БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

(БПОУ ОО «МК»)

ПМ.02 Лечебная деятельность

МДК.02.03 Оказание акушерско-гинекологической помощи

Раздел 10. Лечение пациентов акушерско-гинекологического профиля

Тема: Лечебная тактика при онкологических заболеваниях репродуктивной системы женщины

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

Преподаватель ЦК ЛД

Комарова Г.Я

2021

**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .02** **Лечебная деятельность**

**МДК 02.03** **Оказание акушерско-гинекологической помощи**

**Раздел №10 Лечение пациентов акушерско-гинекологического профиля**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме №10.4 «Лечебная тактика при онкологических заболеваниях репродуктивной системы женщины»**

**Слайд 2, 3**

**План:**

1. Лечение фоновых и предраковых заболеваний женских половых органов

* Крауроз и лейкоплакия вульвы
* Кондиломы вульвы
* Дисплазия вульвы (атипическая гиперплазия)
* Истинная эрозия шейки матки и псевдоэрозия
* Эктропион
* Лейкоплакия
* Эритроплакия
* Полипы цервикального канала
* Дисплазия шейки матки
* Гиперпластические процессы эндометрия
* Лечение эндометриоза

1. Лечение злокачественных опухолей

* Злокачественные опухоли вульвы и влагалища
* Рак вульвы.
* Рак влагалища.
* Злокачественные заболевания матки и придатков
* Рак эндометрия.
* Саркома матки.
* Рак маточной трубы.
* Рак шейки матки.
* Рак яичников.

**Слайд 4**

**Крауроз и лейкоплакия вульвы**

    Данные заболевания относятся к трудноизлечимым заболеваниям.

Одним из наиболее эффективных и перспективных методов лечения в настоящее время считается лазерное излучение. Уже через 4-5 сеансов лазеротерапии самочувствие больной улучшается, зуд ослабевает. В последующем кожа и слизистая приобретают нормальные свойства.

При отсутствии возможности проведения лазеротерапии для лечения рекомендуют тщательное соблюдение гигиены наружных половых органов, молочно-растительную диету, седативные препараты, антигистаминные средства (димедрол, супрастин, тавегил), гормонотерапию (эстрогенсодержащие мази – овестин), глюкокортикостероидные мази, витаминотерапию (витамины С, А, Е, В), новокаиновые блокады полового нерва.

При неэффективности консервативной терапии выполняют хирургическое иссечение пораженных участков.

**Слайд 5**

**Кондиломы вульвы**

    При лечении используют местные (локальные) методы и системное воздействие, направленное на восстановление иммунитета.

    Для местного лечения используют химические коагулянты (солкодерм, кондилин, трихлоруксусная кислота), крио-, электро-, лазеротерапию, возможно хирургическое удаление (иссечение) кандилом.

   Для восстановления иммунитета применяют интерфероны.

   Кондиломы (ПВИ) представляют собой очаг инфекции. В связи с этим при беременности лечение целесообразно проводить в ранние сроки. Лазеротерапия, солкодерм и трихлоруксусная кислота являются методами выбора при лечении кондилом у беременных.

**Слайд 6**

**Дисплазия вульвы (атипическая гиперплазия)**

    Методы лечения дисплазии вульвы определяются периодом жизни женщины и выраженностью заболевания.

    В репродуктивном возрасте и при локальной дисплазии проводят: иссечение в пределах здоровой ткани, криодеструкцию, лечение лазером. После лечения пациентки подлежат диспансерному наблюдению с обязательным цитологическим контролем.

   При диффузной форме, особенно средней и тяжелой степени в репродуктивном возрасте, а также в постменопаузальном периоде методом выбора является простая вульвэктомия.

**Слайд 7**

**Истинная эрозия шейки матки и псевдоэрозия**

Общепризнанными являются следующие правила:

- врожденные эрозии подлежат наблюдению; в проведении лечения необходимости нет;

- лечение истинных эрозий и псевдоэрозий шейки матки проводится одновременно с заболеваниями, способствующеми их возникновению   или длительному течению псевдоэрозий;

- при воспалительной этиологии эрозии (псевдоэрозии) выясняется характер возбудителя и проводится курс лечения трихомоноза,   хламидиоза, гонореи и других инфекций;

- истинную эрозию и псевдоэрозию с выраженной воспалительной реакцией в окружающих тканях рекомендуется лечить щадящими   методами. К пораженной поверхности шейки матки бережно прикладывают тампоны, обильно пропитанные облепиховым или вазелиновым   маслом, рыбьим жиром, эмульсиями, содержащими антибактериальные средства;

В последние годы широко практикуется использование методов, суть которых сводится к деструкции патологических субстратов псевдоэрозии, их отторжению и последующей регенерации поверхности бывшей псевдоэрозии. Применяется также диатермокоагуляция. Производят коагуляцию не только всей поверхности псевдоэрозии, но и слизистой оболочки нижней трети канала шейки матки. Заживление коагулированной поверхности происходит после отторжения некротизированных тканей, эпителизация образовавшегося дефекта завершается через 1,5-3 месяца.

Клинический эффект достигается у 75-98 % больных, осложнения развиваются редко. Клинический опыт показывает, что ***диатермокоагуляция нередко является причиной развития эндометриоза.*** С целью предупреждения эндометриоза диатермокоагуляцию рекомендуется производить во второй фазе менструального цикла.

**Слайд 7**

***Криокоагуляция*** (криодеструкция) в последние годы занимает видное место в терапии псевдоэрозий. К достоинствам этого метода относятся: безболезненность вмешательства, бескровный его характер, отсутствие риска образования рубцового сужения цервикального канала, сравнительно быстрая эпителизация поверхности шейки матки после отторжения некротизированной ткани псевдоэрозии.                                                                   ***Лазеровапоризация*** лучом успешно применяется для лечения псевдоэрозий шейки матки. В течение недели перед вмешательством проводится санация шейки и влагалища. Процедура проводится на 5-7 день цикла. После удаления патологически измененной ткани шейки формируется зона поверхностного коагуляционного некроза глубиной 0,5-0,7 мм.

Так как зона некроза образуется в пределах здоровых тканей, это способствует быстрому отторжению коагуляционной пленки и раннему началу регенерации. Рубцевания и стеноза шейки не наблюдается. Очищение поверхности шейки происходит на 4-5 день после лазеровапоризации. Эпителизация заканчивается на 3-4 недели.

**Слайд 8**

Диатермокоагуляцию, криодеструкцию и лазерное излучение применяют после расширенной кольпоскопии и биопсии (по показаниям) для исключения процессов выраженной дисплазии и малигнизации. При налачии признаков дисплазии проводят более радикальные методы лечения (конусовидное иссечение, ампутация шейки и др.).

      После применения указанных методов лечения женщины находятся под тщательным диспансерным наблюдением.

**Слайд 9**

**Эктропион**

    В зависимости от степени деформации шейки матки с учетом возраста и состояния репродуктивной функции больной выбирают тот или иной метод хирургического лечения (криодеструкция, лазерокоагуляция, радиохирургическое воздействие – диатермоэлектроконизация).

**Слайд 10**

**Лейкоплакия**

Лечение проводится индивидуально в зависимости от вида лейкоплакии, ее размеров, а также возраста и репродуктивной функции пациентки.

При лейкоплакии с атипией предпочтительны методы с гистологическим контролем удаляемой части шейки матки – диатермоэлектро конизация, радиохирургическая конизация.

У молодых женщин при простой лейкоплакии во избежание рубцовыцх изменений на шейки матки применяют криодеструкцию, лазерную вапоризацию, радиохирургическое лечение.

**Слайд 11**

**Эритроплакия**

    Лечение заключается в разрушении очага путем диатермокоагуляции, конизации, криодеструкции.

**Полипы цервикального канала**

    Независимо от возраста пациентки показана полипэктомия с тщательным удалением ножки полипа или ее коагуляцией под эндоскопическим контролем.

**Слайд 12**

**Дисплазия шейки матки**

    При определении тактики ведения больной с дисплазией учитывают выраженность изменений, возраст, репродуктивную функцию.                               Легкая дисплазия в 50-60% случаев самостоятельно подвергается обратному развитию, а в остальных наблюдениях стабилизируется или прогрессирует. При легкой дисплазии показаны динамическое наблюдение и специфическое лечение при выявлении урогенитальной инфекции. Если в течении 1-2 лет регрессии патологии не происходит или наступает ухудшение, производят конизацию.

При умеренной и тяжелой дисплазии показана конизация шейки матки (ножевая, лазерная, электроконизация).

**Слайд 13**

**Гиперпластические процессы эндометрия**

   Терапия у женщин разного возраста складывается из остановки кровотечения, восстановления менструальной функции в репродуктивном периоде или достижения менопаузы в более старшем возрасте, а также профилактики рецидива гиперпластического процесса.

     Традиционным методом гиперпластических процессов у женщин в репродуктивном периоде является гормональная терапия (норколут, дюфастон, провера, КОК – без атипии; золадекс, депо-провера, даназол – с атипией). При неэффективности гормонотерапии целесообразна резекция эндометрия. Повторное возникновение атипической гиперплазии эндометрия требует оперативного лечения – гистерэктомии.

**Слайд14**

    Лечение в пре и перименопаузе включает гистероскопию с раздельным диагностическим выскабливанием. Дальнейшая терапия зависит от морфологической структуры эндометрия, сопутствующей патологии . Назначается гормональная терапия с учетом сохранения менструальной функции (до 50 лет) или стойкого прекращения менструаций. При рецидивирующей гиперплазии без атипии или невозможности проведения гормональной терапии показана гистероскопическая операция – резекция эндометрия. При сочетании гиперплазии с другой гинекологической патологией (миома матки, эндометриоз) производится гистерэктомия.

    Лечение в постменопаузе начинается с раздельного диагностического выскабливания с гистероскопией. При впервые выявленной патологии целесообразно назначение гормональной терапии. При атипической гиперплазии сразу решается вопрос о радикальной операции – пангистерэктомии. При наличии противопоказаний к операции допустимо длительное лечение гормонами. Гормональную терапию проводят параллельно с лечением гепатопротекторами, антикоагулянтами, антиагрегантами под контролем УЗИ органов малого таза и цитологическим контролем через 3-6 месяцев.

Рецидив является показанием к хирургическому вмешательству - экстирпации матки с придатками.

**Слайд 15**

**Лечение эндометриоза**

Лечение больных с эндометриозом состоит в :

1. Подавление клинически активного эндометриоза гормональными препаратами или удалении его очагов хирургическим путем.
2. Лечение осложнений и последствий эндометриоза, спаечной болезни, болевого синдрома, постгеморрагической анемии и психоневрологических нарушений.

   В комбинированной терапии генитального эндометриоза ведущая роль принадлежит хирургическому лечению.

Выбор метода и доступа хирургического лечения зависит от локализации и распространенности процесса.

**Слайд 16**

Для профилактики рецидива заболевания после операции по поводу эндометриоза целесообразно назначение гормональной терапии на 3-6 месяцев.

     При эндометриозе шейки матки лечение заключается в аппликации раствора солковагина на пораженные участки, а также электро-, радио-, крио-, лазерокоагуляция. Для рецидива назначаются эстраген-гестагенные препараты на 2-3 месяца.

     При эндометриозе влагалища показано иссечение очагов эндометриоза и назначение гормональных препаратов.

**Слайд17**

     Лечение внутреннего эндометриоза требует дифференцированного подхода. Назначается гормональная терапия. В последние годы для лечения аденомиоза применяют органосохраняющие эндоскопические методики. При поверхностных формах возможна резекция эндометрия.

Аденомиоз с сочетанием с миомой матки плохо поддается гормональному лечению. Пациенткам рекомендуется оперативное лечение – гистерэктомия. Так же оперативному лечению (гистерэктомии) подлежат пациентки, не поддающиеся гормональному лечению.

     Для гормональной терапии применяют:

- комбинированные эстроген-гестагенные препараты – фемоден, микрогинон, марвелон, ановлар, ригевидон, диане-35 и др.

- прогестины – дюфастон, премолют-нор, норколут.

- антигонадотропины – даназол (дановал, даноген).

- агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона – золадекс.

- антиэстрогены – тамоксифен.

**Слайд 18**

     Наиболее перспективными являются прогестагены, антигонадотропные препараты в сочетании с агонистами ГнРГ. Эстроген-гестагенные препараты можно принимать для профилактики эндометриоза и для регуляции менструальной функции.

     Важным компонентом консервативной терапии является нормализация нарушенного иммунного статуса. С этой целью применяют иммунномодуляторы: декарис, тималин, тимоген, циклоферон.

     С целью купирования болевого синдрома и в качестве противовоспалительной терапии применяют нестероидные противовоспалительные препараты (бруфен, индометацин идр.). Возможно применение спазмолитиков и анальгетиков (баралгин, галидор, но-шпа и др.).

**Слайд 19**

    Неврологические проявления и последствия устраняют рефлексотерапией в сочетании с транквилизаторами и седативными препаратами (тазепам, элениум, седуксен, феназепам, рудотель)

    Постгеморрагическая терапия требует применения препаратов железа (фенюльс, ферроплекс идр.).

    Используются физиотерапевтические методы: электрофорез с тиосульфатом натрия, йодистым калием, лидазой, трипсином. Используются родоновые ванны в виде общих ванн, влагалищных орошений и клизм.

     Эффективность лечения зависит от правильно подобранной гормональной терапии и своевременно проведенного хирургического лечения.

***Прогноз***. Эндометриоз – рецидивирующее заболевание, частота составляет до 20% в год, через 5 лет – 74%. У пациенток перенесших радикальные операции, процесс не возобновляется.

**Слайд 20**

**Лечение злокачественных опухолей**

**Злокачественные опухоли вульвы и влагалища**

**Рак вульвы.**

Выбор метода лечения зависит от стадии процесса, клинической формы, возраста и общего состояния больной.

     При 1-3 стадиях заболевания и общем хорошем состоянии применяют комбинированный метод лечения: расширенное удаление вульвы и паховых лимфатических узлов. Через 2-3 недели после операции назначают лучевую терапию (рентгеновскими лучами или радиоактивными изотопами).

      При 4 стадии заболевания применяется лучевая терапия совместно с химиотерапией (циклофосфан, блеомицин, оливомицин).

**Слайд 21**

**Рак влагалища.**

Выбор метода лечения зависит от стадии, распространения, локализации поражения влагалища, вовлечения в процесс окружающих органов и общего состояния больной.

     При лечении 0 стадии применят криодеструкцию, лазеротерапию, хирургическое иссечение в пределах здоровой ткани.

     Лучевая терапия остается основным методом лечения. Программа для каждой больной составляется индивидуально.

*Прогноз.*

Пятилетняя выживаемость, лечившихся лучевым методом, составляет 35%.

**Слайд 22**

**Злокачественные заболевания матки и придатков**

**Рак эндометрия.**

Лечение зависит от стадии процесса и состояния больной.

Первый этап лечения – хирургический. Выполняют экстирпацию матки с придатками и удаляют общие подвздошные и поясничные лимфатические узлы.

Второй этап лечения – внутриполостная или дистанционная лучевая терапия.

В некоторых случаях назначается гормонотерапия гестагенами.

Прогноз индивидуальный и зависит от многих факторов. С увеличением возраста прогноз ухудшается. 5-ти летняя выживаемость до 50 лет составляет 91%, а после 70% - 61%.

**Слайд 23**

**Саркома матки.**

Лечение в основном хирургическое: расширенная экстирпация матки с придатками. Дополнительно проводят радиационную терапию. После операции проводятся курсы химиотерапии.

Прогноз пессимистический. Даже при 1 стадии у каждой второй пациентки отмечается рецидив, а при 2 и 3 стадиях он возникает у 90% больных. Выживаемость низкая даже при 1 стадии заболевания.

**Слайд 24**

**Рак маточной трубы.**

Лечение оперативное. Производится экстирпация матки с придатками и удаление большого сальника с последующей рентгенотерапией. Во всех случаях, кроме ранних стадий заболевания, после операции необходимо проведение курсов химиотерапии.

**Слайд 25**

**Рак шейки матки.**

Лечение включает воздействие на первичную опухоль (хирургическое, лучевое) и зоны регионарного метастазирования.

Хирургическое лечение возможно только при 1 и 2а стадиях. Оно проводится в сочетании с лучевой терапией.

В более поздних стадиях проводится только сочетанная лучевая терапия.

Прогноз. Определяется стадией заболевания.

При 1 стадии 5-ти летняя выживаемость составляет 70-85%;

При 2 стадии – 40-60%;

При 3 стадии – 30%;

При 4 стадии – менее10%.

**Слайд 26**

**Рак яичников.**

При лечении учитывается стадия процесса, морфологическая структура опухоли, возраст, иммунный статус и др.

Лечение всегда комплексное. Ведущим методом остается хирургический – экстирпация матки с придатками и резекция сальника.

Также применяется химиотерапия.