Текст лекции по теме занятия № 28: Опухоли эндометрия, вульвы и влагалища. Генитальный эндометриоз. Принципы диагностики и лечения.

Изучаемые вопросы:

1. Причины, симптоматика, диагностика, принципы лечения доброкачественных и предраковых состояний тела матки, влияние на репродуктивную функцию.

2. Причины, симптоматика, диагностика, принципы лечения рака эндометрия, влияние на репродуктивную функцию.

3. Принципы оказания психологической помощи пациенткам.

4. Причины, симптоматика, диагностика, принципы лечения доброкачественных и предраковых состояний вульвы и влагалища, влияние на репродуктивную функцию.

5. Причины, симптоматика, диагностика, принципы лечения рака вульвы и влагалища, влияние на репродуктивную функцию.

6. Причины, симптоматика, диагностика, принципы лечения генитального эндометриоза, влияние на репродуктивную функцию.

1. Причины, симптоматика, диагностика, принципы лечения доброкачественных и предраковых состояний тела матки, влияние на репродуктивную функцию.

*Гиперплазия эндометрия. Предраковые заболевания эндометрия*

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ). Под термином «гиперплазия» понимают увеличение числа структурных элементов тканей или органов вследствие избыточного новообразования клеток. Подобные изменения в эндометрии могут служить сигналом предраковой и даже раковой трансформации.

*Этиология и патогенез*

ГПЭ развиваются на фоне гиперэстрогении и реже - при неизмененном (нормальном) гормональном гомеостазе.

*Гистологическая классификация гиперплазии эндометрия*

*Железисто-кистозная гиперплазия*

Клиническая картина. В репродуктивном возрасте больные предъявляют жалобы на нарушения менструальной функции, на кровянистые выделения из половых путей в межменструальном периоде, которые могут «сливаться» с менструацией до ее начала или после ее окончания.

В пременопаузальном периоде - нерегулярные обильные менструации с последующими длительными мажущими кровянистыми выделениями. В постменопаузе больные отмечают появление скудных кратковременных или длительных кровянистых выделений.

*Атипическая гиперплазия эндометрия*

Синоним - аденоматоз, аденоматозная гиперплазия очаговая либо диффузная, включающая и аденоматозные полипы, относится к предраковым заболеваниям.

Диагностика. Основывается на данных ультразвукового, эндоскопического (гистероскопического) исследований и обязательного патоморфологического исследования аспирата или соскоба из полости матки.

УЗИ проводят на 5-7-е сутки менструального цикла. УЗИ позволяет косвенно судить о состоянии эндометрия по толщине и структуре срединного М-эха. В постменопаузе увеличение срединного М-эха до 5 мм и более становится косвенным признаком гиперпластического процесса даже без клинических проявлений.

Окончательный диагноз ставят на основании результатов гистероскопии с прицельным удалением патологического образования в полости матки, биопсией эндометрия или диагностическим выскабливанием слизистой оболочки полости матки и последующим гистологическим исследованием полученного материала.

Лечение. Лечебная тактика зависит от патоморфологической характеристики эндометрия, возраста больной, этиологии и патогенеза заболевания, сопутствующих генитальных и экстрагенитальных заболеваний и состоит из остановки кровотечения и профилактики рецидива ГПЭ, сохранения ритмичной менструальноподобной реакции (до 50 лет) или стойкого прекращения менструаций.

Медикаментозное лечение ГПЭ имеет целью нормализацию гормонального гомеостаза и занимает не менее 4-6 мес. Для этого используют гестагены или комбинированные эстроген-гестагенные препараты.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) целесообразно назначать женщинам с нормальной массой тела, без выраженных метаболических нарушений, у которых морфологически подтверждена железистая ГПЭ. Выбирают препараты низкодозированные (но не микродозированные). Лечение проводят длительно по контрацептивной схеме (не менее 6 мес).

Гестагены применяются во вторую фазу цикла: с 14-го дня цикла в течение 12 сут; циклическое применение гестагенов возможно также по «длинной» схеме - с 5-х по 25-е сутки цикла.

Для гормонотерапии железисто-кистозной ГПЭ и аденоматозной гиперплазии используют препараты с антигонадотропным эффектом и схемы лечения, временно блокирующие менструальный цикл: даназол в течение 4-6 мес (препараты используют при отсутствии у пациентки выраженных метаболических нарушений и нормальной массе тела).

Все больные с гиперпластическими процессами должны находиться на диспансерном учете с длительностью наблюдения не менее 5 лет. Контроль за результатами лечения нужно осуществлять через 3 и 6 мес путем цитологического исследования аспирата из полости матки, динамического ультразвукового исследования.

*Лейомиома матки* (ЛМ) - доброкачественная опухоль женских половых органов, состоящая из мышечной и соединительной ткани. По их соотношению опухоль именуется как фибромиома или миома.

Причина и механизмы развития ЛМ окончательно не установлены.ЛМ принято считать гормональнозависимой гипертрофией и гиперплазией миометрия, результат патологической регенерации поврежденного миометрия, риск которой (внутриматочные вмешательства, половые инфекции) выше у женщин детородного возраста. Изменения гемодинамики внутренних половых органов у женщин с неблагоприятным фоном приводит к локальной гипоксии миометрия.

*Классификация*

По локализации миоматозных узлов:

в теле матки и в ее шейке (шеечная миома).

 По форме роста:

- межмышечная (опухоль располагается в толще стенки матки);

- подслизистая, субмукозная (рост миомы происходит по направлению к полости матки);

- подбрюшинная, субсерозная (рост миомы происходит по направлению к брюшной полости).

• Множественная (сочетание двух, трех форм роста).

• Забрюшинная (при экзофитном росте из нижнего сегмента матки, перешейка, шейки матки).

• Межсвязочная (интралигаментарная) - между листками широкой связки.

• ЛМ на ножке - узлы, расположенные на наружной поверхности матки на тонком основании. Такие узлы подвижны.

*Клиническая картина*

Субъективными проявлениями ЛМ могут быть:

• аномальные маточные кровотечения (мено- и метроррагии);

• боль и тяжесть в нижних отделах живота (вследствие давления опухоли на соседние органы, нервные элементы малого таза и растяжения связок);

• нарушения мочеиспускания и дефекации;

• симптомы общего железодефицита, связанные с хронической кровопотерей.

Клиническая картина лейомиомы зависит от ее локализации, размеров, возраста, характера роста.

Субмукозная миома сопровождается маточными кровотечениями в виде мено- и метроррагии с частыми болевыми ощущениями. Рост субмукозных узлов на ножке может осложняться процессом их «рождения».

Межмышечные лейомиомы располагаются в толще мышечный слой стенки матки.

Субсерозные узлы могут достигать больших размеров (иногда превосходя размеры самой матки), имеют асимметричную или шаровидную форму.

Шеечная лейомиома развивается в надвлагалищной или влагалищной части шейки матки, быстро проявляется нарушением функции смежных органов.

*Диагностика*

Ультразвуковая диагностика.

Бимануальное исследование и сравнение его с размерами беременной матки в неделях.

Динамическое бимануальное исследование следует проводить в одну и ту же фазу менструального цикла.

Гистеросальпингография производится для исключения подслизистой ЛМ и дифференциального диагноза с внутренним эндометриозом матки.

Эхогистероскопия, гистероскопия и лапароскопия.

При дифференциальной диагностике КТ и ЯМРТ.

*Осложнения*

• нарушение питания субсерозного узла с последующим некрозом;

• перекрут ножки субсерозного узла;

• острое кровотечение, сопровождающееся стойкой анемией у больной;

• выворот матки при рождающемся субмукозном узле;

*Лечение* направлено на:

• торможение роста или регресс опухоли;

• уменьшение основных симптомов;

• сохранение репродуктивной функции у пациенток молодого возраста;

• повышение качества жизни больных.

Показания к оперативному лечению:

• субмукозная миома матки;

• большие размеры матки (свыше 12 нед беременности);

• нарушения функции соседних органов;

• быстрый рост опухоли (более 4 нед в год);

• резистентность к консервативной терапии;

• нарушение питания субсерозного, интрамурального миоматозного узла с последующим некрозом;

• шеечные узлы миомы матки, исходящие из влагалищной части шейки матки;

• боли, кровотечения;

Консервативная терапия

Эмболизация маточных артерий. Суть заключается в прекращении кровотока по ветвям маточных артерий, кровоснабжающих миом.

Лапароскопическая окклюзия маточных артерий.

Фокусированная ультразвуковая аблация под контролем МРТ (ФУЗ-кМРТ) - дистанционное разрушение опухоли фокусированным ультразвуком под контролем магнитно-резонансного томографа.

• Временно-регрессионный: фармакологические препараты - агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов и антигестагены (мифепристон).

Инновация XXI века - улипристала ацетат. Улипристала ацетат - селективный модулятор прогестероновых рецепторов, оказывает прямое действие на лейомиомы, подавляя клеточную пролиферацию и индуцируя апоптоз, что приводит к уменьшению их размеров.

• Стабилизационный: используются комбинированные оральные контрацептивы, левоноргестрел (внутриматочная терапевтическая система Мирена).

Комбинированное лечение

Сочетание вышеперечисленных подходов и методов.

Прегравидарная подготовка

Лечение больных ЛМ репродуктивного возраста, заинтересованных в сохранении фертильности, должно быть комбинированным и включать миомэктомию с последующим применением антипрогестинов или агонистов ГнРГ.

2. Причины, симптоматика, диагностика, принципы лечения рака эндометрия, влияние на репродуктивную функцию.

3. Принципы оказания психологической помощи пациенткам.

Рак тела матки (РТМ) - будучи гормонозависимой опухолью, выступает мишенью для половых стероидных гормонов, обеспечивающих в норме фазовые изменения слизистой оболочки тела матки. Нарушения гормонального гомеостаза, возникающие вследствие функциональных и анатомических изменений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, приводят к пролиферативным процессам в эндометрии, а в дальнейшем к развитию в нем гиперпластических процессов, создающих фон для развития злокачественной неоплазии.

К факторам риска развития РТМ относят:

• эндокринно-обменные нарушения:

- ожирение;

- сахарный диабет;

- гипертоническую болезнь;

• гормональнозависимые нарушения функции женских половых органов (ановуляция, гиперэстрогенизм, бесплодие, синдром Штейна- Левенталя);

• гормональноактивные опухоли яичников (гранулезоклеточная опухоль);

• миому матки и генитальный эндометриоз;

• гиперпластический процесс эндометрия;

• генетическую предрасположенность;

• отсутствие половой жизни, беременностей, родов;

• позднее наступление менархе, менопаузы (в возрасте старше 55 лет);

• гормональную терапию (тамоксифен).

Выделяют три основных пути метастазирования РТМ:

• лимфогенный;

• гематогенный;

• имплантационный.

При метастазировании по наиболее часто встречаемому лимфогенному пути поражаются лимфатические узлы таза, гематогенный нередко сочетается с поражением лимфатических узлов и характеризуется поражением легких, печени, костей.

*Клиническая картина*

На ранних стадиях заболевание протекает бессимптомно. Основными клиническими симптомами РТМ бывают кровянистые выделения из половых путей, водянистые бели нередко с примесью крови, зуд наружных половых органов и боли. Появление обильных серозных белей у женщин пожилого возраста без сопутствующих воспалительных заболеваний матки, влагалища, шейки матки характерно для РТМ.

Боли - поздний симптом заболевания. Чаще локализуются внизу живота и пояснично-крестцовой области, носят схваткообразный или постоянный характер и сопровождаются усилением кровянистых или гноевидных выделений, что обусловлено формированием гематометры и пиометры.

*Диагностика* рака тела матки и определение стадии его распространения основываются на учете данных цитологического, гистологического и рентгеновского исследований.

Проводят УЗИ органов малого таза, при котором обращают внимание на толщину М-эха. УЗИ с применением цветного допплеровского картирования (ЦДК).

Цитологическое исследование аспирата из полости матки является неотъемлемым этапом обследования пациенток с подозрением на РТМ. Для диагностики поражения регионарных лимфатических узлов применяется лимфография, для диагностики отдаленных метастазов - рентгенография легких и костей. Для более точной оценки распространенности процесса - КТ и МРТ. Заключительным и решающим методом диагностики рака эндометрия является раздельное диагностическое выскабливание эндометрия и слизистой оболочки полости матки (осторожно, так как может способствовать распространению процесса) под обязательным контролем гистероскопии, которая позволяет не только диагностировать заболевание, определить локализацию, распространенность процесса, но и провести прицельную биопсию.

Основные методы лечения РТМ - хирургический, лучевой, гормональный и их сочетание.

4. Причины, симптоматика, диагностика, принципы лечения доброкачественных и предраковых состояний вульвы и влагалища, влияние на репродуктивную функцию.

Этиология доброкачественных заболеваний вульвы и влагалища: ВПЧ, нарушение трофики тканей вульвы и влагалища вследствие нарушения рецепторного аппарата к половым стероидам.

Дополнительные факторы риска: рецидивирующие дисбиотические состояния влагалища, перименопауза, ожирение, диабет, несоблюдение гигиены и пр.

Патогенез доброкачественных заболеваний вульвы: отек и гиперемия → атрофия (или неспецифическая гиперпластическая дистрофия) → склероз вульвы.

Классификация доброкачественных заболеваний вульвы.

- Склеротический лишай (крауроз).

- Плоскоклеточная гиперплазия (лейкоплакия).

- Смешанная дистрофия (крауроз + лейкоплакия). - Остроконечные кондиломы и другие дерматозы.

- Дисплазия (вульварная интраэпителиальная неоплазия) - истинный предрак.

Классификация доброкачественных заболеваний влагалища.

- Гиперпластическая дистрофия (лейкоплакия).

- Папилломы влагалища.

Дисплазия (влагалищная интраэпителиальная неоплазия) - истинный предрак.

Патогенез доброкачественных заболеваний влагалища: неспецифическая гиперплазия многослойного плоского эпителия влагалища.

Клиническая картина доброкачественных заболеваний вульвы: ведущий симптом - нестерпимый упорный зуд и парастезии вульвы, приводящие к невротическим расстройствам и присоединению вторичной инфекции в месте расчесов. Визуально - локальная бледность вульвы и перианальной области, истончение кожи или появление белесых бляшек, в дальнейшем - атрофия и сглаживание вульвы, сопровождающиеся стенозом влагалища, уретры. Характерно отсутствие подкожной жировой клетчатки.

Клиническая картина доброкачественных заболеваний влагалища. Жалоб, как правило, нет. Белые бляшки на стенке влагалища или визуально не измененная слизистая оболочка. Появление язв при лейкоплакиях свидетельствует о малигнизации.

Диагностика доброкачественных заболеваний вульвы и влагалища. Гинекологический осмотр, вульвоили кольпоскопия, ВПЧ-тестирование, цитологическое исследование соскобов, морфологическое исследование удаленного образования или биоптата.

Лечение доброкачественных заболеваний вульвы. Консервативное [местно эстриол, ментол, бензокаин (анестезин®), глюкокортикоиды], физиотерапия, спиртоновокаиновые блокады, фотодинамическая терапия, хирургическое (от деструкции и точечного удаления пораженных участков до вульвэктомии).

Лечение доброкачественных заболеваний влагалища.

Хирургическое (лучше радиоволновым ножом) с обязательным морфологическим исследованием удаленного материала.

Консервативное - эстриол местно, восстановление биоценоза влагалища.

Прогноз и профилактика. Диспансерный контроль не реже 1 раза в 6 мес, а при сочетании крауроза и лейкоплакии - 1 раз в 3-4 мес. При отсутствии лечения дисплазии неизбежна малигнизация. Риск перехода доброкачественных процессов в предрак составляет 35%.

5. Причины, симптоматика, диагностика, принципы лечения рака вульвы и влагалища, влияние на репродуктивную функцию.

*Рак вульвы*

Развивается на фоне предшествующих заболеваний и состояний (атрофический и склеротический лишай, атрофия вульвы), которые имеют выраженную симптоматику.

Этиология и патогенез

злокачественная опухоль возникает на фоне возрастных инволютивных изменений вульвы и нейроэндокринных нарушений, возникающих в постменопаузе. Одна из главных причин формирования дисплазии многослойного плоского эпителия вульвы - длительная персистенция ВПЧ.

Клиническая картина - жалобы на раздражение и зуд в области гениталий, дискомфорт. По мере роста опухоли появляются жалобы на боли, наличие изъязвления или экзофитного образования, гнойные и кровянистые выделения.

Вторичные симптомы развиваются в результате регионарного метастазирования и поражения соседних органов:

отек вульвы, лобка, конечностей;

• нарушение функции мочеиспускания;

• температура;

• общая слабость;

• утомляемость, снижение работоспособности.

Диагностика

• Цитологическое исследование мазков с опухоли.

• Вульвоскопия.

• Гистологическое исследование биопсийного материала подозрительного участка или опухоли.

При инвазивном раке вульвы необходимо выполнить:

• УЗИ малого таза, печени, паховобедренных и забрюшинных лимфатических узлов (при их увеличении необходимо провести пункцию с цитологическим исследованием);

• рентгенографию органов грудной клетки;

• цистоскопию и ректоскопию (при значительном распространении опухоли);

• КТ, МРТ (по показаниям).

Лечение

•хирургический (простая или расширенная вульвэктомия с паховобе-дренной лимфаденэктомией);

• лучевой;

• комбинированный.

*Рак влагалища*

• Первичный рак влагалища.

• Вторичный (метастатический) рак влагалища развивается из рака матки, рака яичников и почки.

К группе риска по развитию рака влагалища относят пациенток с:

• хроническими воспалительными процессами;

• остроконечными кондиломами;

• диспластическими процессами.

Инвазивный рак влагалища может иметь экзофитную, эндофитную и смешанную форму роста.

Факторы риска возникновения рака влагалища следующие.

• Хронические инфекции.

• Гипоэстрогения в период постменопаузы.

• Облучение и иммуносупрессия.

• Механические повреждения слизистой оболочки влагалища у пациенток с полным выпадением матки при использовании пессариев.

• Реконструктивные пластические операции в анамнезе.

• Курение.

• РШМ.

*Клиническая картина*

На ранних стадиях заболевание часто протекает бессимптомно. Пациенток могут беспокоить «ощущение дискомфорта» и зуд. По мере роста опухоли больные предъявляют жалобы на бели (жидкие, водянистые или гноевидные), кровянистые выделения (контактные) и боли. Боли различаются по характеру и интенсивности, иррадиируют в поясничную область, крестец, промежность. На поздних стадиях заболевания может появиться отек конечностей, нарушение функции кишечника и мочевыделительной системы, гипертермия, общая слабость, утомляемость.

6. Причины, симптоматика, диагностика, принципы лечения генитального эндометриоза, влияние на репродуктивную функцию.

*Эндометриоз* - заболевание, при котором происходит доброкачественное разрастание за пределами полости матки ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию.

*Выделяют эндометриоз:*

- генитальный;

- экстрагенитальный.

• Генитальный эндометриоз:

- внутренний, или аденомиоз (поражение тела матки);

- наружный (поражение шейки матки, влагалища, яичников, маточных труб и др.).

*• Этиология:*

- нереализованная репродуктивная функция, «отложенная первая беременность»;

- нарушения менструальной функции;

- эндометриоз у родственниц.

• Патогенез не изучен, что до сих пор дает основание считать эндометриоз «болезнью-загадкой». Существующие патогенетические теории: транслокационная (имплантационная), дизонтогенетическая, метапластическая, диссеминационная, гормональная, генетическая, иммунологическая.

• *Клинические проявления* зависят от фазы МЦ, ухудшение состояния в перименструальный период. Типичны болевой синдром, диспареуния, анемизация, нарушение цикличности менструаций, гиперполименорея, симптоматика поражения того или иного органа. Возможно бесплодие.

• Диагностика включает гинекологическое обследование, специальные инструментальные (УЗИ, КТ, МРТ, гистеросальпингографию, кольпоскопию, гистероскопию, лапароскопию) и лабораторные (морфологическое исследование биоптатов, СА-125) методы исследования.

• «Золотым стандартом» диагностики считается лапароскопия с последующим морфологическим исследованием ткани, удаленной из очага поражения.

• *Лечение* - хирургическое - единственный радикальный метод, но не обеспечивает профилактику рецидивов. Медикаментозное (угнетение репродуктивной системы с целью атрофии эндометри-оидных гетеротопий - считается перспективным в XXI веке (дие-ногест).

• Профилактика - раннее выявление и рациональное лечение ВЗОМТ, ГПЭ, нарушений МЦ, маточных кровотечений; предупреждение абортов (в том числе применение КОК), профилактика травм мягких родовых путей, рационализация показаний к кесареву сечению и гинекологическим операциям.