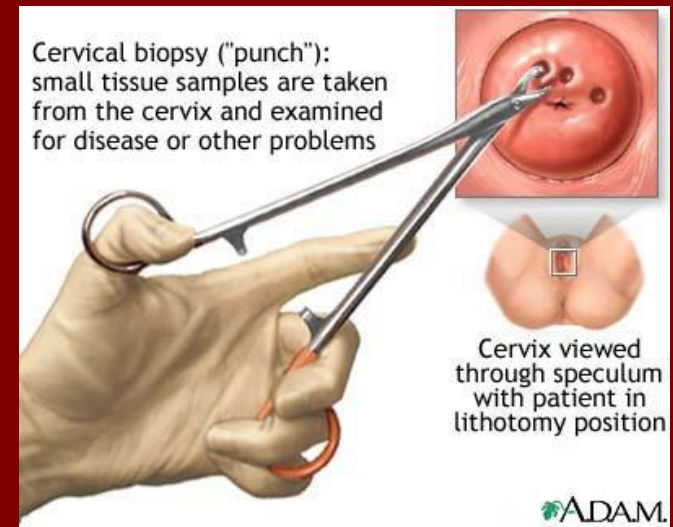
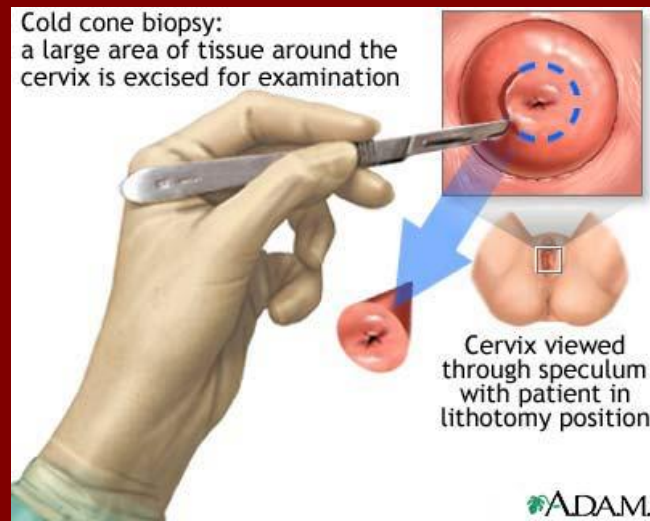


- цитологічне дослідження;
- біопсія шийки матки;
- фракційне вишкрібання порожнини матки та цервікального каналу при значній деформації.

Лікування: санації піхви, діатермокоагуляція ерозованої поверхні ектропіона.

При значній деформації шийки матки, глибоких розривах - реконструктивно-пластичні операції (операції Еммета).

Наявність дисплазії є показанням до більш радикального лікування — конусоподібної або клиноподібної ампутації шийки матки.



Лейкоплакія шийки матки

— патологічний стан, що характеризується потовщення багат шарового плоского епітелію за рахунок його базального та зернистого шарів з явищами паракератозу та зроговіння (гіперкератозу).

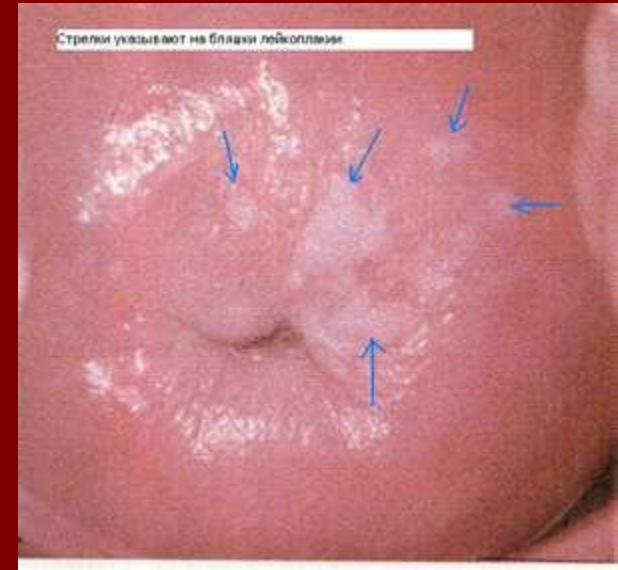
Етіологія:

- гормональна недостатність;
- інволюційні змінами в організмі жінки;
- дефіцит вітаміну А.

Розрізняють:

- *прості лейкоплакії без ознак атипії* (фонові захворювання)
- *лейкоплакії з ознаками базально-клітинної гіперактивності та атипії* (передракові процеси - у 15-75% хворих розвивається плоскоклітинний роговіючий рак шийки матки).

Специфічних скарг немає, лейкоплакії виявляють при профілактичних оглядах.



Діагностика:

- огляд шийки матки в дзеркалах: білувата плівка або бляшка іноді з перламутровим відтінком, плоска або дещо піднімається над рівнем епітелію шийки матки.
- кольпоскопія: йоднегативна ділянка з темно-червоними крапочками. Поля лейкоплакії мають вигляд багатокутних ділянок, розділених нитками капілярів, що створює малюнок мозаїки.
- цитологічне дослідження: пласти полігональних зроговілих клітин з пікнотичним ядром неправильної форми — дискератоцити.
- біопсія: проводять під контролем кольпоскопії з найбільш зміненої ділянки шийки матки.

Лікування:

- санація вагіни, враховуючи вид збудника;
- хімічні коагулянти – солковагін - коагулюючий вплив саме на циліндричний епітелій;
- діатермокоагуляція,
- електроексцизію.
- кріодеструкція та лазеротерапія.



Рис.1. Простая лейкоплакия. Кольпофото x 12



Рис.2. Простая лейкоплакия. CIN I-II. Проба Шиллера. Кольпофото x 10

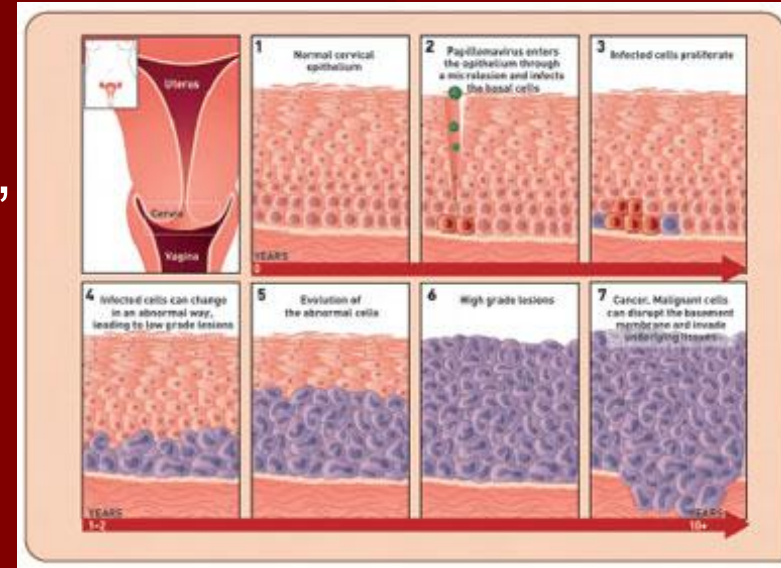
ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШИЙКИ МАТКИ:

- дисплазія
- лейкоплакія з атипією клітинних елементів
- еритроплакія
- аденоматоз

Дисплазія або «цервікальна інтраепітеліальна неоплазія» (CIN) — патологічний процес, при якому в частині товщі епітеліального шару з'являються клітини з різним ступенем атипії, що характеризуються порушенням процесів диференціювання, росту, дозрівання та відторгнення.

- CIN I - слабка дисплазія
- CIN II - помірна дисплазія
- CIN III - тяжка дисплазія та преінвазивний рак.

- При CIN I - гіперплазія та атипія клітин базального типу займає 1/3 товщини епітелію,
 - при CIN II - зміни захоплюють близько половини товщини слизової,
 - при CIN III — уражений весь епітелій або не менше його 2/3.
- При кольпоскопії виділяють такі види змін епітелію:



- **поля дисплазії:**

- поля гіперплазії багат шарового плоского епітелію;
- поля метаплазії циліндричного епітелію.

- **папілярна зона дисплазії:**

- папілярна зона гіперплазії багат шарового плоского епітелію;
 - папілярна зона метаплазії циліндричного епітелію;
- **передпухлинна зона трансформації.**

До факторів ризику виникнення дисплазій, а отже і раку шийки матки, зараховують:

- ранній початок статевого життя,
- часта зміну статевих партнерів,
- посттравматичні зміни шийки матки внаслідок абортів та пологів,
- інфікування організму вірусами HPV та VHS-2,
- зміну гормональної рівноваги (гіперестрогенія),
- вплив шкідливих факторів виробництва та екології.

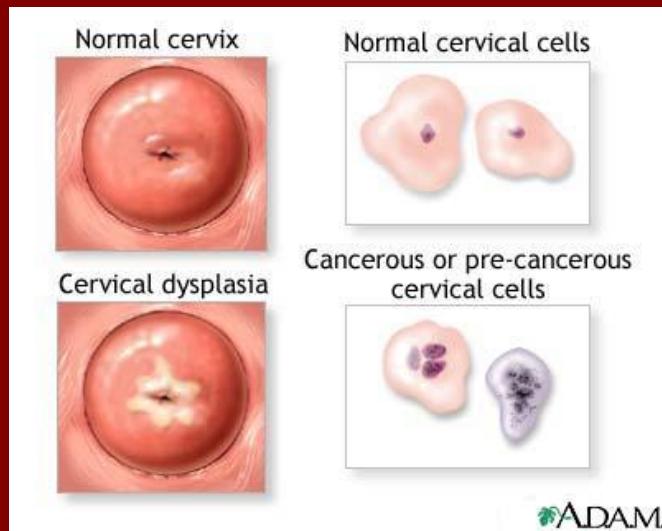
Захворювання найчастіше виявляють
у жінок після 30 років.



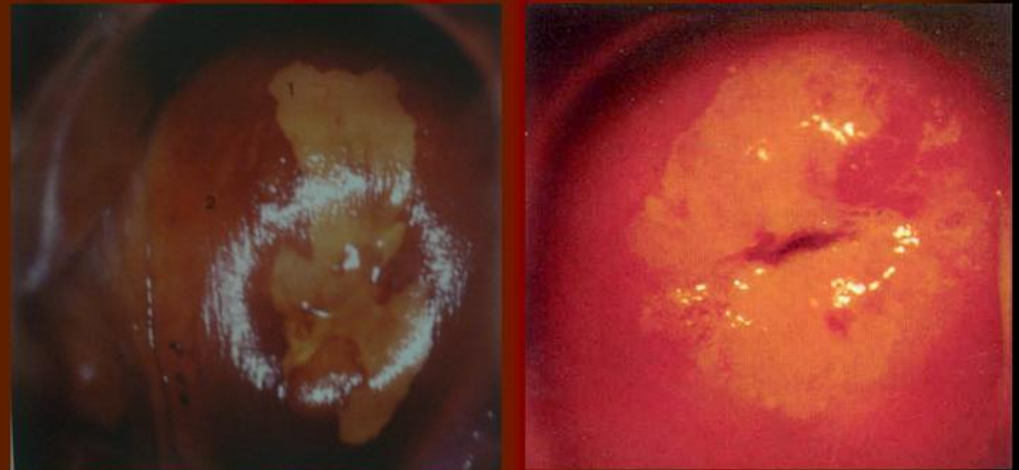
Діагностика:

- цитологічне дослідження мазків: клітини базального та парабазального шарів з ознаками дискаріозу.
- прицільна біопсія з наступним ПГД.

Перехід дисплазії в рак *in situ* відмічають у 40-60% хворих.
Час, необхідний для малігнізації CIN I - 5-6 років,
а при CIN III — близько року.



Дисплазия шейки матки, кольпоскопия



80% дисплазій формуються на візуально зміненій шийці матки
20% без видимих змін при гінекологічному огляді
Діагноз дисплазії – гістологічний!

Лейкоплакія з атипією

- клінічно не відрізняється від простої лейкоплакії;
- гістологічно відмічають посилені, порівняно із простою лейкоплакією, процеси зроговіння клітин функціонального шару. При простій лейкоплакії у препараті знаходять лише поверхневі клітини *багатошарового плоского епітелію* без ядер, у хворих з атиповою лейкоплакією у вигляді клітин без ядер виявляють *базальні та парабазальні клітини*.

Еритроплакія

- стоншення та зроговіння епітелію слизової шийки
- яскраво-червона пляма внаслідок просвічування судин базальної мембрани крізь стоншений шар епітелію.
- легко кровоточить при контакті;
- вогнища поодинокі або множинні з переходом на склепіння та стінки піхви;
- гістологічне дослідження — епітеліальний пласт стоншений до 1-2 шарів, характерна атипія ядер та клітинний поліморфізм.



Аденоматоз шийки матки - атипова залозиста гіперплазія.

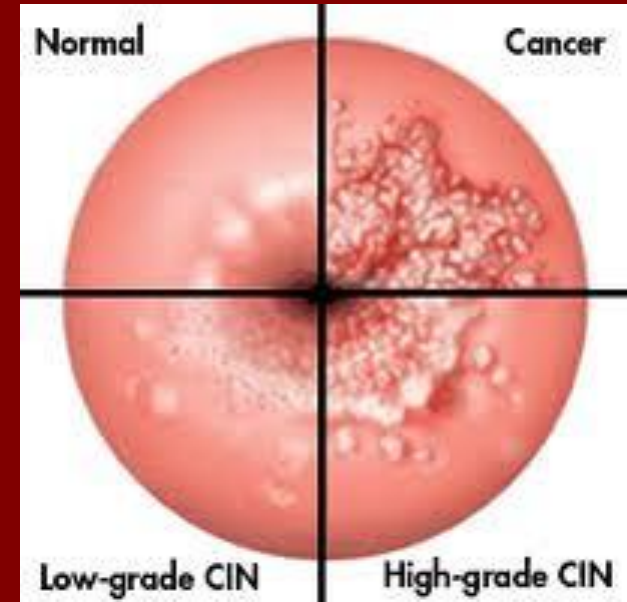
- гістологічне дослідження: вогнищева гіперплазія залоз у вигляді клубка, подібно до залоз ендометрію. Залози мають різну форму та величину, вистелені епітелієм, що не схожий на шийковий.
- часто переходить в рак in situ.

Лікування передракових станів:

- діатермоексцизія,
- кріохірургічна та лазерна деструкція.

Хворі з патологією шийки матки перебувають на диспансерному обліку.

Після радикальної терапії передракових станів цитологічне та кольпоцервікоскопічне дослідження проводять через 1, 6 і 12 місяців, з обліку знімають через 2 роки за умови нормальних цитологічних та кольпоцервікоскопічних даних.



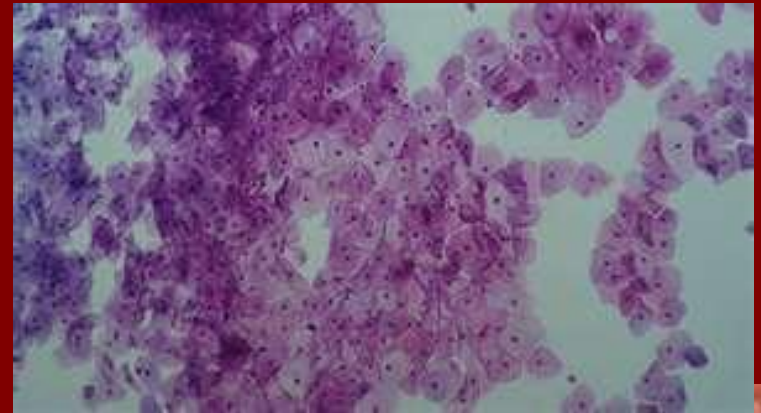
РАК ШИЙКИ МАТКИ

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.



За ступенем диференціації розрізняють:

- високодиференційований
- помірнодиференційований
- низькодиференційований рак - має найбільш злоякісний перебіг.

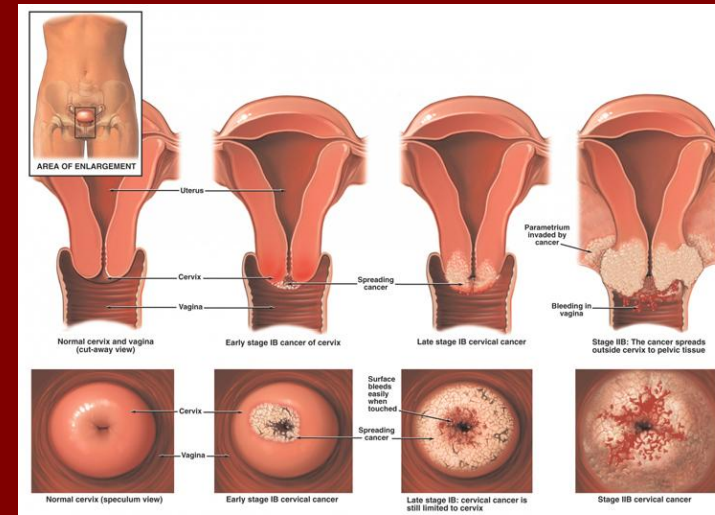
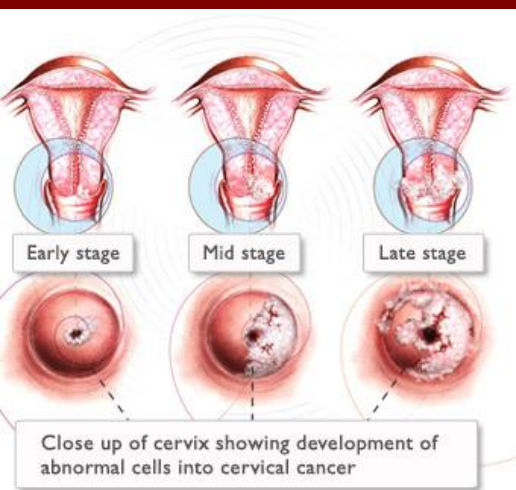
- **Екзофітна форма** - пухлина росте у просвіт піхви, набуває вигляду цвітної капусти і може виповнювати просвіт піхви.
- **Ендофітна форма** - проростання пухлини у м'язовий шар шийки матки, внаслідок чого шийка збільшується, ущільнюється. При розпаді пухлини утворюється кратероподібна виразка.
- **Змішана 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. Віддалені метастази в органи навіть в атональних хворих трапляються у 25-40 %.

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 прорости в сечовий міхур і пряму кишку, відповідно з'являються розлади сечовипускання і закрепи.



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, ендocerвікоз);

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

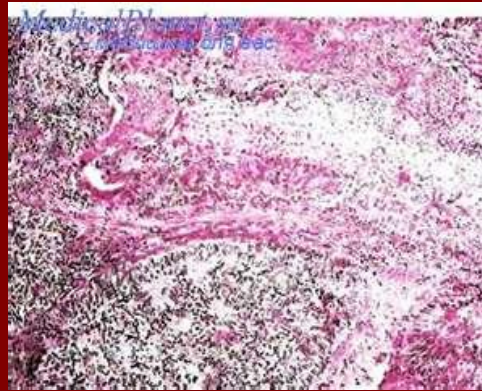
IIIб тип — виражена дисплазія плоского епітелію на фоні доброякісних процесів і в ділянці незміненого епітелію;

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.

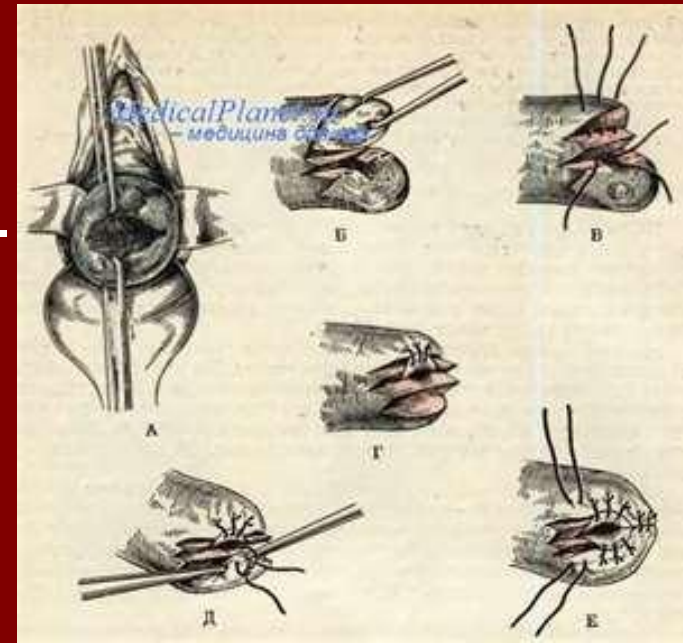
- кольпоскопія (проста та розширена).
- прицільна біопсія.



Остаточний діагноз встановлюють на підставі гістологічного дослідження матеріалу, отриманого під час біопсії. Біопсія дозволяє у більшості випадків встановити глибину інвазії.

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.*



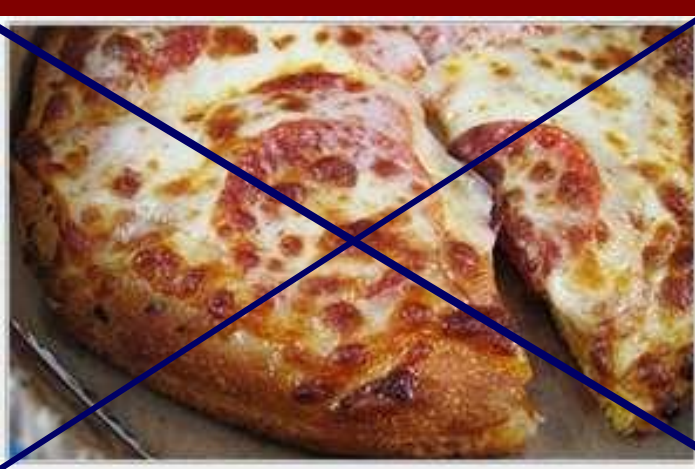
Іноді виникає необхідність надання хворим допомоги при кровотечі, яка при раку шийки матки може виникнути зненацька і бути досить значною. За наявності кровотечі з кратероподібної виразки або пухлини, що має вигляд цвітної капусти, слід ввести у вагіну гемостатичну губку, а за відсутності її — щільно 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 ЕНДОМЕТРІЮ

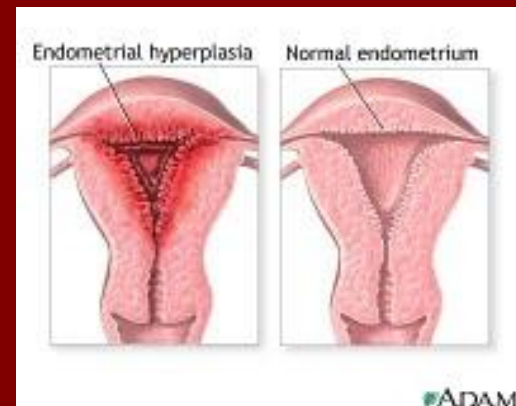
– доброякісна патологія слизової оболонки матки, яка характеризується прогресуванням клініко-морфологічних проявів від простої та комплексної гіперплазії до атипових передракових станів ендометрію і розвивається на тлі абсолютної чи відносної гіперестрогенії.

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:

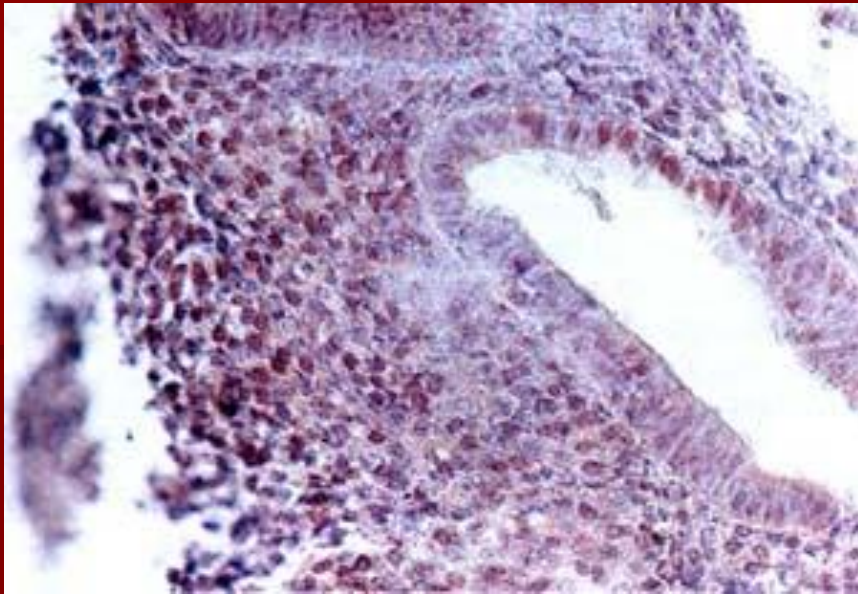
- залозиста гіперплазія ендометрію
- залозисто-кістозна гіперплазія ендометрію
- атипову гіперплазію ендометрію (аденоматоз, аденоматозна гіперплазія);
- поліпи ендометрію.



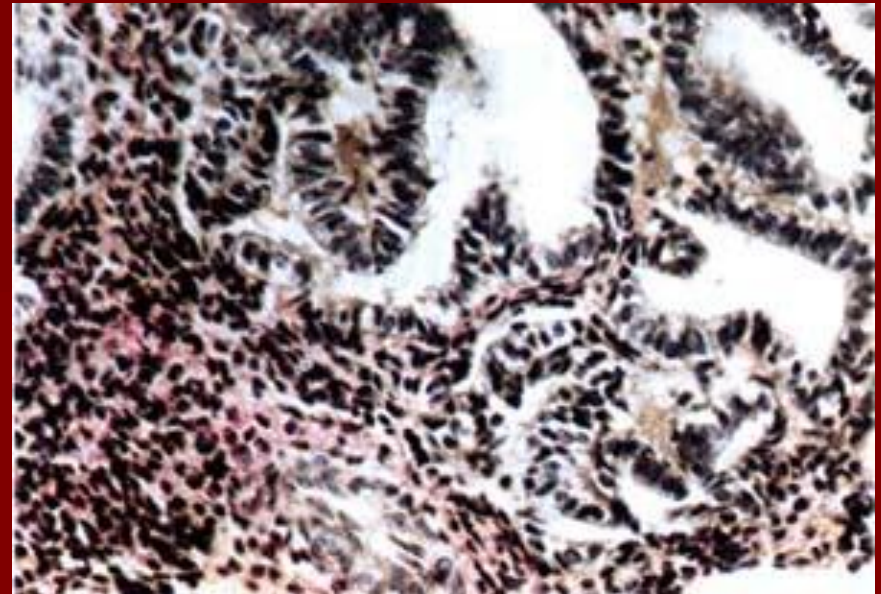
- Морфологічно: **проста залозиста гіперплазія** – ендометрій збільшений в об'ємі, розширення просвіту залоз без утворення кіст.
- **залозисто-кістозна гіперплазія** - кістозно розширені функціонуючі залози, іноді стромальна гіперплазія з великими, часом поліморфними, ядрами клітин строми. Потовщення 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



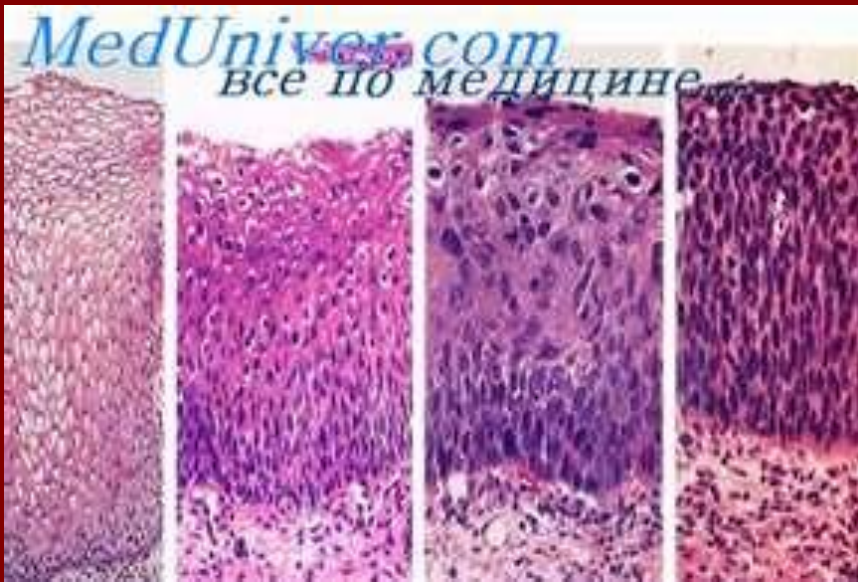
Гіперплазія ендометрію



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:

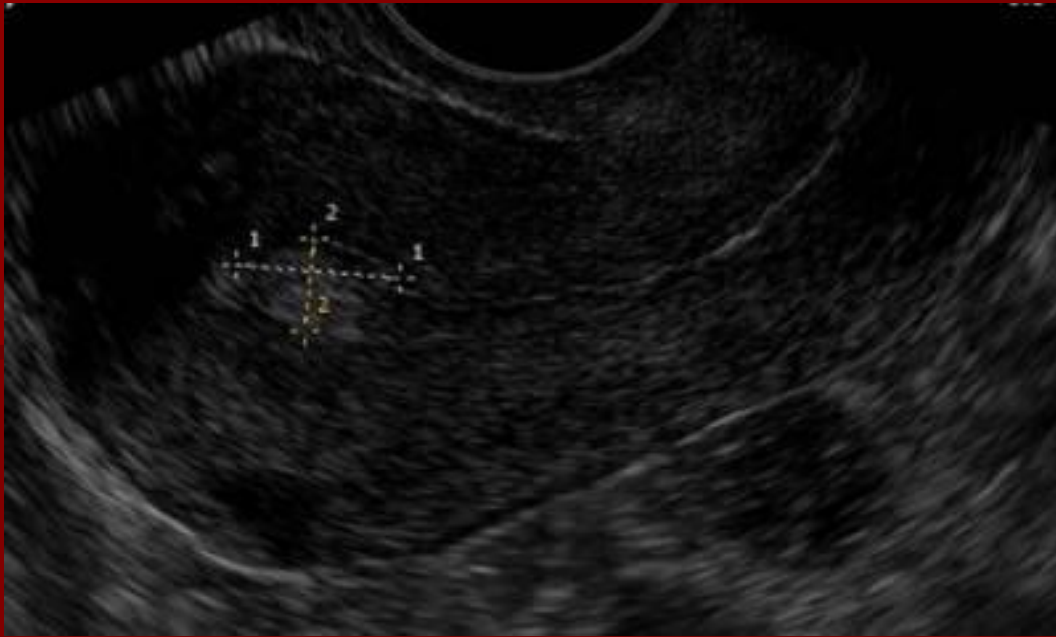
- маткові кровотечі, які виникають після затримки менструації, гіперполіменорея, іноді кровотечі мають профузний характер;
- періодично можуть з'являтися міжменструальні кров'янисті виділення;
- безпліддя внаслідок ановуляції.

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.



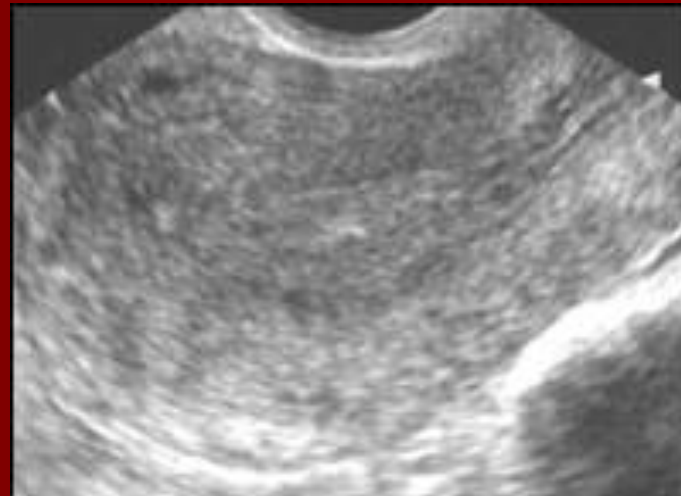
Поліп ендометрію



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);
- медроксипрогестерону ацетат;
- гестринону капронат;
- 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 і характеризується багатоваріантністю проявів хронічної гіперестрогенії в поєднанні із порушеннями ліпідного та вуглеводного обміну.

Клінічно це ановуляторні кровотечі, безпліддя, пізнє настання менопаузи, синдром Штейна-Левенталє, 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:

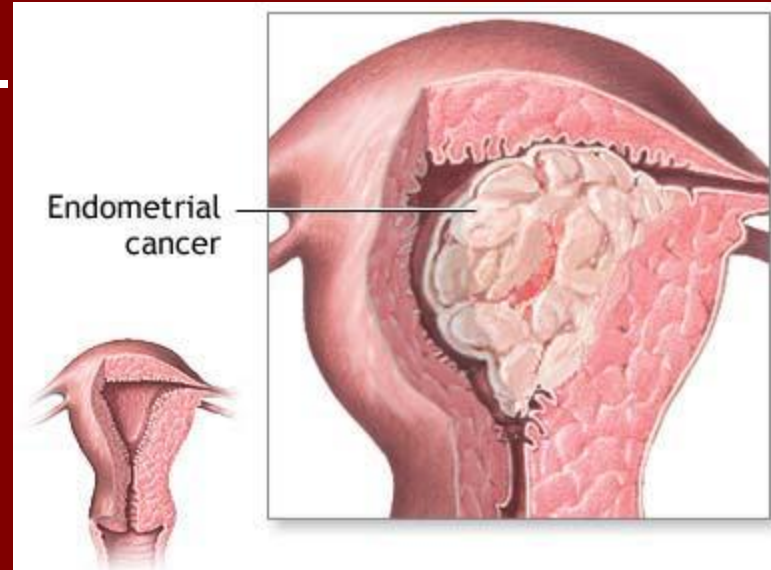
- ранньою ознакою раку ендометрію є водянисті виділення (лімфорея) із статевих органів;
- прожилки крові у виділеннях, а пізніше кровотечі -95-98 % хворих;
- біль в попереку та внизу живота - 2-5%
- прицільна біопсія;
- вишкрібання стінки матки з гістологічним дослідженням.



www.rod

Аденокарцинома

rodin35.ru



Класифікація раку тіла матки за системою TNM:

T - первинна пухлина:

Tis - преінвазивна карцинома (ca in situ);

TO - 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:

NO - метастази в регіонарних лімфовузлах не визначаються;

N1 - виявляються метастази в регіонарних лімфовузлах;

NX - немає підстав для оцінки стану регіонарних лімфовузлів.

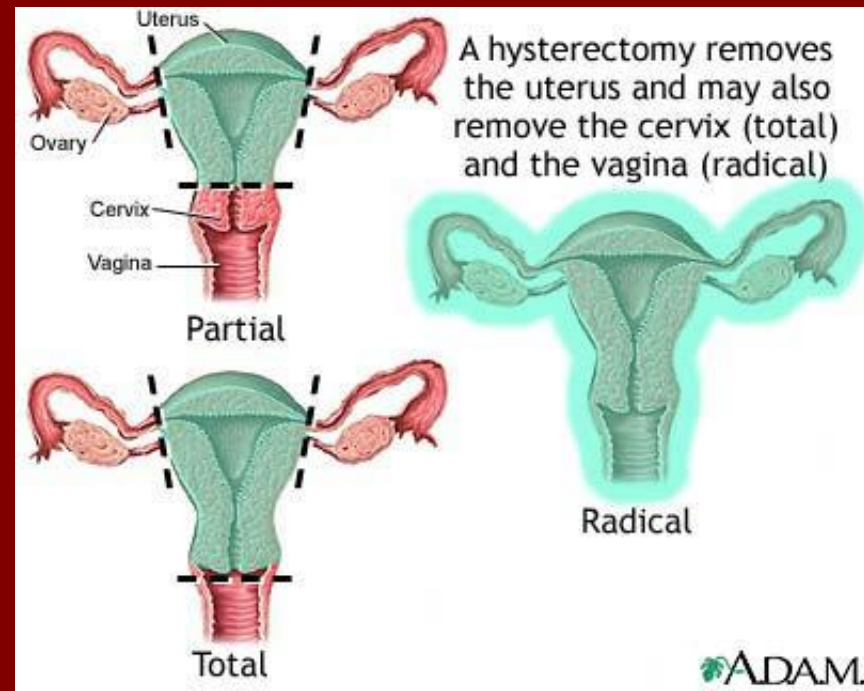
M - віддалені метастази:

MO - 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.



ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ

I. Епітеліальні пухлини.

A. Серозні пухлини.

1. Доброякісні:

- а) цистаденома і папілярна цистаденома;
- б) аденофіброма і цистаденофіброма;
- в) поверхнева папілома.

2. Пограничні (потенційно низького ступеня злоякісності):

- а) цистаденома і папілярна цистаденома;
- б) поверхнева папілома;
- в) злоякісна аденофіброма і цистаденофіброма.

3. Злоякісні:

- а) аденокарцинома, папілярна аденокарцинома і папілярна цистаденокарцинома;
- б) поверхнева папілярна карцинома;
- в) злоякісна аденофіброма і цистаденофіброма.

Б. Муцинозні пухлини

1. Доброякісні:

а) цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.

2. Пограничні:

а) цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.

3. Злоякісні:

а) аденокарцинома і цистаденокарцинома; б) злоякісна аденокарцинома і цистаденофіброма.

В. Ендоетріюідні пухлини

1. Доброякісні:

а) аденома і цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.

2. Проміжні:

а) аденома і цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.

3. Злоякісні:

а) карцинома, аденокарцинома, аденоакантома, злоякісна аденофіброма і цистаденофіброма; б) мезодермальні (мюллерові) змішані пухлини, гомологічні й гетерологічні.

Г. Світлоклітинні (мезонефроїдні) пухлини.

1. Доброякісні: аденофіброма.
2. Проміжні (потенційно низького ступеня злоякісності).
3. Злоякісні: карцинома й аденокарцинома.

Д. Пухлини Бреннера.

1. Доброякісні.
2. Проміжні (проміжної злоякісності).
3. Злоякісні.

Е. Змішані епітеліальні пухлини.

1. Доброякісні.
2. Проміжні (проміжної злоякісності).
3. Злоякісні.

Ж. Недиференційована карцинома.

З. Некласифіковані епітеліальні пухлини.



← 5cm →

II. Пухлини строми статевого тяжа.

А. Гранульозостромально-клітинні пухлини.

Б. Гранульозоклітинна пухлина.

В. Андробластоми: пухлини з клітин Сертолі й Лейдіга.

Г. Гінандробластома.

Д. Некласифіковані пухлини строми статевого тяжа.

III. Ліпідно-клітинні (ліпоїдно-клітинні) пухлини.

IV. Герміногенні пухлини.

А. Дисгермінома.

Б. Пухлина ендодермального синуса.

В. Ембріональна карцинома.

Г. Поліембріома.

Д. Хоріонепітеліома.

Е. Тератоми.

Ж. Змішані герміногенні пухлини.

V. Гонадобластома.

VI. Пухлини м'яких тканин, неспецифічні для яєчника.

VII. Некласифіковані пухлини.

VIII. Вторинні (метастатичні) пухлини.



Злоякісна текома

ІХ. Пухлиноподібні процеси.

А. Лютеома вагітності.

Б. Гіперплазія стромы яєчника і гіпертекоз.

В. Масивний набряк яєчника.

Г. Поодинокі фолікулярна киста і киста жовтого тіла.

Д. Множинні фолікулярні кисти (полікістоз яєчників).

Е. Множинні лютеїнізовані фолікулярні кисти і (або) кисти жовтого тіла.

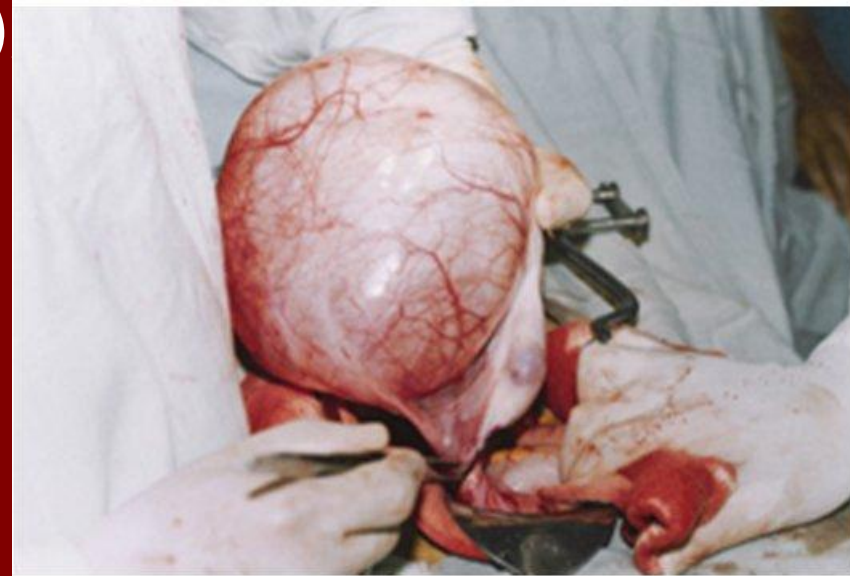
Ж. Ендометріоз.

З. Поверхневі епітеліальні кисти включення (гермінальні кисти включення)

І. Прості кисти.

К. Запальні процеси.

Л. Параоваріальні кисти.

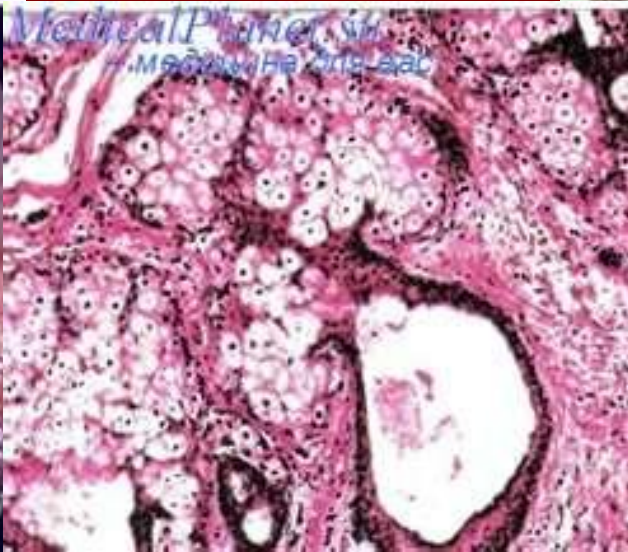


ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ

- 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.

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 – нижній край пухлини, зв'язок з прямою кишкою (в просвіт прямої кишки випинає передня стінка її разом зі стінкою пухлини, а слизова кишки не змінена, складчаста), параметрії;
- 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!

