

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра «Перинатологии акушерства и
гинекологии лечебного факультета»
Зав. кафедрой: д.м.н. проф. Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ:

Рак шейки матки



Выполнил: ординатор 2го года
Шуварова И. О.
Проверил: асс. Коновалов В.Н.

Красноярск 2019

Рецензия на реферат выполненный по теме: «Рак шейки матки.»

Ординатор 2го года обучения Кафедра: перинатологии, акушерства и гинекологии
лечебного факультета ФГБУ ВО

КрасГМУ им. Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

ФИО: Шуварова Ирина Олеговна

Реферат выполнен на 9 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность проблемы: Рак шейки матки многие годы занимает второе место по частоте среди злокачественных новообразований органов репродуктивной системы у женщин, уступая лишь раку молочной железы. В структуре онкогинекологической патологии в мире РШМ составляет 15%, а смертность от него достигает 8%. Таким образом, оставаясь наиболее частой онкогинекологической патологией, РШМ является серьезной проблемой здравоохранения во всем мире.

В реферате полностью раскрыто содержание материала. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности. Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала. Точно используется терминология.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы.

Реферат написан хорошим литературным языком, грамотно оформлен, принят и оценен на (4) хорошо.

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов В.Н



Содержание

1. Введение, определение.....	2
2. Этиология и патогенез.....	2
3. Классификация.....	3
4. Клиническая картина.....	4
5. Диагностика.....	5
6. Лечение	6
7. Профилактика.....	8
8. Список литературы.....	9

Статистика показывает, что среди злокачественных опухолей у женщин рак шейки занимает четвертое место (после рака желудка, кожи и молочных желез), а по показателям смертности - второе. Встречается он в возрасте 40—60 лет, но в последнее время рак шейки матки стал встречаться у женщин до 40 лет, перенесших беременность

К числу основных методов лечения рака шейки матки относятся хирургический и комбинированный, причем, последний является наиболее эффективным. Не уточнена зависимость результатов от последовательности применения (до или после операции) и режима фракционирования дозы. Клинически не обоснован объем подвздошной лимфаденэктомии, одного из этапов гистерэктомии по Вертгейму.

Применение чисто хирургического метода в лечении данного заболевания ограничено лишь ранними стадиями болезни, что редко встречается в клинической практике. Обычно, встречается рак на стадии глубокой инвазии опухоли в строму, что делает хирургический метод неэффективным.

Лучевая терапия позволяет избежать травматизации присущей хирургическому методу, что особенно важно для лечения заболевания у молодых женщин. Однако эффективность лечения заболевания зависит не только от применяемой методики, но также от своевременной комплексной диагностики данного заболевания.

Этиология и Патогенез

В возникновении рака шейки матки большое значение придается фоновым заболеваниям, к которым относятся все гиперпластические процессы в шейке матки:

дискератозы (лейкоплакии, акантопапилломатоз, эритроплакии), железисто-мышечные гиперплазии (папиллярная или фолликулярная эрозия, фолликулярная гипертрофия).

Предраковым заболеванием считается дисплазия. Начальная стадия - минимальная дисплазия эпителия шейки матки, при которой в нижней трети эпителия происходит аномальная пролиферация эпителиоцитов. В большинстве случаев такие изменения носят спонтанно обратимый характер и эпителий возвращается в нормальное состояние; однако более выраженная дисплазия с аномальной пролиферацией, охватывающей 2/3 глубины эпителия, чаще всего перерастают в *carcinoma in situ*, где все уже слои клеток имеют аномальное строение. После того как раковые клетки проходят базальную мембрану и начинают пролиферировать в строме органа, начинается инвазивная стадия рака.

Для предраковых заболеваний характерны такие признаки, как атипичная пролиферация тканевых элементов, хроническое течение, постоянство симптомов, устойчивость к консервативным методам лечения, рецидивирование после оперативного иссечения.

Рак шейки матки чаще всего развивается из эпителия влагалищной части 1

цервикального канала. В связи с этим встречаются две гистологические формы - плоскоклеточный рак (carcinoma planocellulare) и железистый рак (adenocarcinoma).

Клиническая классификация

Классификация основана на генетическом принципе, согласно которому в первую группу относят эпидермальный рак, во вторую - рак из мюллера эпителия, в третью - рак из эмбриональных зачатков (гартнеровский ход). К эпидермальному раку относят ороговевающий, неороговевающий и низкодифференцированный. Из мюллера эпителия возникает аденокарцинома или железисто-солидная форма.

В нашей стране принята Международная клиничко-анатомическая классификация рака шейки матки по стадиям:

II стадия:

а) опухоль инфильтрирует параметрий с одной или обеих сторон, не переходя на стенку таза (параметральный вариант);

б) рак инфильтрирует влагалище, не переходя на нижнюю его треть (вагинальный вариант);

в) эндометриальный рак, переходящий на тело матки (маточный вариант).

III стадия:

а) односторонняя или двусторонняя опухолевая инфильтрация стенок таза. При ректальном исследовании нет свободного промежутка между опухолью и стенкой таза (параметральный вариант);

б) опухолевая инфильтрация нижней трети влагалища (вагинальный вариант);

в) пальпируются изолированные метастазы у стенки таза при относительно малом первичном раке шейки матки (стадия III—изолированные тазовые метастазы).

IV стадия:

а) опухоль прорастает мочевой пузырь, что подтверждается цистоскопически или наличием свища (стадия IV—мочевой пузырь):

б) опухоль прорастает в прямую кишку (стадия IV—rectum),

в) опухоль выходит за область малого таза, имеются отдаленные метастазы.

В 1950 г. Международный конгресс акушеров и гинекологов включил в классификацию рака шейки матки стадию «0»—преинвазивную стадию рака (рак in situ).

Морфологически это злокачественный процесс плоского эпителия шейки матки без инвазии в соседние органы и ткани. При раке in situ возникают изменения в клетках всех слоев эпителия (нарушение расположения клеток, потеря полярности, гиперхроматоз ядра,

ненормальное соотношение между ядром и цитоплазмой, увеличение количества митозов с 2

атипичными клетками, изменения формы и размеров ядра). Измененный эпителий может внедряться в железистый слой и даже замещать его, но никогда не прорывает базальную мембрану. Карцинома *in situ* может длительно не проявляться. Однако она может перейти в стадию инфильтрации, длительное время оставаться без изменений и, наконец, может самопроизвольно исчезнуть. Чаще всего преинвазивный рак выявляется у женщин с эрозиями, эндоцервицитами, лейкоплакией. Особенно осторожно надо ставить диагноз при беременности, когда за рак могут быть приняты изменения эпителия, обусловленные гормональными влияниями. Последняя Классификация Международной Федерации Акушеров и Гинекологов (FIGO) 1987 года включает немного другие стадии.

Рак шейки матки часто (40—50% случаев) поражает влагалище. Распространение опухоли на влагалище происходит по лимфатическим сосудам и контактной имплантацией.

Тело матки поражается редко и только контактной имплантацией. Чаще наблюдается распространение процесса на параметральную клетчатку и регионарные лимфатические узлы. Мочевой пузырь и прямая кишка поражаются преимущественно *per continuitatem*.

Трубы и яичники также редко вовлекаются в процесс, и особенно редко поражаются мочеточники.

Клиника и проявления

Клиническое проявление рака шейки матки характеризуется классической триадой симптомов: бели, боли и кровотечения. Правда, они являются поздними признаками и не имеют диагностической ценности. К сожалению, в ранних стадиях заболевания симптоматика очень бедна. Боли появляются у 25—30% больных, кровотечения: 55—60%, боли у 10—12% больных. Кровотечения при раке шейки матки бывают в виде небольших выделений или обильные: могут появляться от легкой травмы (спринцевание, твердый стул, внутреннее исследование пальцем или зеркалами и т. д.). Так называемые контактные кровотечения являются следствием разрыва хрупких сосудов опухоли. При отторжении некротических ее участков вскрываются лимфатические сосуды и щели, что приводит к выделению водянистых или окрашенных кровью белей, которые имеют вид мясных помоев, без запаха или зловонные.

Боли при раке шейки матки являются поздним симптомом и указывают на вовлечение в опухолевый процесс лимфатических узлов и клетчатки таза с образованием инфильтратов, сдавливающих нервные стволы и сплетения таза.

Локализация и характер болей различны. Чаще всего больные жалуются на боли в пояснице, внизу живота, в области крестца и прямой кишки. При инфильтрации опухолью стенок таза боли могут появляться в нижних конечностях.

Боли, кровотечения и боли при раке шейки матки отличаются упорством и 3

длительностью. При прорастании опухоли в мочевой пузырь или прямую кишку появляется клиническая картина, связанная с этими органами (дизурия, расстройство мочеиспускания, атония кишечника, запоры, кровь в моче и кале, свищи).

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 рекомендуется влагалищное исследование производить одним указательным пальцем. В начальных стадиях рака удается 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 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 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.

Среди большого числа диагностических проб (Хробака, Шабадаша, прием Сиредея) наибольшее признание получила проба Шиллера. 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. Он имеет большую практическую ценность и позволяет установить правильный диагноз в 90—96% случаев.

Лечение

Предраковые заболевания Лечение эрозий, лейкоплакий и эритроплакий, эндоцервицитов, кондилом и рубцовых деформаций, способствующих возникновению пролиферативных процессов в шейке матки, должно быть радикальным. Оно осуществляется диатермоэксцизией или диатермокоагуляцией, а также хирургическим методом (ампутация шейки матки) и лучевой терапией.

Диатермокоагуляцию целесообразно применять при поверхностной лейкоплакии и

эритроплакии, десквамативных эрозиях, резистентных к медикаментам. 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.

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

Из лучевых методов назначается внутривлагалищная 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 15—20 Гр. Чаще эта доза оказывается достаточной для разрушения избыточной ткани, исчезновения мелкоклеточной инфильтрации без выраженных лучевых реакций со стороны здоровых близлежащих органов и тканей.

Высокая эффективность лечения предраковых заболеваний привела к широкому применению этих методов во всем мире.

Рак 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. Таким образом, можно считать твердо установленным, что без применения лучистой энергии рак шейки матки лечить нельзя, т. е. для большинства больных этот метод лечения является единственно радикальным.

Лучевая терапия может быть проведена в плане предоперационного или послеоперационного лечения. Основным принципом хирургического лечения должна быть радикальность операции.

Малый рак требует больших, а большой—чаще всего никаких или лишь малых паллиативных операций.

Расширенную экстирпацию матки с удалением клетчатки и лимфатических узлов (пангистерэктомия) можно производить абдоминальным и влагалищным способами.

Абдоминальный путь более удобен, так как создает свободный доступ к опухоли и лимфатическим узлам, расположенным по ходу крупных сосудов таза. Так как регионарные лимфатические узлы довольно часто поражаются даже при I стадии заболевания, их необходимо удалять вместе с клетчаткой таза.

Профилактика

Опыт противораковой борьбы во всем мире свидетельствует, что отмеченные успехи в лечении злокачественных новообразований достигнуты не только в связи с усовершенствованием терапевтических методов, но и в результате выявления заболеваний на ранних стадиях развития. Диагностика начальных форм рака шейки матки способствует уменьшению смертности. Снижение заболеваемости достигается лечением фоновых и предраковых процессов (это наглядно видно на примере того, что по частоте заболеваемости раком перешла с 2-го места на 4-ое место среди злокачественных новообразований женщин).

Система массовых осмотров (в СССР и России - диспансеризация), позволяет выявить лишь 8 - 10% всех заболевших. В настоящее время применяется цитологический скрининг и двухэтапная система выявления патологии шейки матки.

Основная задача цитологического скрининга - выделить на этапе первичного осмотра больных, у которых подозревается наличие онкологических заболеваний шейки матки, с тем чтобы в последующем подвергнуть их углубленному обследованию с использованием высокоэффективных диагностических методов, включающих все методы, перечисленные выше в разделе «Диагностика».

Список литературы

1. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России в 1997 г. (Статистический сборник). М., 1999.
2. Бохман Я.В. и соавт. Гормонотерапия РЭ.- СПб.: "Гиппократ", 1992.
3. Мартынов С.Я. Минимальный РЭ.- СПб.: "Гиппократ", 1992.
4. Lissoni A., Gabriele A., Gorga G. et. al. Cisplatin - epirubicin - and paclitaxel - containing chemotherapy in uterine adenocarcinoma. Ann. Oncol. 1997; 8: 969-972
5. Клиническая рентгено-радиология т. 5 \ руководство \ Г. А. Зедгенидзе \ Москва "МЕДИЦИНА" 1995 г.
6. Руководство по медицине т 1, 2 \ руководство \ Мерк. Шарп и Доум \ Москва "МИР" 1997г.

