**Доброкачественные опухоли женских половых органов**

**Введение**

***Опухоли (лат. Tumors)*** *—* патологические образования, возникающие вследствие нарушения механизмов контроля деления, роста и дифференцировки клеток.

***Классификация опухолей:*** Доброкачественные опухоли. Клетки доброкачественных опухолей в процессе опухолевой (неопластической) трансформации утрачивают способность контроля клеточного деления, но сохраняют способность (частично или почти полностью) к дифференцировке. По своей структуре доброкачественные опухоли напоминают ткань, из которой они происходят (эпителий, мышцы, соединительная ткань). Характерно также и частичное сохранение специфической функции ткани. Клинически доброкачественные опухоли проявляются как медленно растущие новообразования различной локализации. Доброкачественные опухоли растут медленно, постепенно сдавливая прилежащие структуры и ткани, но никогда не проникают в них. Они, как правило, хорошо поддаются хирургическому лечению и редко рецидивируют.

***Этиология и патогенез:*** Процесс опухолевой трансформации клеток еще до конца не изучен. В его основе лежит повреждение генетического материала клетки (ДНК), приводящее к нарушению механизмов контроля деления и роста клеток, а также механизмов апоптоза (запрограммированной клеточной смерти). На данный момент установлено большое количество факторов, способных вызвать такого рода изменения нормальных клеток:

***Химические факторы:*** полициклические ароматические углеводороды и другие химические вещества ароматической природы способны реагировать с ДНК клеток, повреждая её.

***Физические факторы:*** ультрафиолетовое излучение и другие виды ионизирующей радиации повреждают клеточные структуры (в том числе и ДНК), вызывая опухолевую трансформацию клеток.

Механические травмы и повышенные температуры при долговременном воздействии на организм способствуют процессу канцерогенеза.

***Биологические факторы*** — главным образом, вирусы. На данный момент доказана ведущая роль вируса папилломы человека в развитии рака шейки матки.

Нарушение функции иммунной системы является основной причиной развития опухолей у больных с пониженной функцией иммунной системы (больные СПИДом).

Нарушение функции эндокринной системы. Большое количество опухолей развивается вследствие нарушения гормонального баланса организма (опухоли молочной железы, предстательной железы и пр.)

**1. Миома матки**

***Миома матки* -** предстовляет собой одно из самых распространенных заболеваний в практике врача гинеколога. По статистике ВОЗ (всемирной организации здравоохранения) более половины хирургических вмешательств в гинекологии выполняются по причине миомы матки.

На ранних стадиях формирования опухоли ее клиническая диагностика не всегда возможна. Очень важны данные бимануального ручного исследования для получения представления о форме, размерах и локализации опухоли.

С целью уточнения диагноза миома матки выполняют дополнительные исследования: ультразвуковые, эндоскопические, рентгенологические. Из эндоскопических исследований наиболее часто используют: гистероскопию, кольпо-, цервико-, лапаро- и кульдоскопию. Одновременно оценивают состояние эндометрия и яичников, дифференцируют миому с опухолями придатков матки, забирают материал для цитологической и гистологической верификации диагноза. При постановке диагноза и оценке эффективности лечения важно учитывать дни менструального цикла, осмотры и УЗ-сканирование проводить в динамике, в одни и те же дни цикла.

По данным ультразвукового сканирования можно достаточно точно установить локализацию, размеры, состояние миоматозных узлов, чтобы определить тактику ведения больных и объем оперативного лечения женщин репродуктивного возраста.

Общий диагностический алгоритм обследования больной при миоме матки

* выделение групп риска развития миомы матки;
* ранняя диагностика по УЗИ;
* определение патогенетических факторов миомы на основании обследования больной с целью выявления урогенитальных инфекций, оценки состояния иммунной системы и нейроэндокринно-метаболического статуса, онкоцитологических исследований и обнаружения онкомаркеров.

Ультразвуковое сканирование необходимо проводить женщинам моложе 30 лет из группы риска и всем женщинам старше 30 лет один раз в год с целью раннего выявления «молодых» миом - как более перспективных для консервативного лечения миомы матки.

*Лапароскопия:* В современной медицине лапароскопия по праву занимает одно из ведущих мест как диагностический метод, позволяющий провести дифференциальную диагностику и определить дальнейшую тактику лечения больных, так и метод хирургического лечения, позволяющий выполнить реконструктивные операции с сохранением репродуктивной функции женщин.

**1.1 Виды оперативного лечения миомы матки**

*В настоящее время выделяют следующие виды оперативного лечения миомы матки:*

* лапароскопическая миомэктомия;
* гистероскопическая миомэктомия;
* лапаротомия с миомэктомией; гистерэктомия;
* эмболизация маточных артерий.

Показаниями к хирургическому лечению миомы матки являются:

* размер матки, превышающий характерный для 12 недель беременности;
* маточные кровотечения, сопровождающиеся хронической гипохромной анемией;
* острое нарушение питания миомы (перекрут ножки субсерозного узла, некроз опухоли);
* абдоминальные и тазовые боли или давление;
* быстрый рост опухоли - две и более недель беременности за 6 месяцев;
* сочетание миомы с рецидивирующей или атипической гиперплазией эндометрия, опухолью яичников;
* нерегрессирующая и растущая миома матки в постменопаузальном возрасте;
* наличие миоматозного узла в области трубного угла матки, который является причиной
* бесплодия в отсутствие других причин;
* привычные выкидыши в отсутствие других причин;
* сдавление соседних органов - мочеточников, мочевого пузыря, кишечника;
* шеечная и шеечно-перешеечная локализация.

**1.2 Оперативное лечение миомы матки и последствия**

Существуют исследования, доказывающие важную роль матки как источника медиаторов, участвующих в свертывании крови

Лечение миомы матки является достаточно непростой проблемой: во-первых, матка остается органом-мишенью для различных гормонов, ее удаление приводит к эндокринным перестройкам, что может повлечь за собой развитие нейровегетативных расстройств и новообразований; во-вторых, помимо эндокринных нарушений, хирургической травмы и наркоза женщина подвергается психологической травме. Лишившись матки или, подразумевая такой исход, она начинает чувствовать себя неполноценной, может потерять семью, у нее изменяется представление о качестве жизни, что может быть тяжелее самой болезни; в-третьих, существуют исследования, доказывающие важную роль матки как источника медиаторов, участвующих в свертывании крови.

Возможность консервативной терапии миомы матки

По мнению большинства авторов, показаниями к проведению консервативной терапии являются:

* молодой возраст пациентки, репродуктивный и пременопаузальный;
* небольшие размеры миоматозно измененной матки - до 10-12 недель беременности;
* размер миоматозных узлов до 2 см в диаметре;
* межмышечное расположение миоматозных узлов;
* относительно медленный рост миомы;
* отсутствие деформации полости матки, то есть центрипетального роста и подслизистой локализации;
* отсутствие противопоказаний к применению препаратов.

Лечение заключается в нормализации системных нарушений, характерных для больных с миомой матки: хроническая анемия, воспалительные процессы матки и придатков, нарушение кровенаполнения органов малого таза с преобладанием венозного застоя и снижением артериального кровоснабжения, нарушение функционального состояния нервной системы и вегетативного равновесия.

К методам коррекции системных нарушений относятся следующие:

* соблюдение здорового образа жизни (нормализация сна, рациональное питание, физическая активность, отказ от вредных привычек, контроль за массой тела);
* нормализация половой жизни; периодический прием витаминов и микроэлементов в зимне-весенний период;
* лечение анемии, волемических и метаболических нарушений;
* нейротропное воздействие, если пациенты проявляют черты дисгармоничной личности.



**2. Фибромиома матки**

Фибромиома матки является одной из самых распространенных доброкачественных опухолей женщин. Частота встречаемости поразительно высока – каждая четвертая женщина старше 30 лет и каждая третья женщина предклимактеричесого возраста имеет данную патологию. Примерно каждая вторая пациентка отделения оперативной гинекологии проходит плановое хирургическое вмешательство по поводу миомы матки.

Фибромиома матки или, точнее, **лейомиофиброма** – опухоль из гладкомышечной ткани матки с выраженным соединительнотканным компонентом. Миома (лейомиома) матки в чистом виде встречается редко. Так, фибромиома с узлами, находящимися в средней части миометрия имеет соотношение мышечной и соединительнотканной частей 2:1и больше напоминает истинную миому. В подбрющинных узлах фибромиомы данное соотношение составляет 1:3.

К причинам развития фибромиомы относят, прежде всего, стимулирующее влияние гормонального фона на миометрий. Установлено, что повышенный эстрогеновый фон наблюдается не у всех больных, но при этом развивается нарушение обмена эстрогенов и функции желтого тела, изменение чувствительности матки к действию гормонов.

Определенную роль в возникновении и развитии миомы матки играют нарушения в системе гипоталамус - гипофиз - яичники - матка. Хотя конкретных данных в этой связи мало, большинство авторов сходятся на мысли, что с момента начала пубертата до начала климакса уровень эстрогенов в крови увеличивается примерно в 3 раза и именно этот фактор следует считать если не причинным, то одним из важных пусковых моментов. Имеет значение и наследственность, т.е. в семьях, где были фибромиомы и поликистоз яичника риск развития фибромиом у прямых родственников значительно выше.

Развитие фибромиомы матки наиболее часто характеризуется образованием множественных узлов разнообразной величины. Одиночные узлы встречаются редко. Наиболее частая локализация узлов – по средней линии, возле трубных узлов и боковых отделов шейки матки, где имеются тесные переплетения мышечных волокон. Довольно часто узел начинает расти внутри мышечного слоя. За пределы матки часто миома растет на мышечной ножке. Иногда ножка бывает настолько тонкой, что способна перекручиваться и вызывать осложнения течения заболевания. Простая миома, пролиферирующая миома и предсаркома обычно являются стадиями развития злокачественного заболевания - саркомы, а потому своевременное лечение фибромиомы является наиболее эффективным способом профилактики развития лейомиосаркомы.

**2.1 Клиника фибромиомы**

Клиника зависит от типа роста опухоли, ее локализации и некоторых других факторов. При медленном росте узлов заболевание годами может протекать без каких-либо проявлений, невзирая на довольно крупные размеры фибромиомы к моменту ее выявления. Быстрый рост опухоли дает более выраженную симптоматику, поэтому такие пациенты попадают в хирургическое отделение по прошествии 1-2 лет от начала заболевания.

Пациенты обращаются к врачу, когда обнаруживают кровотечение, связанную с ней анемию, боли внизу живота, симптомы со стороны мочевого пузыря и других соседствующих органов. Кровотечение обычно проявляется в виде обильных месячных (со сгустками, более 5 дней), но затем может трансформироваться в случаи кровотечения вне месячных.

При длительном течении заболевания наблюдаются нарушения функции яичников вплоть до отсутствия овуляций или нарушения функции желтого тела, что приводит к еще более выраженным гормональным сдвигам. Эти сдвиги считаются стимулирующим фактором в развитии кистозных изменений яичников, а также гиперплазии эндометрия. С наступлением менопаузы наблюдается уменьшение размеров опухоли. Если размер опухоли за год увеличивается на 5 недель беременности, то необходимо тщательное обследование для исключения злокачественного перерождения миомы в саркому.

**2.2 Диагноз фибромиомы**

Диагноз ставиться без затруднений уже при обычном гинекологическом осмотре. При подозрении на подслизистую фибромиому иногда необходимо гистероскопическое обследование (осмотр полости матки). Большое значение в диагностике имеют средства медицинской визуализации, среди которых ведущее место отводиться ультразвуковому исследованию. Используются также магниторезонансная томография, рентгенологические и некоторые другие методы.

**2.3 Лечение фибромиомы**

Преимущественно хирургическое. Сегодня стараются применять органосохраняющие операции. Однако при быстром росте опухоли, подозрении на малигнизацию, больших размерах опухоли проводятся радикальные операции: ампутация матки, эктирпация матки.

Но современная хирургия способна удалять даже крупные миомы лапароскопически, что создает дополнительные возможности лечения для врача и пациента. Иногда можно обойтись и без оперативного вмешательства. В этих случаях проводится медикаментозное торможение роста опухоли за счет комплексного лечения гормональными и негормональными препаратами.

**3. Эндометриоз**

***Эндометриоз*** - это женское заболевание, когда за пределами полости матки происходит разрастание ткани, похожей на ткань матки.

***Эндометриоз* -** довольно частое заболевание, которое может привести и к бесплодию. Клетки эндометрия выходят за пределы матки. Они могут "оседать" на других органах, обычно соседних – маточных трубах, яичниках, брюшине, в мочевом пузыре, кишечнике и так далее. В редких случаях (если они попадают в ток крови) клетки оседают в легких, почках, гортани и других частях тела, удаленных от матки.

**3.1 Признаки эндометриоза**

Проблема состоит в том, что удалившиеся от матки клетки ведут себя как те, что находятся в матке, то есть функционируют согласно фазам менструального цикла - разрастаются, разрыхляются, а во время менструаций кровоточат. В результате при эндометриозе мочевой системы появляются кровянистые выделения в моче, а при эндометриозе прямой кишки - выделения крови из ануса.

За несколько дней до менструации и в ее ходе появляются боли в животе различной степени – вплоть до полной потери трудоспособности. Боли могут проявиться также в кишке, крестце, ягодицах, ногах, спине и так далее. Иногда имеются головные боли и головокружения, расстройство мочеиспускания.

Однако бывают случаи, когда никаких признаков нет, даже если орган поражен сильно.

Бывают случаи бессимптомного течения эндометриоза даже при выраженном поражении того или иного органа.

При поражении эндометриозом любого звена половой системы (матка, маточные трубы, яичники, тазовая брюшина) может наступить бесплодие.

**3.2 Диагностика эндометриоза**

Производят гинекологическое обследование. Применяются кольпоскопия, компьютерная томография, ультразвуковые исследования, магнитный резонанс, лапароскопия и другие методы.

***Ультразвуковой метод*** – один из наиболее доступных и распространенных; он позволяет уточнить расположение и динамику в результате лечения. Магнитно-резонансный томограф обеспечивает отличное изображение, например, органов малого таза.

***Лапароскопия* –** это прокол брюшной стенки с последующим введением специального аппарата лапароскопа; этот метод обладает высокой точностью и позволяет определить очаги эндометриоза, их величину, количество и зрелость.

Еще один метод диагностики использует определение в крови особых маркеров, поскольку их содержание у здоровых и больных людей различаются. Например, концентрации онкомаркеров СА 125, СА 19-9 и РЭА в сыворотке крови у здоровых людей составляют в среднем соответственно 8,3, 13,3 и 1,3 ед/мл. А если человек болен, то эти величины вырастают до 27,2, 29,5 и 4,3 (также в среднем). Анализ этих маркеров производится с помощью иммуноферментного анализа; также применяется универсальный диагностический тест на опухолевый рост.

**3.3 Лечение эндометриоза**

Разумеется, как и всегда, результат лечения зависит от множества факторов - тяжести заболевания, степени распространенности, полноценности терапии и так далее. И во время лечения, и после него необходимо вести динамический контроль за состоянием больных. Такой контроль должен включать гинекологическое сследование, УЗИ (раз в три месяца), определение динамики уровня онкомаркеров СА 125, РЕА и СА 19-9 в сыворотке крови.

**4. Киста яичника**

***Киста яичника (киста)* –** доброкачественное образование, представляющее собой полость, заполненную полужидким или жидким содержимым. Характер содержимого и размер полости зависят от месторасположения образования и причин его происхождения.

Чаще всего кисту яичника диагностируют у молодых женщин детородного возраста, у женщин старшего возраста (более 50 лет) она встречается крайне редко. Выделяют несколько видов образований:

• киста желтого тела

• эндометриоидная

• параовариальная

• муцинозная

• серозная

• дермоидная

• фолликулярная и т.д.

Киста желтого тела встречается достаточно редко. Она образуется, когда после овуляции фолликул заполняется не клетками желтого тела, а жидкостью. Образование формируется, как правило, только с одной стороны, и представляет собой полость, заполненную желтой жидкостью, возможно, с примесями крови. Этот вид доброкачественных образований может возникнуть после аборта или во время беременности, в в большинстве случаев такие кисты при правильно назначенной терапии быстро рассасываются.

Другим функциональным образованием считается фолликулярная киста, формирующаяся из оболочки желтого тела или фолликула. Она представляет собой небольшое однокамерное образование, заполненное прозрачным содержимым. Причиной возникновения функциональных образований является гормональный дисбаланс.

**4.1 Киста яичника, симптомы болезни**

В большинстве случаев пациентка узнает о своем заболевании при прохождении ультразвукового обследования, так как болезнь может протекать бессимптомно. Однако, функциональные образования могут проявляться в виде следующих симптомов:

• нарушение менструального цикла (длительные и обильные менструации)

• боль в низу живота

• воспаление в области придатков

**4.2 Лечение кисты яичников**

Наблюдение больных возможно только при небольших размерах кист и отсутствии их роста, в остальных случаях лечение кисты может проводиться только хирургически. Надеяться на то, что все пройдет само, конечно можно. Но не следует забывать, что некоторые виды кист без соответствующего лечения, могут привести к необходимости немедленного хирургического вмешательства.

Лечение кисты назначается по результатам диагностических исследований:

• осмотр гинеколога

• УЗИ с использованием влагалищного датчика

• лапароскопия

Лечение функциональных кист - кисты желтого тела и фолликулярной кисты - проводится оральными контрацептивами, которые назначаются строго индивидуально. При правильно подобранном препарате образование рассасывается в течение трех месяцев, если за это время никаких изменений не произошло, то кисту удаляют хирургически.

Все остальные кисты подлежат оперативному лечению. Наиболее распространенной операцией является лапароскопия, позволяющая благодаря многократному увеличению и использованию специальных инструментов удалять только кисту, при этом минимально травмируя здоровые ткани. После такой операции не остается послеоперационного рубца, а восстановительный период более короткий, по сравнению с другими видами хирургических вмешательств. Учитывая, что лапароскопия - органосохраняющая операция, после нее пациенка может забеременеть и родить.

***Многие женщины боятся оперативного вмешательства, тем самым подвергая себя большой опасности:***

• любая киста, каково бы не было ее происхождение (кроме функциональных кист), может озлокачествляться

• перекрут ножки кисты, приводящий к нарушению кровообращения в ней, способствует развитию перитонита

• возможно нагноение кисты или разрыв ее капсулы

Такие состояния требуют немедленной госпитализации и проведения операции, что будет иметь более серьезные последствия, чем плановое хирургическое лечение кисты.

**5. Киста матки**

***Киста матки* –** очень распространённое заболевание, которое чаще всего возникает после псевдоэрозий. Чтобы как можно лучше разобраться в этих патологических процессах, необходимо рассмотреть строение отдельных частей матки. Все мы знаем, что матка состоит из шейки, тела и дна.

Наружный участок шейки матки покрыт плоским и многослойным эпителием, который выполняет защитную функцию. Внутренний участок шейки матки тоже покрыт эпителием, однако этот слой более нежный, следовательно, он не способен выполнять защитную функцию. Поэтому, при таком разном уровне возможностей шейка матки и ее канал имеет большое клиническое значение, следовательно, такое различие обуславливает такую патологию как псевдоэрозия. Также на наружной стороне шейки матки местами может встречаться цилиндрический эпителий, который должен быть намного ближе к матке. В результате этого, чаще всего, на этих участках появляются бреши. Также цилиндрический эпителий обладает специальными железами, которые выделяют слизь, что и поддерживает хорошую и постоянную среду в канале матки. Однако цилиндрический эпителий препятствует нормальному выходу секрета. В конечном итоге проток полностью перекрывается , а железы начинают растягиваться из-за давления не находящей выхода слизи, следовательно они становятся кистами.

При заболевании киста шейки матки, чаще всего у женщин не возникают никакие симптомы. Выглядит киста шейки матки как круглое немного беловатое или может даже желтовато-белое образование. В основном кисту можно выявить при хорошем обследовании, так как размеры не превышают нескольких миллиметров.

Многие специалисты в этой области говорят, что лучше всего кисту удалять, так как очень часто в кисте может образоваться гнойный инфильтрат. Так что в этом случае хирургическое вмешательство обязательно, а секреторные протоки лучше всего очистить от содержимого. Но сейчас уже существует новые методы лечения кисты матки – это крио и лазеротерапия. При крио, обычно, пораженный участок обрабатывают жидким азотом. Такой метод лечения не оставляет рубцов. Но существует и лазерный метод лечения. Этот метод более болезненный, чем крио, от него не будет никаких осложнений и что самое главное, его могут делать те женщины, которые не рожали и данная операция производится на такую глубину, которая вам необходима.

**Список литератур**

1.«Популярная гинекология» Ю. Филяева, Москва 2007 год

2.«Краткая медицинская энциклопедия» Главный редактор академик Б.В. Петровский, Москва 1989 год