## Лекция: Опухоли женских половых органов

**План**

1. Виды опухолей женских половых органов

2. Причины возникновения опухолей женских половых органов  
3. Симптомы опухолей женских половых органов

4. Виды доброкачественных и злокачественных опухолевых заболеваний женских половых органов

5.Опухоли наружных половых органов

6. Методы диагностики

**Основные понятия: миома матки, фибромиома матки,** киста яичника, киста шейки матки, рак шейки матки, саркома тела матки, рак яичников, фиброма вульвы, миома вульвы, кандиломы, крауроз

**Тип занятия:** Лекция

**Место проведения:** кабинет лечебного дела

**Время:** 90 минут, 2 академических часа

**Оснащение:** ЭОР, рабочая тетрадь для студентов, задачи, тесты, курс лекций.

**Цель занятия:** формирование профессиональных теоретических навыков диагностики опухолей женских половых органов

**ОК 1-13.**

**ПК1.1., ПК 1.2. ПК.1.3., ПК.1.6., ПК.1.7.**

## Доброкачественные и злокачественные опухоли женских половых органов

Доброкачественные и злокачественные опухоли женских половых органов

**Доброкачественные и злокачественные новообразования женских половых органов** – довольно распространенная в гинекологии проблема. Согласно данным медицинской статистики, теми или иными опухолями вульвы, влагалища, шейки матки, матки, яичников страдает практически каждая пятая-восьмая женщина на территории Российской Федерации.

Например, данные ВОЗ свидетельствуют, что такая распространенная **доброкачественная опухоль**, как миома матки, есть у каждой пятой женщины на земном шаре в возрасте 30-35 лет, более 25% хирургических вмешательств в гинекологии выполняются по поводу кист яичника и т.д. В связи с часто бессимптомным течением опухолевых заболеваний они иногда диагностируются случайно при очередном осмотре по поводу какой-либо другой проблемы.

**Опухоли женских половых органов** представляют собой патологические образования вследствие нарушения механизма деления клеток. Специалисты различают доброкачественные и злокачественные опухоли половых органов.

### Причины возникновения опухолей женских половых органов

На настоящий момент  **причины**  возникновения и развития

**доброкачественных и злокачественных опухолей** до конца не выяснены.

Известно, что в основе лежит дефект генетического материала клетки (ДНК), в результате чего механизм роста и деления клеток претерпевает патологические изменения, развивается апоптоз (самоуничтожение клетки в результате программирования на гибель). Предрасполагающими к возникновению опухолей факторами называются следующие:

* Генетические факторы (наследственная предрасположенность – ведущий фактор)
* Химические факторы (влияние ароматических веществ на ДНК)
* Физические факторы (ультрафиолетовое излучение, другие виды радиации)
* Механические травмы, перегрев организма
* Биологические факторы (вирусы и инфекции)
* Снижение иммунной защиты организма, аутоиммунные процессы
* Патологии эндокринной системы, нарушение гормонального баланса

### Симптомы опухолей женских половых органов

Некоторые **виды опухолей** могут вообще не давать никаких симптомов, другие – в зависимости от характера, размера, локализации опухоли – могут проявляться местными или общими симптомами. Местными симптомами опухолей являются увеличенные регионарные лимфатические узлы, пальпируемая опухоль.

Общие **симптомы опухолей женских половых органов** иначе называются «малыми признаками» опухолей.

Опухоли тех или иных органов могут иметь индивидуальные симптомы, например, при раке матки женщины могут жаловаться на маточные кровотечения вне цикла, дисфункцию яичников и т.д.

Общими **симптомами раковых опухолей** служат быстрая утомляемость, быстрое прогрессирующее снижение массы тела, ухудшение аппетита, снижение работоспособности и настроения, субфебрильная температура.

### Виды доброкачественных опухолевых заболеваний женских половых органов

**Миома матки, фибромиома матки** – одно из наиболее распространенных в гинекологической практике опухолевых заболеваний женских половых органов. В большинстве случаев может не иметь выраженной клинической симптоматики и определяться случайно при бимануальном исследовании.

Диагноз устанавливается на основании данных трансвагинального УЗИ, гистероскопии, кольпоскопии, лапароскопии, биопсии, цитологического или гистологического исследования.

**Киста яичника** представляет собой полость, заполненную жидкостью (точный характер содержимого устанавливается непосредственно при детальном обследовании). Чаще всего киста яичника обнаруживается у молодых женщин репродуктивного возраста, у пожилых она встречается крайне редко.

Различают эндометриоидную, параовариальную, муцинозную, серозную, дермоидную, фолликулярную кисту, кисту желтого тела и т.д.

Киста яичника может не беспокоить женщину и выявляться случайно при осмотре у гинеколога. В ряде случаев киста яичника может сопровождаться нарушениями менструального цикла, обильными и длительными менструациями, болями внизу живота, ановуляцией, бесплодием и т.д.

**Киста шейки матки**, называемая ошибочно пациентами «кистой матки» – частое осложнение псевдоэрозий, являющихся, в свою очередь, частым осложнением истинных эрозий. Размеры кисты шейки матки чаще всего составляют несколько миллиметров, сама киста выглядит как круглое образование желтовато-белого цвета.

В отношении кист шейки матки выбирается тактика наблюдения: если кисты маленькие и не влияют на здоровье шейки матки, их оставляют без лечения, если кисты множественные, деформируют шейку матки, рекомендуется лечение радиоволновым способом аппаратом «Сургитрон» – данный метод может быть рекомендован даже нерожавшим девушкам в силу свой атравматичности.

# Злокачественные опухоли женских половых органов»

**I.**Злокачественные новообразования женских половых органов занимают ведущее место в структуре онкологической заболеваемости и являются одной из важнейших проблем современной медицины. Значительная роль в борьбе с ними принадлежит врачам женских консультаций, т.к. большинство онкогинекологических больных первично обращаются к акушерам-гинекологам.

***Рак шейки матки.*** В структуре злокачественных новообразований развивающихся у женщин, заболевания половых органов занимают одно из первых мест. Одной из наиболее частых форм злокачественных опухолей является рак шейки матки, который чаще всего возникает в возрасте 45-55 лет.

Наиболее часто фоном для возникновения рака шейки матки является рубцовая деформация и экстропион шейки матки после родов, дисплазия шейки матки (тяжёлая форма). Различают *экзофитную, эндофитную* и *смешанную* формы рака шейки матки.

При ***экзофитной***форме опухоль имеет вид цветной капусты, расположена на поверхности шейки матки, иногда больших размеров.

При ***эндофитной***форме опухоль прорастает в толщу шейки матки, в результате чего шейка увеличивается в размерах.

По гистологическому строению различают *плоскоклеточный* и *железистый*

рак шейки матки.

***Плоскоклеточный рак***исходит из плоского эпителия, покрывающего влагалищную часть шейки матки, а ***железистый***- из слизистой оболочки канала шейки матки.

Распространение процесса идёт по лимфатическим путям, клетчатке малого таза, а также гематогенно.

**Классификация рака шейки матки по степени распространения**

***Стадия 0*** - преинвазивный рак шейки матки

***Стадия I***- поражена только шейка матки

***Стадия II***- а) параметральный вариант - инфильтрация параметрия с одной или с двух сторон, не переходящая на стенку таза;

б) влагалищный вариант - инфильтрация двух верхних третей влагалища;

в) маточный вариант - опухоль переходит на тело матки.

***Стадия III***- а) параметральный вариант - инфильтрация параметрия с одной или обеих сторон, переходящая на стенки малого таза;

б) влагалищный вариант - поражение всей стенки влагалища;

в) регионарный метастатический вариант с поражением регионарных тазовых лимфатических узлов.

***Стадия IV*** - а) переход рака шейки матки на мочевой пузырь;

б) переход рака шейки матки на прямую кишку;

в) отдалённые метастазы.

Наиболее часто рак шейки матки метастазирует в лёгкие, печень, кости, почки и др. органы.

*Существует также классификация по системе ТNМ* (Т - первичная опухоль, N - поражение лимфатических узлов, М - метастазы).

**II.**Клиника. Характерными симптомами рака шейки матки является ациклические (контактные) кровянистые выделения, бели (часто с прожилками крови), а при распространении опухоли - боли. Для пре- и микроинвазивного рака шейки матки характерны тупые ноющие боли в нижних отделах живота, быстрая утомляемость, раздражительность. При распространении процесса на мочевой пузырь и прямую кишку появляется соответствующая симптоматика в виде упорных циститов, запоров и др.

Диагностика. При сборе анамнеза обращают внимание на состояние менструальной, секреторной и репродуктивной функции, особенности течения родов с возможными разрывами шейки матки и последующим образованием эктропиона. Нередко выясняется, что больная длительно страдает «эрозией» шейки матки, плохо поддающейся лечению, которая появилась после родов.

Осмотр шейки матки с помощью зеркал. Картина при этом исследовании может быть разнообразной: небольшие изменения на шейке матке в виде эрозии, сероватые легко распадающихся и кровоточащие при дотрагивании опухолевые массы типа цветной капусты. При раке шеечного канала на поверхности шейки матки особых видимых глазом изменений нет. Слизистая оболочка, покрывающая влагалищную часть шейки матки, блестящая, как бы натянутая, а сама шейка матки имеет бочкообразную форму (эндофитная форма).

Кольпоскопическая картина при раке шейки матки характерна: штопорообразные сосуды расположены по периферии красноватых просовидных разрастаний к кровоизлияниями. При кратерообразном изъявлениишейки видна гнойно - некротические нагноения. Биопсию следует производить широко, клиновидно иссекая скальпелем патологически изменённый участок шейки матки в пределах здоровой ткани. Кроме того, при этом производят выскабливание слизистой оболочки канала шейки матки.

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

***Рак тела матки.***

**I.**Встречается у женщин старше 50 лет. Чаще раком тела матки страдают нерожавшие или малорожавшие женщины, с поздним наступлением менархе и менопаузы.

Чаще заболевание возникает на фоне гиперпластических процессов эндометрия, сочетаясь с нейроэндокринными расстройствами, сахарным диабетом, ожирением, гипертонической болезнью.

**Классификация рака тела матки:**

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

Стадия I - опухоль ограничена телом матки.

Стадия Iа - длина полости матки не превышает 8 см.

Стадия Iб - длина полости матки более 8 см.

Стадия II - опухолью поражены тело и шейки матки.

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

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

**II.**Клиника. Основными симптомами рака тела матки являются ациклические маточные кровотечения (метроррагии) в репродуктивном периоде или пременопаузе, а также кровотечения в постменопаузе. Часто отмечаются серозные бели с прожилками крови или бели типа мясных помоев, боли и чувство тяжести в нижних отделах живота, которые усиливаются и могут носить схваткообразный характер при скоплении гноя в матке. При распространении процесса (III-IV стадии) могут быть нарушены функции соседних органов.

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

Обязательными являются цитологическое и гистологическое исследования. Цитологическое исследование состояния эндометрия, полученного путём аспирации шприцем Брауна из полости матки. Этот метод прост, доступен для многократного применения, почти не даёт осложнений и обеспечивает прочную диагностику более чем в 90% случаев. Гистологическое исследование материала производится после раздельного диагностического выскабливания слизистой оболочки канала шейки матки и тела матки.

При подозрении на (III-IV стадию), раздельное диагностическое выскабливание может быть заменено радиоизотопным исследованием. Иногда в целях определения локализации опухоли производят гистеросальпингографию.

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

***Саркома тела матки.***

**I.**Злокачественная опухоль, развивающаяся из соединительной ткани миометрия или из самых мышечных волокон, нередко возникают внутри узла миомы матки. Чаще наблюдается в возрасте 40-50 лет.

**II.**Вначале заболевание может протекать бессимптомно. Клинические проявления зависят от локализации, направления и быстроты роста опухоли. Для саркомы эндометрия характерны кровотечения. В случае инфицирования опухоли отмечаются гнойные или гнойно - кровянистые выделения. При интрамурально и субсерозно расположенных саркомах мышечного слоя маточное кровотечение может отсутствовать.

Основной симптом - быстрое увеличение матки, особенно если оно устанавливается в менопаузе, когда миомы должны уменьшаться.

Диагноз саркомы устанавливается при исследовании отторгающейся из полости матки или удалённой во время операции опухоли.

***Рак яичников.***

**I.**В клинической практике под термином «рак яичников» понимают все злокачественные опухоли женской гонады.

Заболевание чаще всего встречается в возрасте 40-50 лет, является наиболее коварным и трудным для диагностики. Злокачественные опухоли могут развиваться первично из элементов яичника и на основе потенциально доброкачественных опухолей (сосочковых и железистых кистом). В запущенных стадиях рака яичников часто не удаётся найти элементы кистомы. Встречается и метастатический рак яичников, который в 45 - 50% случаев возникает у женщин до 40 лет. Наиболее частое метастазирование в яичники происходит при поражении желудочно-кишечного тракта (опухоль Крукейберга) молочной железы и желчного пузыря. Метастатические опухоли обычно двусторонние, достигают больших размеров, имеют неравномерно плотную консистенцию.

**Классификация:** Различают 4 стадии рака яичников.

Стадия I - опухоль ограничена яичниками;

Стадия Iа - опухоль ограничена одним яичником;

Стадия Iб- опухоль ограничена обоими яичниками;

Стадия II - опухоль поражает один или оба яичника с прорастанием в область таза;

Стадия IIа - первичное и вторичное поражение хирургически удалимы;

Стадия IIб - первичное и/или вторичное поражение неудалимы;

Стадия III - опухоль поражает один или оба яичника, распространённые метастазы, но возможно частичное удаление;

Стадия IIIа - наличие абдоминального распространения и/или метастазов;

Стадия IIIб - отдалённые метастазы вне брюшной полости;

Стадия IV- опухоль, поражающая один или оба яичников полностью неоперабельна.

**II.**Клиника: у большинства больных протекает бессимптомно. В начале развития ракового процесса почти не отмечаются боли, иногда появляются чувство тяжести внизу живота, боли с неопределённой локализацией, которые могут прекращаться и вновь возникать. Наиболее заметные, но уже не на ранней стадии - ухудшение общего состояния, быстрая утомляемость, вздутие живота, увеличение его в объёме (асцит), чувство насыщения оси малого количества пищи, боли в правом подреберье, опухоль в брюшной полости.

Если процесс прогрессирует, температура тела иногда повышается до 39єС, что связано с дегенеративными изменениями в опухоли, могут повышаться СОЭ и количество лейкоцитов.

Диагностика: в ранних стадиях диагностика затруднена в связи с невыраженностью симптоматики. Рак яичников следует заподозрить, если при PV определяется опухоль яичников плотной консистенции, с бугристой поверхностью, ограничено подвижная в сочетании с асцитом, через задний свод пальпируются плотные «шипы», представляющие собой опухолевые массы.

В III-IV стадии сопровождается асцитом и гидротораксом.

### Диагностика опухолей женских половых органов

В большинстве случаев **диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей** женских половых органов осуществляется с помощью следующих методов:

* Гинекологический осмотр
* Бимануальное исследование влагалища
* Трансвагинальное УЗИ (УЗИ органов малого таза)
* Компьютерная томография (КТ) органов малого таза
* Магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза
* Эндоскопическое обследование органов малого таза
* Гистероскопия, лечебно-диагностическая лапароскопия
* Кольпоскопия
* Биопсия с последующим гистологическим или цитологическим исследованием

**Опухоли наружных половых органов**

Причины:

Генетическая предрасположенность (опухолевые заболевания у родственниц по женской линии).

Хронические и острые воспалительные заболевания женских половых органов. Иммунодефицит (выраженное снижение иммунной защиты организма).

Фоновые и предраковые заболевания наружных половых органов: крауроз (истончение, сухость и зуд слизистой оболочки наружных половых органов), лейкоплакия (появление тонких пленок или белесоватых бляшек на слизистой оболочке наружных половых органов, зуд и жжение), остроконечные кондиломы (бородавчатые разрастания слизистой оболочки наружных половых органов).

Воздействие канцерогенных факторов (вызывающих рак):

курение;

алкоголизм;

избыточное пребывание на солнце;

неправильное питание;

вдыхание токсических веществ (паров бензола, бензопирена);

использование некачественных средств гигиены (интимной косметики, гигиенических прокладок).

Симптомы опухоли наружных половых органов:

Появление видимого образования в области наружных половых органов:

увеличение объема тканей, припухлость;

изменение цвета кожи или слизистой оболочки;

изъязвления (образование язв).

Отделяемое кровянистого, водянистого, гнойного или смешанного характера на белье или средствах женской гигиены.

Болезненность в области наружных половых органов, усиливающаяся при механическом надавливании, ходьбе, половом акте.

Увеличение лимфатических узлов в паховой области, определяемое на ощупь.

Общее недомогание, слабость, потеря веса.

Формы:

Доброкачественные опухоли наружных половых органов:

фиброма вульвы (опухоль из соединительной ткани наружных половых органов);

миома вульвы (опухоль из мышечной ткани наружных половых органов);

фибромиома вульвы (опухоль, содержащая элементы мышечной и соединительной ткани наружных половых органов).

Доброкачественные опухоли наружных половых органов у женщин развиваются чаще всего в области больших и малых половых губ. Проявляются увеличением размеров половой губы на стороне поражения в виде гладкого округлого бугра или опухоли на ножке (полипа). Обычно опухоли небольших размеров, но без лечения могут вырастать до нескольких килограммов. При достижении больших размеров в опухоли нарушается кровообращение, что приводит к разрушению тканей опухолевого узла и сопровождается появлением болей.

**Рак вульвы** чаще всего развивается на больших половых губах и клиторе, чуть реже — в области малых половых губ, самая редко встречаемая локализация (расположение) злокачественной опухоли — бартолиновы железы (большие железы преддверия влагалища) и мочеиспускательный канал. Рак вульвы может выглядеть как припухлость над поверхностью кожи или слизистой, язва или очаг уплотнения ткани. Рак вульвы сопровождается болями, гнойными и кровянистыми выделениями.

**Рак половых губ**

Злокачественные поражения половых органов у женщин – заболевание достаточно редкое, но весьма опасное. В подавляющем большинстве клинических случаев рак большой половой губы (так же, как и рак малой половой губы) диагностируется у пожилых пациентокПризнаки и симптомы рака половых губ

Заподозрить и выявить болезнь на начальной стадии достаточно просто – необходимо всего лишь следить за состоянием репродуктивных органов и отмечать все происходящие изменения.

Возникновению новообразований почти всегда предшествуют предраковые патологии – в частности, кондиломы или краурозы.

Кондиломы представляют собой бородавчатые наросты на наружных женских органах, которые появляются в молодом и среднем возрасте и с течением времени (если не предпринимать медицинских мер) способны перерасти в рак. Крауроз это не совсем болезнь, а синдром, сопровождающий возрастные процессы в тканях:

чрезмерную сухость половых органов;

появление морщин на коже половых губ;

зуд в промежности.

Ещё одна предраковая патология – это лейкоплакия, которая выглядит, как белесые пятна на слизистой оболочке половых органов. В большинстве случаев в этих пятнах содержатся атипичные клетки, которые могут перерасти в рак.

Очень важно при наличии данных заболеваний провести дополнительные диагностические процедуры, которые позволят выявить рак на нулевой стадии. В этом случае лечение будет быстрым и эффективным.

Симптомы и признаки рака половых губ на начальной стадии следующие:

зуд и жжение в промежности;

появление бородавок и кондилом;

наличие безболезненного узелка или уплотнения с чётко очерченными краями;

наличие незаживающих изъязвлений на коже половых губ;

резкое ухудшение самочувствия – слабость, сонливость;

потеря веса;

субфебрильная температура.

Со временем симптоматика усугубляется – новообразование увеличивается в размерах, края становятся неровными, язвы начинают кровоточить: на дне изъязвления возникает некротический очаг. Болевые ощущения зависят от локализации рака и его гистологической разновидности. В одном клиническом случае боль может появиться на самой ранней стадии, в другом – возникнуть только на стадии распространения злокачественного процесса на другие органы.

Опухоль может быть экзофитного типа, эндофитного и диффузного. Все три разновидности довольно быстро прорастают в окружающие ткани и распространяются на уретру, влагалище и промежность.

Обилие в данной зоне лимфатических и кровеносных сосудов способствует быстрому метастазированию. Лимфатические узлы при возникновении в них злокачественного процесса уплотняются и становятся болезненными. В дальнейшем боли усиливаются настолько, что не позволяют пациенткам справлять естественные навыки и даже передвигаться.

**Диагностика**

Первичная диагностика рака – это наружный гинекологический осмотр, который проводится с помощью лупы. Во время осмотра проводится также пальпация, которая определяет консистенцию опухоли и степень её распространённости в окружающие ткани. Гинекологический осмотр при помощи зеркал позволяет провести оценку состояния влагалища и шейки матки. Иногда необходимо также провести ректовагинальное пальцевое исследование.

Значение имеет цитологическое исследование мазков с подозрительных участков слизистой оболочки половых органов. Уточнить диагноз позволяет биопсия – забор образца тканей опухоли и его исследование в лаборатории под микроскопом.

Дополнительными диагностическими процедурами при раке половых губ и подозрении на метастазы являются:

цистоскопия;

экскреторная урография;

ректороманоскопия;

рентген грудной клетки;

анализ менструальной функции (в репродуктивном возрасте);

лимфография – исследование лимфатических узлов на наличие раковых клеток;

диагностическая лапароскопия;

КТ, УЗИ и МРТ внутренних органов.

**Рекомендуемая литература:**

Барыкина Н.В. Диагностика в хирургии

Учебное пособие для студентов медицинских колледжей МДК.01.01 «Пропедевтика клинических дисциплин», ООО «Феникс», 2016.

**Дополнительная:**

Рубан Э.Д.. Хирургия.Учебное пособие для студентов медицинских колледжей ООО «Феникс», 2016.

# Самостоятельная работа:

1. Работа с лекционным материалом, учебниками

2. Заполнение рабочей тетради по теме

3. Подготовка рефератов на темы: «Доброкачественные опухоли женских половых органов», «Злокачественные опухоли женских половых органов» ,