

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав.кафедрой д.м.н., профессор Зуков Р.А.

Реферат

**Тема: «Фоновые и предраковые заболевания
шейки матки. Рак шейки матки»**



Проверил:

Руководитель ординатуры, к.м.н., доцент
ГАВРИЛЮК ДМИТРИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ

Выполнила:

Клинический ординатор 1 года обучения
По специальности 31.08.57 Онкология
ШВАЙГЕРТ ТАТЬЯНА АНАТОЛЬЕВНА

План

Введение.....	3
Фоновые заболевания шейки матки.....	4-6
Предраковые заболевания.....	6-8
Рак шейки матки.....	9-13
Диагностика.....	13-15
Лечение рака шейки матки.....	15-17
Литература.....	18

Введение.

Среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста патология шейки матки встречается в 10–15 % случаев. Рак шейки матки в настоящее время является самым распространенным онкологическим заболеванием женских половых органов. Он составляет около 12 % от числа всех злокачественных опухолей, выявляемых у женщин. Отмечается определенная этапность и стадийность патологических процессов шейки матки в развитии канцерогенеза. Выделяют фоновые и предраковые заболевания, рак *in situ* и распространенный рак шейки матки. *Фоновыми* называются изменения влагалищной части шейки матки, при которых сохраняется нормоплазия эпителия, т. е. происходит правильное митотическое деление эпителиальных клеток, их дифференцировка, созревание, эксфолиация. К этим заболеваниям относятся: псевдоэрозия, эктропион, полип, эндометриоз, лейкоплакия, эритроплакия, папиллома, цервициты, истинная эрозия. К *предраковым* состояниям шейки матки относят дисплазию эпителия — очаговые одиночные или множественные патологические процессы, при которых отмечается гиперплазия, пролиферация, нарушение дифференцировки, созревания и отторжения эпителиальных клеток, не выходящие за пределы базальной мембраны.

Фоновые заболевания шейки матки

В возникновении рака шейки матки большое значение придается так называемым фоновым заболеваниям. К ним относятся: **псевдоэрозии** (эктопия цилиндрического эпителия, эндоцервикоз), **эктропион**, **полипы**, **лейко- и эритроплакия**, **папилломз**.

Псевдоэрозия - участок влагалищной части шейки матки, покрытый цилиндрическим эпителием. Различают эктопию врожденную, посттравматическую и эктопию, возникшую вследствие гормональных изменений. При врожденной - цилиндрический эпителий располагается кнаружи от наружного зева шейки матки. В период полового созревания под влиянием повышения уровня половых гормонов яичников рост железистого эпителия канала шейки матки опережает развитие мышечно-соединительнотканых ее образований. В результате этого цилиндрический эпителий располагается на шейке матки и возникает эктопия, обусловленная гормональными изменениями. Разрывы шейки матки в родах, при абортах ведут к деформации, вывороту слизистой оболочки шеечного канала, вследствие чего возникает посттравматическая эктопия (**эктропион**) - выворот слизистой оболочки шейки матки, характерно наличие косых борозд и валиков - остатков пальмовидных складок слизистой оболочки канала шейки матки. Замещение цилиндрического эпителия плоским многослойным происходит обычно из базальных либо резервных клеток, расположенных под слоем цилиндрического эпителия. Эпидермизация сопровождается образованием желез на поверхности влагалищной части шейки матки. Цитология исследовании соскоба, полученного с поверхности псевдоэрозии, находят пролиферирующий цилиндрический и кубический эпителий, содержащий в цитоплазме клеток крупные и мелкие вакуоли. Кольпоскопическое исследование позволяет выявить гроздевидные скопления мелких шаровидных или продолговатых сосочков насыщенно-красного цвета (просвечивают сосуды). Отчетливо эта гроздевидные скопления наблюдаются при обработке 3% раствором уксусной кислоты, которая вызывает сокращение сосудов и кратковременный отек эпителия. При обработке шейки матки раствором Люголя псевдоэрозия не окрашивается в коричневый. Псевдоэрозии принято делить на железистые папиллярные и эпидермизирующие характер которых устанавливают при морфологическом исследовании. Для железистой псевдоэрозии - образование желез на влагалищной части шейки матки, для папиллярной - одновременное разрастание стромы и эпителия в вид сосочков. При эпидермизирующейся псевдоэрозии среди железистого эпителия цилиндрического обнаруживаются островки многослойного плоского эпителия.

Полипы шейки матки представляют собой разрастание слизистой оболочки

канала шейки матки. Возникновение полипов связано как с гормональными нарушениями, так и с воспалительными процессами. Полипы могут быть как одиночными так и множественными. Они имеют округлую форму, реже дольчатое строение и гладкую поверхность. Цвет полипов зависит от характера покрывающего эпителия. При расположении на поверхности цилиндрического эпителия полип имеет розовый цвет вследствие просвечивания подлежащей сосудистой сети. Если полип покрыт плоским многослойным эпителием, то приобретает беловатую окраску.

Лейкоплакия - ороговение плоского многослойного эпителия шейки матки (гиперкератоз). Лейкоплакия имеет белесый цвет, иногда с перламутровым оттенком. Жалоб не предъявляют. При осмотре шейки матки с помощью влагалищных зеркал лейкоплакия определяется в виде тонкой белой пленки, которая снимается с поверхности шейки матки. Локализация лейкоплакии может быть различной; кроме шейки матки, она иногда располагается на сводах влагалища. При кольпоскопическом исследовании лейкоплакии выявляется шероховатая, складчатая или чешуйчатая поверхность роговых наложений. При цитологическом исследовании в мазках обнаруживаются в большом количестве безъядерные клетки плоского эпителия. При морфологическом исследовании обычно диагностируют две основные формы лейкоплакии: простую и с явлениями атипии клеточных элементов. Для лейкоплакии типичны нарушение процессов ороговения (дискератоз), утолщение базального и парабазального слоев эпителия; клеточный полиморфизм выражен слабо.

Эритроплакия - патологический процесс, при котором происходит значительное истончение поверхностного и большей части промежуточного слоев плоского многослойного эпителия влагалищной части шейки матки, нередко в сочетании с атипической гиперплазией базального и парабазального слоев. Эритроплакия макроскопически имеет вид ярко-красных, иногда с синеватым оттенком, легко кровоточащих пятен неправильной формы. Цвет эритроплакии обусловлен просвечивающими сосудами, которые располагаются в подслизистом слое. Течение заболевания хроническое. При кольпоскопическом исследовании определяются красные участки резко истонченного плоского эпителия, через который просвечивает подлежащая ткань.

Папиллома - сравнительно редкая форма поражения шейки матки. На влагалищной части ее определяют папилломатозные разрастания в виде розеток, внешне сходные с экзофитной формой рака. Папиллома имеет розовый или белый цвет, четко отграничена от окружающей ткани. При кольпоскопическом исследовании на ее поверхности определяется большое количество древовидноветвящихся сосудов; при нанесении на поверхность папилломы раствора Люголя вокруг нее определяется йодположительная кайма.

Папилломы сравнительно часто подвергаются злокачественному превращению. Морфологическое исследование позволяет установить правильный диагноз.

Фоновые процессы не имеют патогномоничной цитологической картины. При истинных эрозиях в цитограммах наблюдаются элементы воспаления. При исследовании «поверхностных соскобов» или отпечатков с поверхности псевдоэрозии обнаруживаются фрагменты нормального и реактивно измененного железистого эпителия, метаплазированные клетки многослойного плоского эпителия разной степени зрелости. У больных простой лейкоплакией (без атипии) в цитологических препаратах находят ороговевшие клетки многослойного плоского эпителия, нередко безъядерные.

Лечение. При псевдоэрозии после биопсии -диатермокоагуляция или диатермоэксцизия шейки матки, лазертерапия. Для прижигания псевдоэрозии можно использовать влагалищный тампон, смоченный ваготилом и прикладываемый к шейке матки на 1-3 мин 2-3 раза в неделю (всего 5-10 раз); остатки препарата удаляют из влагалища сухим тампоном.

Больным с выраженными анатомическими изменениями шейки матки (старые разрывы, эктропион и др.) в основном проводится хирургическое лечение (клиновидная или высокая ампутация шейки матки).

Предраковые заболевания

Предраковым заболеванием считается дисплазия. **Дисплазия** - это атипия эпителия шейки матки с нарушением ее "слоистости", но без вовлечения в процесс поверхностного слоя и стромы.

В анамнезе позднее наступление менархе и большое количество родов и абортов, сопровождавшихся травматизацией шейки матки. Для эпителиальных дисплазий характерно нарушение созревания и дифференцировки клеток плоского многослойного эпителия, покрывающего шейку матки. Выделяют три основные формы дисплазий простую, или легкую, средней тяжести и тяжелую. При простых формах дисплазии отмечается умеренная пролиферация эпителиальных клеток базальных и парабазальных слоев; при этом клетки сохраняют нормальное строение и полярность расположение. Отмечается дискариоз в отдельных клетках базального и парабазального слоев. При умеренно дисплазии патологический процесс захватывает около половины эпителиального пласта. Явления дискариоза наблюдаются во многих клетках; пролиферирующие клетки имеются во всех слоях эпителиального пласта. Для тяжелой дисплазии

характерны выраженная пролиферация базальных и парабазальных клеток, гиперхроматоз ядер, ядра крупные, часто встречаются митозы. Нормальное созревание и дифференцировка клеток происходят лишь в самом поверхностном отделе эпителиального пласта.

Дисплазия не сопровождается характерными симптомами. Дисплазия, как правило, развивается на фоне длительно существующих рецидивирующих псевдоэрозий. Однако дисплазии могут возникнуть и на патологически неизменной шейке матки. Характерно длительное, хроническое течение, относительное постоянство симптомов, недостаточная эффективность консервативной терапии, возникновение рецидивов после проведенного лечения. Кольпоскопическая картина дисплазии характеризуется эктопией, эпидермизацией и дискератозом.

К клиническим проявлениям водянистые бели; нарушение менструального цикла типа мено- и метроррагий, скудные кровянистые выделения до и после менструации; скудные кратковременные контактные кровянистые выделения после половых сношений, гинекологического осмотра. Проба Шиллера при нанесении раствора Люголя на поверхность шейки матки вся она равномерно окрашивается в темно-коричневый цвет. В случае возникновения дефекта, при замещении его цилиндрическим эпителием, дисплазии эти участки не прокрашиваются.

Цитологические критерии: К частным критериям относятся вакуолизация цитоплазмы, накопление в ней кератогиалина, характерный тип секреции клеток (голокриновый, апокриновый, мерокриновый).

Различают простую, или обзорную, и расширенную кольпоскопию. Расширенная кольпоскопия проводится с нанесением на шейку матки 3% раствора уксусной кислоты и последующим кольпоскопическим исследованием. К расширенной кольпоскопии относится изучение слизистой оболочки шейки матки через цветные (зеленые и желтые) фильтры, а также осмотр при воздействии ультразвука для выявления более четких контуров кровеносных сосудов. Прицельная, или конусовидная, биопсия с выскабливанием слизистой оболочки канала шейки матки. Производится с наиболее измененного участка шейки матки. Флюоресцентная кольпоцервикоскопия - гистохимический метод исследования тканей с применением УФ-освещения. Нормальная слизистая оболочка влагалищной части шейки матки характеризуется темно-сиреневым, синим и фиолетовым свечением. Очаги внутриэпителиального и начального инвазивного рака отличаются ярко-желтым свечением. При выраженном раке с некрозом и кровоизлияниями флюоресценция отсутствует.

Лечение предрака. Медикаментозное в виде мазевых аппликаций. В состав мази или эмульсии обычно входят лекарственный препарат с выраженным

антимикробным действием и жировая основа (масло облепихи, шиповника, рыбий жир и др.). Лечение мазевыми тампонами проводят в течение 2-3 нед. В качестве химической коагуляции применяют солкогин. Основным методом лечения - диатермокоагуляция. Ее обычно выполняют перед менструацией с тем, чтобы избежать возникновения эндометриоза шейки матки. Образовавшийся струп обычно отпадает на 10-й день, а полная эпителизация шейки матки происходит через 2 мес.

Радикальным и менее травматичным методом лечения дисплазии шейки матки является лазерное воздействие. Этот метод может применяться в амбулаторных условиях без предварительной анестезии. Больным с выраженными анатомическими изменениями шейки матки (старые разрывы, эктропион и др.) в основном проводится хирургическое лечение (клиновидная или высокая ампутация шейки матки).

При послеродовых деформациях шейки, наличии эктропиона слизистой, изъязвлений, рубцов, если не показана диатермокоагуляция, можно применить оперативное лечение. Из множества пластических операций наиболее часто производится операция Штурмдорфа.

Из лучевых методов назначается внутривполостная терапия. Аппликатор с источником излучения (радий или кобальт) подводится к участку поражения и фиксируется тампонадой влагалища. В зависимости от мощности источника устанавливается экспозиция так, чтобы доза на слизистой составляла 1500—2000 рад. Чаще эта доза оказывается достаточной для разрушения избыточной ткани, исчезновения мелкоклеточной инфильтрации без выраженных лучевых реакций со стороны здоровых близлежащих органов и тканей.

Диатермокоагуляцию и диатермоэксцизию не следует производить при беременности и острых воспалительных процессах в женских половых органах. Диатермокоагуляция обычно протекает бескровно. Струп, образованный на месте коагуляции, отпадает через 2 недели, а полное излечение наступает через 5—6 недель.

Рак шейки матки

В патогенезе играют факторы:

- форма поведения женщины (в группу риска входят женщины которые рано начала половую жизнь - до 16 лет, так как до 16 лет многослойный эпителий истончен, легко ранимый, и ранняя травматизация может привести к развитию онкологического процесса).

- Ранняя первая беременность и ранние первые роды (до 16 лет) - это тоже травматизация эпителия шейки матки.

- Частая смена сексуальных партнеров (говорят о канцерогенном действии спермы на эпителий шейки матки - в сперме есть два белка - гестон и протамин, которым приписывается канцерогенное действие).

- Воспалительные и венерические заболевания (эндоцервициты, кольпиты).

- Травматизация во время аборт, родов, выскабливаний.

- Курение (существует прямая зависимость).

- Основная причина - вирусы - вирус герпеса второго серотипа (первого типа не имеет значения); вирус папилломы человека - занимает первое место (10,16,18 генотипы) - заражение происходит только половым путем - вызывает развитие кондилом, бородавок на поверхности шейки матки, которые едва заметны (при осмотре не обнаруживаются), хорошо видны при эндоскопическом исследовании - кольпоскопии); при серологическом исследовании можно обнаружить специфические клетки, характерные для поражения только вирусом папилломы человека - измененные клетки многослойного эпителия - клетки приобретают воздушную форму (пойлоциты, воздушные клетки) - около ядра образуется кайма воздуха. При электронной микроскопии обнаруживают специальные включения в ядре, что патогномично. Иммунохимический метод также выявляет эти вирусы - иммунопероксидазный метод - в цитоплазме и ядре обнаруживают специальные включения, которые появляются только при поражении многослойного плоского эпителия. С помощью моноклональных антител и молекулярно-биологическим способом можно обнаружить вирусы. Определение титра антител в крови не актуально. Вирусная теория актуальна, потому что у 80-90% больных обнаруживают поражение вирусной инфекцией. Цитомегаловирус в сочетании с вирусом герпеса второго типа.

Рак шейки матки чаще всего развивается из эпителия влагалищной части цервикального канала. В связи с этим встречаются две гистологические формы - плоскоклеточный рак (carcinoma planocellulare) и железистый рак (adenocarcinoma).

Гормональная теория относит рак шейки матки к группе

гормональнозависимых опухолей. Подтверждением данного положения служит сравнительно частое обнаружение различных гиперпластических процессов (полипы, эндометриоз, миома), на фоне которых нередко происходит развитие злокачественной опухоли. Нарушения иннервации и трофики шейки матки, возникающие вследствие ее травматических повреждений во время родов и абортов.

Преинвазивный рак.

Преинвазивный рак, также как и дисплазия, не имеют патогномоничных клинических и кольпоскопических признаков. Под термином "Ca in situ" принято понимать патологию покровного эпителия шейки матки, во всей толще которого имеются гистологические признаки рака, утрата слоистости и полярности, но отсутствует инвазия в подлежащую строму. Ca in situ находится в состоянии динамического равновесия.

По морфологическому строению одни авторы выделяют 4 варианта Ca in situ: зрелый, незрелый, переходный и смешанный; другие авторы - 3: дифференцированный, смешанный и недифференцированный. В каждом конкретном наблюдении при переходе в инвазивный рак сохраняется гистотип, который был присущ преинвазивному раку.

Кольпоскопические исследования показали, что у больных преинвазивным и микроинвазивным раком процесс возникает в так называемой зоне трансформации. Это сравнительно небольшая зона эпителия вокруг наружного маточного зева. Далее опухоль распространяется на эктоцервикс или эндоцервикс либо в обоих направлениях. Опухоли, ограниченные эндоцервиксом, обычно возникают на месте стыка многослойного плоского и цилиндрического эпителия. Имеются наблюдения, когда Ca in situ занимает весь цервикальный канал и даже переходит на эндометрий, но в редких случаях обычно обнаруживаются очаги инвазии, при этом гистоструктура не вполне адекватна биологическим свойствам опухоли и особенностям ее дальнейшей прогрессии.

Чрезвычайно важен факт существования латентного периода, необходимого для перехода преинвазивного рака в инвазивный. Это обеспечивает возможность активной профилактики заболеваемости инвазивным раком шейки матки путем выявления дисплазии и Ca in situ при массовых цитологических обследованиях, проводимых каждые 1-3 года. Комплексная диагностика и последующее рациональное лечение дисплазии и преинвазивного рака обеспечивают достижение стойкого клинического излечения и надежно предупреждают инвазивный рак шейки матки.

Микроинвазивный рак.

В 1959 году Friedell, Grachman выдвинули теорию «критического размера» рака шейки матки (1 см в диаметре), в пределах которого потенции опухоли к

лимфогенному метастазированию не успевают реализоваться. Отмечается большое различие в частоте метастазирования микроинвазивного рака шейки матки (стадия Ia). Если принять за критерий микроинвазивного рака глубину инвазии до 5 мм, то частота нахождения метастазов в удаленных при расширении гистерэктомии узла таза колеблется от 1,3 до 6,7 %. С другой стороны, если взять за критерий глубину инвазии до 1 мм, то риск метастазирования или очень низок, или вообще отсутствует.

По предложению научного общества гинекологов ГДР, Ia стадия была разделена на две группы: глубина инвазии до 1мм и 2-3 мм. Исходя из заметного нарастания частоты метастазирования при инвазии опухоли 4 и 5 мм, эти наблюдения были отнесены к стадии Ib. Микроинвазивный рак шейки матки имеет очень низкие потенции к лимфогенному распространению, что становится очевидным при иммуноморфологических исследованиях. Следует отметить отсутствие иммунодепрессии, выраженную лимфоплазматическую инфильтрацию, которая препятствует и ограничивает рост микроинвазивного рака. Таким образом, микроинвазивный рак - это еще не относительно компенсированная и мало агрессивная форма опухоли, сближает ее с преинвазивным раком и отличает от стадии Ib.

Инвазивный рак.

Прогрессия любой исходной формы инвазивного рака, ведущей чертой которого является потеря дифференцировки, может привести к низкодифференцированной опухоли. Часто уже при гистологическом исследовании уверенно дифференцируется плоскоклеточный, железистый и низкодифференцированный рак. Плоскоклеточный рак делится на 2 формы: ороговевающую и неороговевающую. У многих больных такое подразделение условно, так как в одной и той же опухоли могут встречаться различные структуры. Менее благоприятным клиническим течением отличаются аденокарцинома и низкодифференцированный рак шейки матки. Реже наблюдаются формы, в которых сочетаются структуры железистого и плоскоклеточного рака.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СТАДИЯМ И ПО СИСТЕМЕ TNM.

Общие правила определения стадий:

При установлении стадий должны приниматься во внимание только факты, выявленные при объективном обследовании;

При сомнении, к какой стадии отнести случай, следует устанавливать более раннюю;

Наличие двух или более условий, характеризующих стадию, не должно влиять на установление стадии;

Стадирование рака шейки матки рекомендуется проводить дважды: до начала терапии с целью ее планирования и, в случае хирургического лечения, - после получения результата окончательного исследования. Повторное установление стадии необходимо для постановки прогноза, определения группы инвалидности и построения корректной программы реабилитации.

Классификация рака шейки матки по стадиям

0 стадия- Ca in situ

Ia стадия - опухоль, ограниченная шейкой матки с инвазией в строму не более 3 мм -микроинвазивный рак.

Ib стадия - опухоль, ограниченная шейкой матки с инвазией в строму более 3 мм.

IIa стадия - рак инфильтрирует влагалище, не переходя на его нижнюю треть и/или распространяется на тело матки.

IIb стадия - рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах, не переходя на таз.

IIIa стадия - рак инфильтрирует нижнюю треть влагалища и/или имеются метастазы таза, регионарные метастазы отсутствуют.

IIIb стадия - рак инфильтрирует параметрий на обеих сторонах до стенок таза и/или имеются регионарные метастазы в лимфоузлах таза.

IVa стадия - рак прорастает мочевого пузыря и/или прямую кишку.

IVb стадия - определяются отдаленные метастазы за пределами таза.

Международная классификация рака шейки матки по системе TNM

T - первичная опухоль

T_{is} - преинвазивный рак

T1 - рак, ограниченный шейкой матки

T1a - микроинвазивная карцинома(инвазия до 3 мм)

T1b - инвазивная карцинома

T2 - рак распространяющийся за пределы шейки матки, но не достигающий стенок таза, и/или рак, вовлекающий стенки влагалища без распространения его на нижнюю треть, и/или рак, переходящий на тело матки

T2a - рак, инфильтрирующий только влагалище или тело матки.

T2b - рак, инфильтрирующий параметрий.

T3 - рак, инфильтрирующий нижнюю треть влагалища, и/или параметрий до стенок таза.

T3a - карцинома вовлекает нижнюю треть влагалища

T3b - карцинома распространяется до стенок таза

T4 - рак, выходящий за пределы малого таза или инфильтрирующий слизистую мочевого пузыря или прямой кишки.

N - регионарные метастазы в лимфатические узлы таза

N0 - метастазы не выявляются

N1 - выявляются метастазы в регионарных лимфоузлах

N2 - пальпируется фиксированное уплотнение на стенке таза при наличии свободного пространства между ними и первичной опухолью.

N_x - оценить состояние регионарных узлов невозможно

M - отдаленные метастазы

M0 - нет признаков отдаленных метастазов

M1 - имеются отдаленные метастазы

M_x - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

Таблица № 1. Сопоставление клинической и TNM классификаций

Клиническая классификация	TNM
Ia	T1a NX M0
Ib	T1b NX M0
IIa	T2a NX M0
IIb	T2b NX M0
III	T3 NX M0; T1 N2 M0; T2a N2 M0; T2b N2 M0
IV	T4 NX M0; T1b NX M1; T2a NX M1; T2b NX M1; M1; T3 NX M1; T4 NX M1

Диагностика

Несмотря на то что злокачественные опухоли шейки матки доступны для визуального контроля, примерно в 70% больных поступают в стационары со II и III стадией опухолевого процесса. Причины запущенности заболевания в ряде случаев обусловлены отсутствием должной онкологической подготовкой некоторых из них.

Диагностика рака шейки матки в начальных стадиях представляет большие трудности. Больные с подозрением на опухоль должны находиться под наблюдением врача и периодически проходить обследование у гинеколога. Комплекс клинического обследования больных раком шейки матки включает анализ крови, бимануальное влагалищное исследование, осмотр зеркалами,

ректально-брюшностеночное и ректо-вагинальное исследование, диагностические пробы, кольпоскопию, влагалищные мазки и биопсию.

Для меньшей травматизации опухоли А. И. Серебров (1962) рекомендует влагалищное исследование производить одним указательным пальцем. В начальных стадиях рака удастся прощупать инфильтрацию (затвердение) без четких границ, ригидность шейки матки. В поздних стадиях определяется форма опухоли (экзофитная, эндофитная, смешанная, язвенная), подвижность матки, состояние придатков, стенок влагалища, околоматочной клетчатки и области близлежащих органов (прямой кишки и мочевого пузыря). Одно бимануальное исследование, по наблюдениям А. И. Сереброва (1962), дает 58,3% неправильных диагнозов.

В тех случаях, когда шейка матки на ощупь представляется неизменной, влагалищное бимануальное исследование должно дополняться осмотром зеркалами. Это позволяет определить вид опухоли. Экзофитная опухоль имеет вид цветной капусты, покрыта темными корками (участки распада) и даже при легком прикосновении кровоточит. Шейка матки при эндофитных формах опухоли плотная, набухшая, слизистая оболочка темно-багрового цвета с сетью мелких, легко кровоточащих сосудов. При распаде опухоли образуются язвы.

Исследование зеркалами особую ценность представляет в ранних стадиях заболевания; при этом можно видеть эрозии, узловатые и папиллярные разрастания. Осмотр зеркалами, по данным А. И. Сереброва, сокращает процент диагностических ошибок до 12.

Ректальное исследование позволяет определить состояние крестцово-маточных связок, степень вовлечения в опухолевый процесс прямой кишки (инфильтрация стенок, фиксация кишки и опухоли).

Для ранней диагностики рака и предраковых состояний очень ценным исследованием является кольпоскопия. Сконструированная Гинзельманом в 1925 г. оптическая система позволяет рассмотреть пораженный участок женских половых органов при увеличении в 10—15 раз. В нашей стране пользуются бинокулярными кольпоскопами. В настоящее время имеются кольпоскопы, увеличивающие в 200 раз. Кольпоскопию целесообразнее производить до бимануального и других исследований, вызывающих кровотечение. Кольпоскопия позволяет различать нормальную слизистую, и эктопию слизистой оболочки цервикального канала, зону превращения, основу лейкоплакии, лейкоплакию, образование полей. Кольпоскопия позволяет установить правильный диагноз в 70—80% случаев (Schmitt, 1959).

Среди большого числа диагностических проб (строба Хробака, Шаба-даша, прием Сиредея) наибольшее признание получила проба Шиллера (1928). Она заключается в прикладывании ватного тампона, смоченного в люголевоком

растворе, к шейке матки. При этом нормальный эпителий слизистой окрашивается в темно-бурый цвет, а эрозии, лейкоплакии, гиперкератоз, карциноматозный эпителий не воспринимают окраски и выглядят бледными пятнами с четкими границами на темно-коричневом фоне. Пробу Шиллера целесообразно производить перед биопсией, а биопсию брать из йод негативных участков.

Биопсия во всех случаях является решающим методом диагностики. Она позволяет не только выявить гистологическое строение опухоли, но и определить степень злокачественности процесса, инфицированноеTM опухоли, реакцию окружающих здоровых тканей. Повторные биопсии во время лучевой терапии позволяют определить эффективность метода. В случаях, подозрительных на рак, взятый при биопсии кусочек опухоли должен содержать и здоровую ткань (для определения инфильтрации). В клинически явных случаях исследование проводится с целью определения гистологической структуры опухоли, поэтому достаточно брать конхотомом кусочек опухоли без здоровых тканей.

Для ранней диагностики рака шейки матки широко используется цитологический метод—исследование влагалищных мазков. Предложено много различных методов получения отторгнутых с поверхности опухоли эпителиальных клеток и их окраски (К. А. Петровская и Ю. Г. Коваль, 1952; Е. Я. Ставская, 1952; Friedman 1950; Lajos, Puli, 1951, и др.). Исследование влагалищных мазков имеет большую практическую ценность и, по данным многих авторов (Е. Л. Лернер, 1950; В. А. Мандельштам, 1950; А. И. Серебров, 1962; и др.), позволяет установить правильный диагноз в 90—96% случаев.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ.

Перед внутриполостным облучением больным 2—3 раза в день производят спринцевание дезинфицирующим раствором (риванола или марганцовокислого калия). Опухоль обрабатывают раствором антибиотиков. Кишечник очищают с помощью клизмы, мочевого пузыря опорожняют. Для уменьшения болей назначают свечи с белладонной или морфином. Тампонада влагалища, которая необходима для фиксации источника излучения, производится так, чтобы обеспечить сток выделений из полости матки. В противном случае могут быть осложнения (пиометрит).

Экспозиция при внутриполостной лучевой терапии составляет 24—48 часов; в течение этого времени больным назначается строгий постельный режим в специальной так называемой зарядовой палате. Внутриполостные аппликации повторяются через 3—7 дней, в среднем 4—5 раз в зависимости от стадии

заболевания и необходимой очаговой дозы.

В настоящее время установлено, что наиболее эффективен комбинированный метод лечения рака шейки матки. По мнению большинства клиницистов, при I стадии заболевания оперативному лечению с последующей лучевой терапией подлежат:

1. Больные в возрасте до 30—35 лет, у которых опухолевый процесс протекает наиболее злокачественно. Применение одной лучевой терапии в этих случаях нецелесообразно, так как возникают стенозы и стриктуры с последующим образованием эскориаций, язв, кольпитов.

2. Больные с радиорезистентными формами рака.

3. Больные с рецидивами после лучевой терапии (в I стадии заболевания).

4. Больных с уродствами, атрофией, стенозами влагалища, атрезиями.

5. Больные раком шейки матки в сочетании с опухолями придатков и хроническим сальпингоофоритом. Во II стадии заболевания (пограничной в смысле операбельности) должна проводиться преимущественно лучевая терапия.

В III и IV стадии заболевания показана только лучевая терапия.

ХИМИОТЕРАПИЯ

Монохимиотерапия

Цисплатин - 50-100 мг/м² - в/в - день 1 Повторять каждые 3 недели

Ифосфамид - 1200-1500 мг/м² - в/в - дни 1-5 или 5000 мг/м² - в/в (24 час инфузия) - день 1 Повторять каждые 3 недели

Полихимиотерапия

Комбинации, содержащие препараты платины и ифосфамид

Цисплатин - 50 мг/м² - в/в - день 1 + Ифосфамид - 5000 мг/м² - в/в (24 час инфузия) - день 1 (под защитой месны!) Повторять каждые 3 недели (max. 6 циклов)

Карбоплатин - 300 мг/м² - в/в - день 1 + Ифосфамид - 5000 мг/м² - в/в (24 час инфузия) - день 1 (под защитой месны!) Повторять каждые 4 недели

Блеомицин - 30 мг - в/в (24 час инфузия) - день 1 Цисплатин - 50 мг/м² - в/в
- день 2 Ифосфамид - 5000 мг/м² - в/в (24 час инфузия) - начинать в день 2
(под защитой месны!) Повторять каждые 4 недели

Паклитаксел - 175 мг/м² - в/в (3 час инфузия) - день 1 Цисплатин - 50 (-75)
мг/м² - в/в - день 1 Ифосфамид - 5000 мг/м² - в/в (24 час инфузия) - день 2 (под
защитой месны!)

Цисплатин - 50 мг/м² - в/в - день 1 + 5-Фторурацил - 750 мг/м² - в/в
(длительная инфузия) - дни 1-5 Повторять каждые 3-4 недели вместе с лучевой
терапией

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Проблема выбора метода хирургического лечения ранней онкологической патологии шейки матки ставит перед хирургом ряд задач, решение которых основывается на сопоставлении результатов клинических, эндоскопических и морфологических исследований и зависит от сущности выявленного процесса, степени его распространения, возраста женщины, состояния менструальной и генеративной функции. Основным условием выполнения органосохраняющих операций у женщин репродуктивного возраста является возможность надежного излечения, в результате чего достигается предупреждение рецидивов заболевания и перехода в более выраженный патологический процесс, улучшение качества жизни больных. Анализ данных отечественной и зарубежной литературы показывает, что наибольшее распространение при хирургическом лечении преклинических форм рака шейки матки получили два метода: экстирпация матки или конизация шейки матки (электрохирургическая или ножевая). Ряд авторов приводят сообщения об успешном применении СО₂ лазера, ссылаясь на высокую эффективность метода при минимальных осложнениях и частоте рецидивов. Большинство зарубежных клиницистов считают, что наилучшим методом лечения доклинических форм рака шейки матки является простая экстирпация матки.

По мнению Новиковой Е.Г. (1991), конусовидная электроэксцизия шейки матки является более адекватным методом лечения, так как создаются возможности совместить принцип радикальности при сохраненной менструальной, а у некоторых больных и детородной функции.

Список литературы

1. «Рак шейки матки» - Е. Е. Вишневская Минск, - 1987 г.
2. «Гинекология» - под ред. Л. Н. Василевской, М., - 1985 г.
3. Н.Н. Блохин, Б.Е. Петерсон. "Клиническая онкология". Т.2. М.: "Медицина", 1979.
4. http://www.consilium-medicum.com/media/gynecology/00_03/89.shtml
5. <http://www.astamedica.ru/022719.htm>
6. <http://www.medi.ru/doc/6880102.htm>
7. <http://www.rosoncweb.ru/>
8. <http://bme.newmail.ru/index.htm>