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: дмн Зуков Р.А.

Реферат

Тема: Рак шейки матки

Выполнил:

Клинический ординатор 1 года обучения

кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Чуяшенко А.А.

Красноярск 2023г.

**Содержание:**

1. Введение

2. Этиология и патогенез

3. Стадирование

4. Клинические проявления РШМ

5. Диагностика

6. Лечение

7. Профилактика

8. Список литературы

**Введение**

Рак шейки матки (РШМ) является четвертым наиболее распространенным видом рака и занимает также четвертое место по заболеваемости среди женщин во всем мире (GLOBOCAN 2020г.). По сравнению с другими ЗНО женской половой сферы (ЗНО тела матки, яичника) пик заболеваемости ЗНО шейки матки определяется в более молодом возрасте 40–49 лет (42,8 на 100 тыс. соответствующего населения). Основными факторами риска

В 2020 году во всем мире рак шейки матки был диагностирован более чем у 600 000 женщин, а 342 000 женщин умерли от этого заболевания. Данное заболевание можно легко предотвратить и лечить, если он обнаружен на ранних стадиях.

Рак шейки матки требует мультидисциплинарного лечения, которое включает в себя хирургический метод лечения, лучевую и химиолучевую терапию. Выбор метода лечения РШМ определяется индивидуально и зависит от распространенности опухолевого процесса и тяжести сопутствующей соматической патологии.

**Этиология и патогенез**

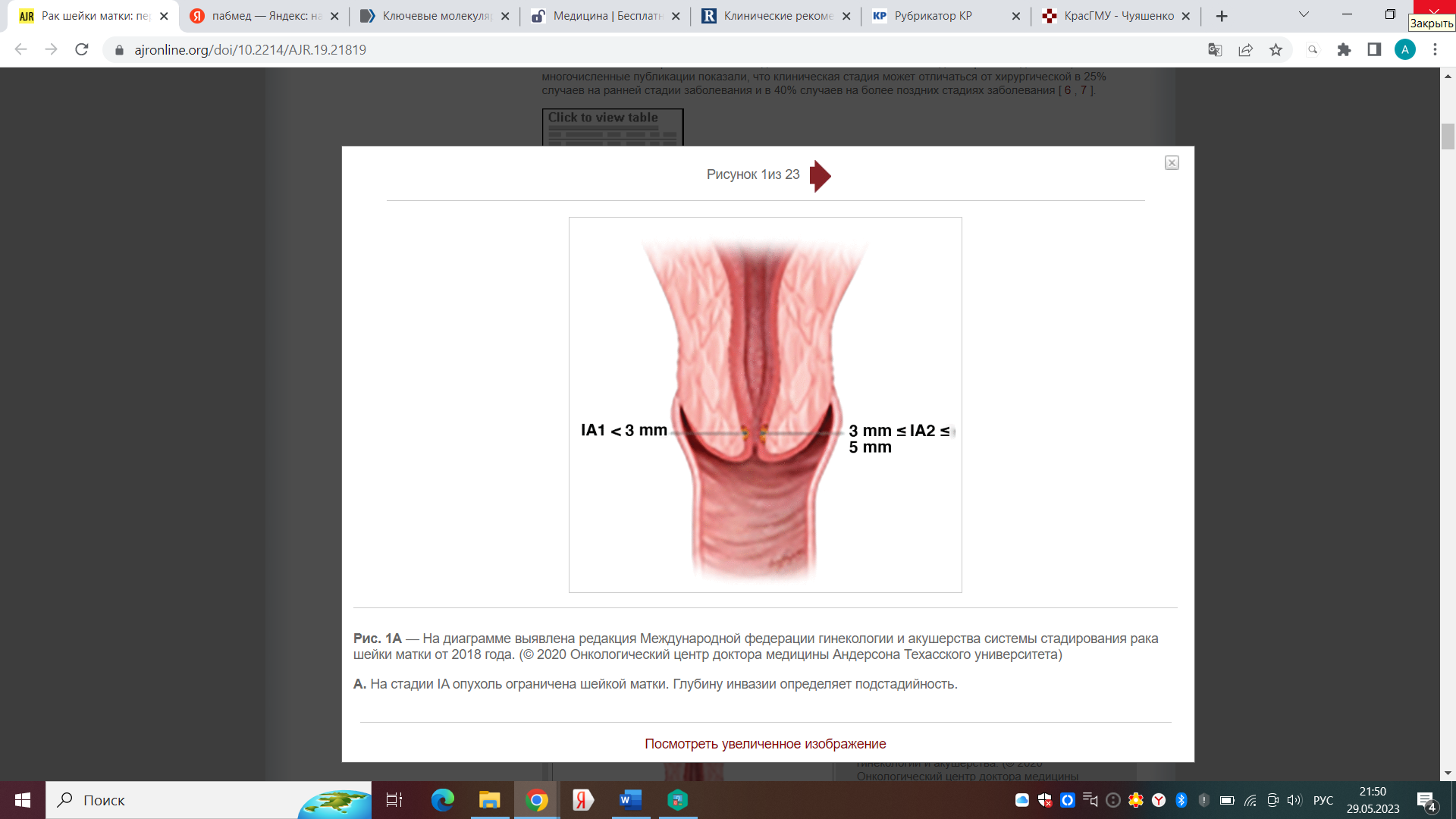
Вирус папилломы человека является основным этиологическим фактором в процессе канцерогенеза. ВПЧ высокого риска, такие как ВПЧ 16, 18, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 и 70. В случае канцерогенеза 70% случаев рака шейки матки и 50% поражений CIN 3 развиваются из-за персистирующей инфекции ВПЧ 16 или ВПЧ 18.

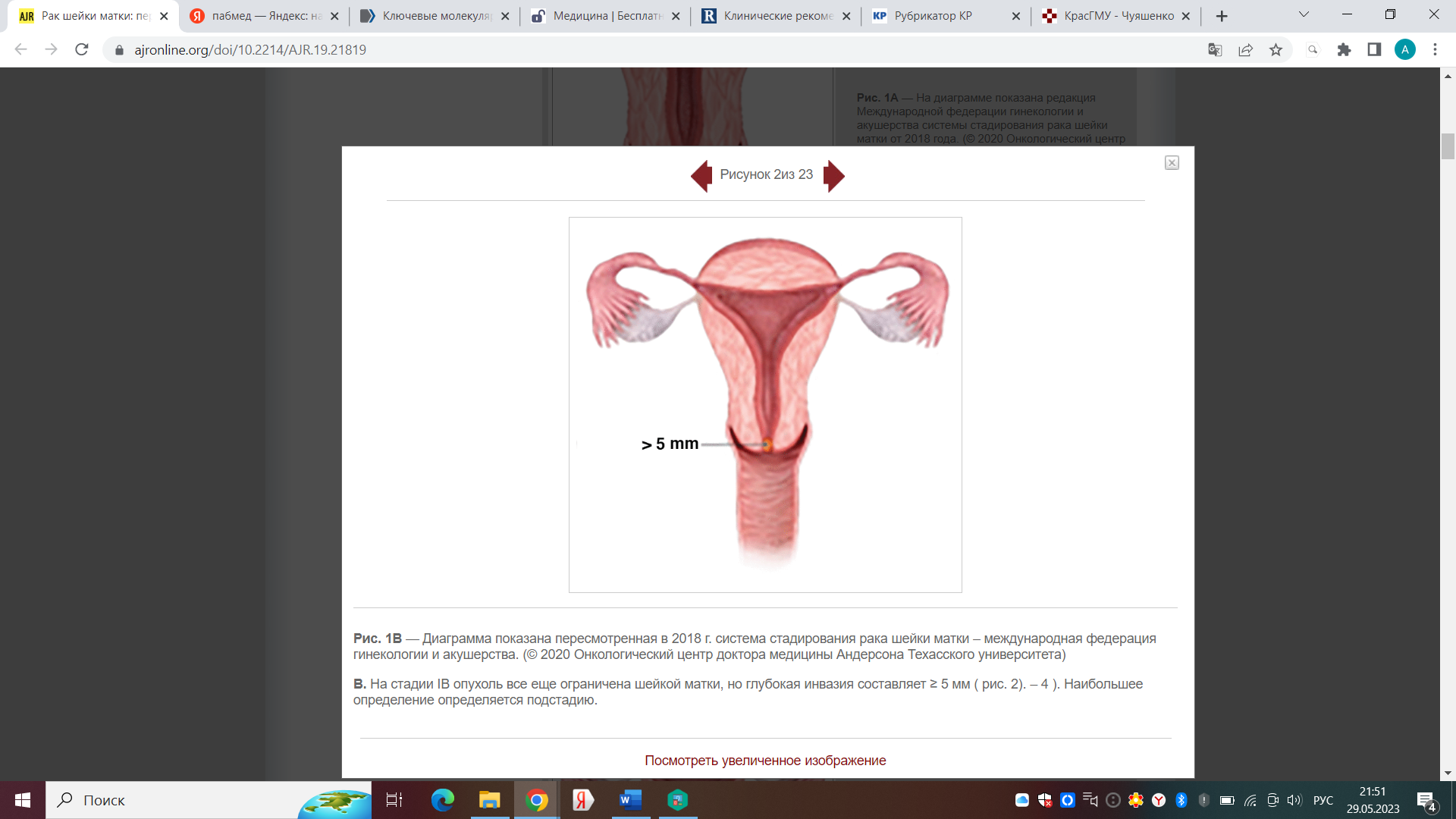
Заражение вирусом папилломы человека (ВПЧ) высокого риска и интеграция генома ВПЧ в хромосому хозяина эпителиальных клеток шейки матки являются ключевыми ранними событиями неопластического прогрессирования поражений шейки матки. Вирусные онкопротеины, в основном Е6 и Е7, ответственны за начальные изменения эпителиальных клеток. Вирусные белки инактивируют два основных белка-супрессора опухолей, p53 и ретинобластому (pRb). Инактивация этих белков-хозяев нарушает как механизмы репарации ДНК, так и апоптоз, что приводит к быстрой пролиферации клеток. Множественные гены, участвующие в репарации ДНК, пролиферации клеток, активности фактора роста, ангиогенезе, а также гены митогенеза становятся высоко экспрессированными при цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) и раке.

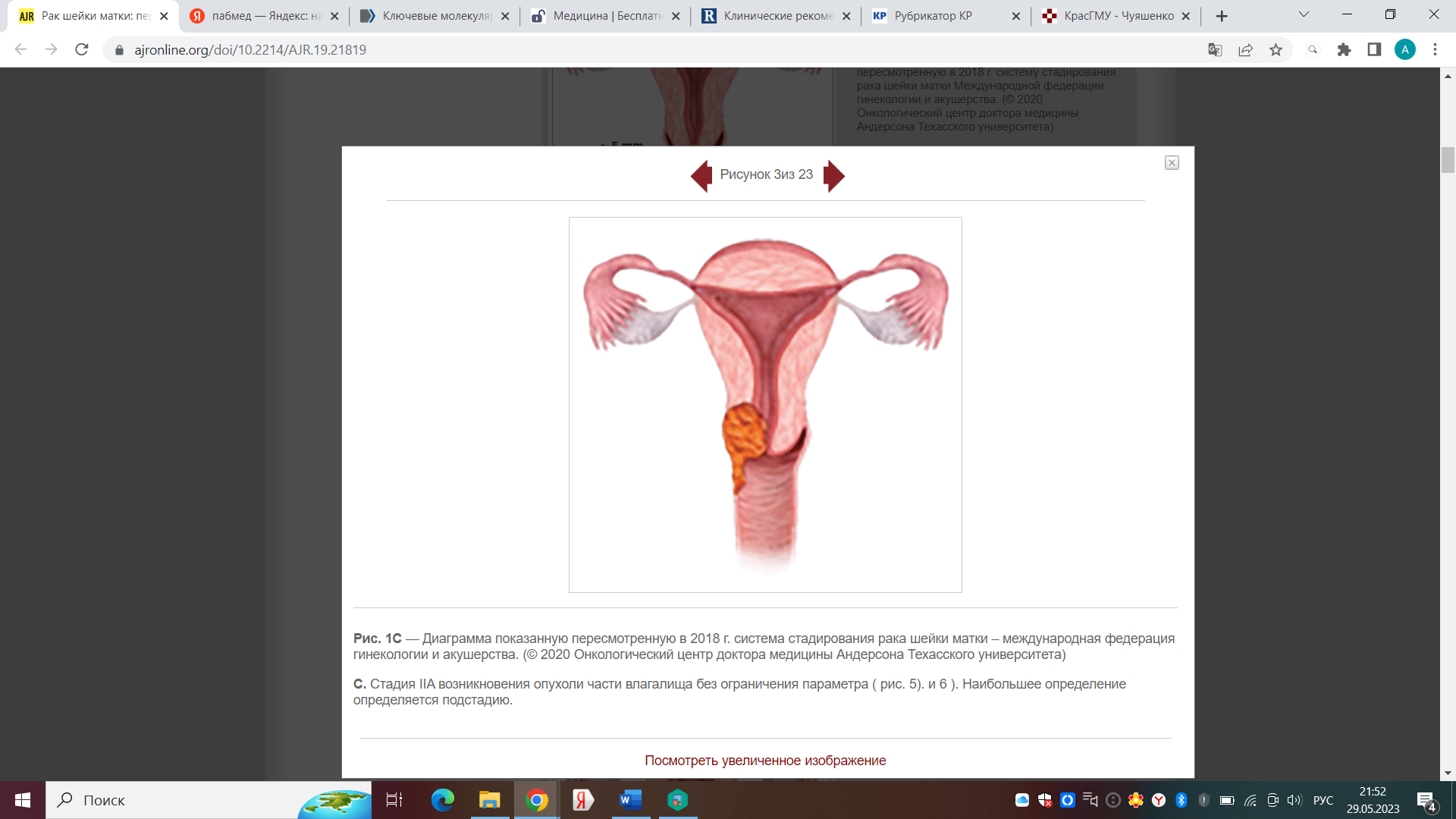
Так же в качестве факторов риска развития данной патологии рассматриваются: раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров, отказ от контрацептивов «барьерного» типа, курение, иммуносупрессия, обсуждается вопрос о влиянии различных инфекций, передаваемых половым путем.

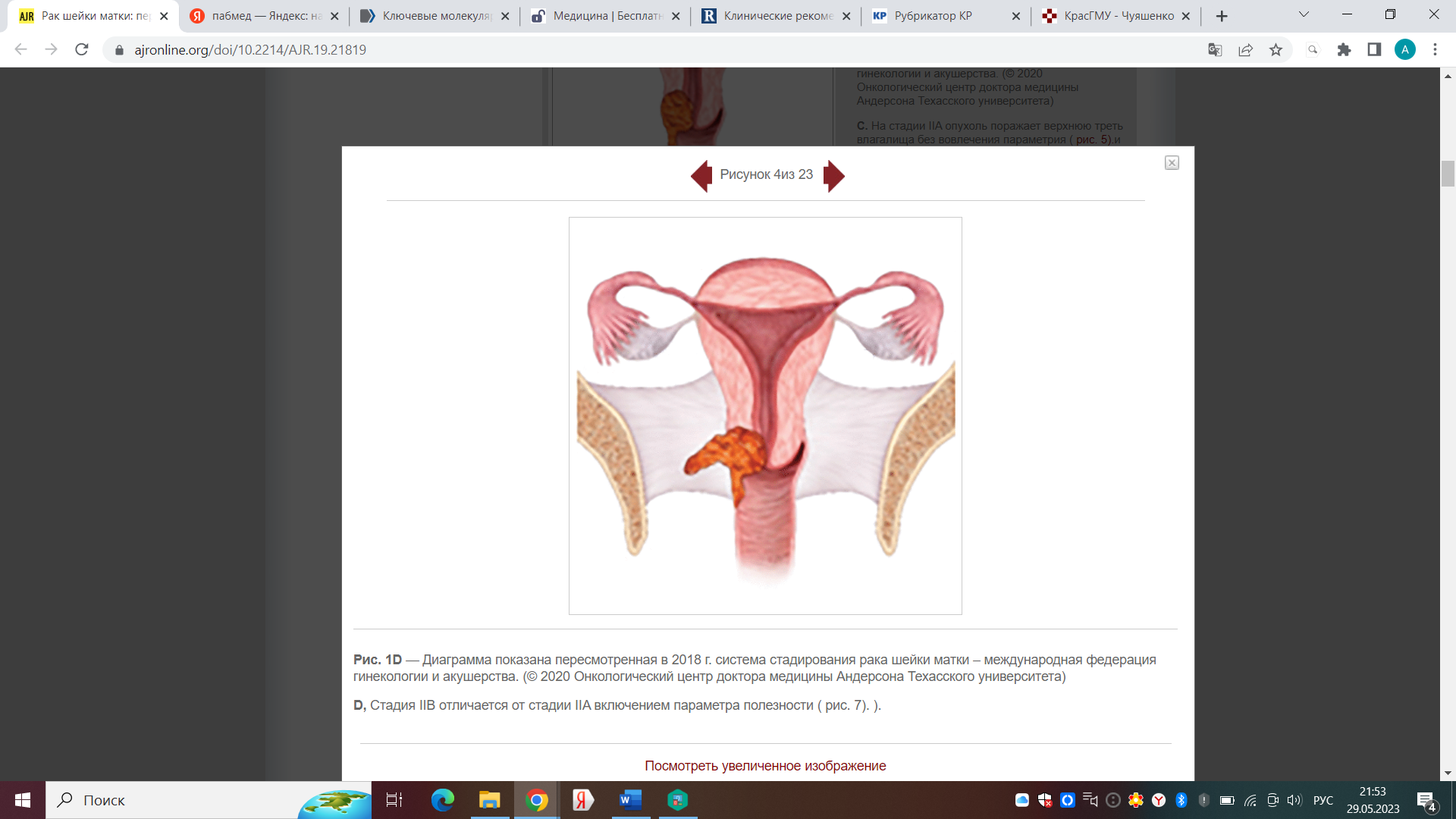
**Стадирование**

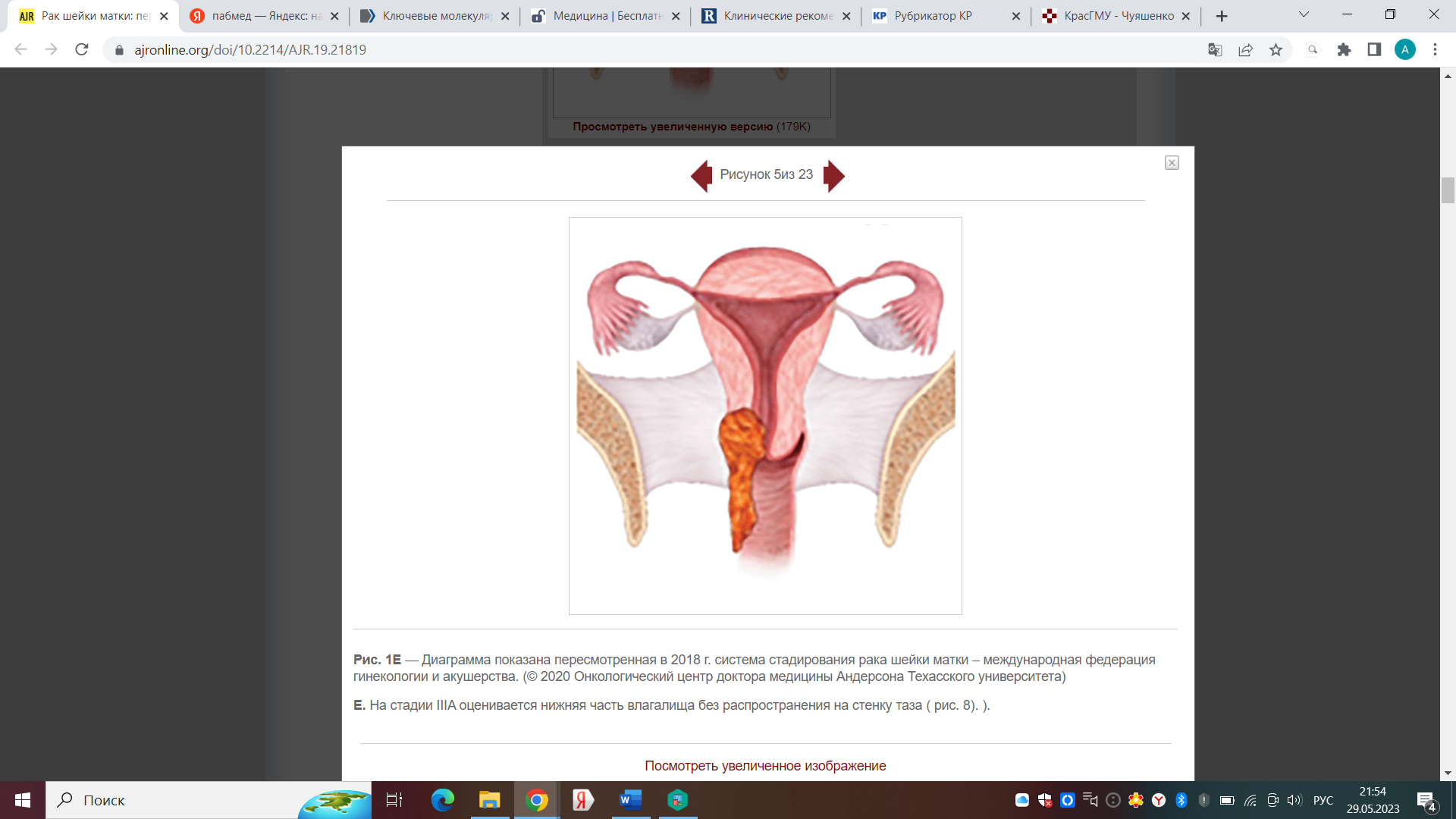
Наиболее широко используемой системой стадирования рака шейки матки является система Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO). В предыдущих версиях системы FIGO визуализация не играла никакой роли в диагностике или определении стадии рака шейки матки. Однако ревизия 2019 г. включает использование изображений, если они доступны, для постановки. В предыдущей системе стадирования оценка локальной инвазии ограничивалась физикальным обследованием, что не позволяло оценить лимфатические узлы, являющиеся прогностическим показателем. Эти ограничения подчеркивают важность визуализации для точного определения стадии рака шейки матки в соответствии с обновленной системой FIGO.

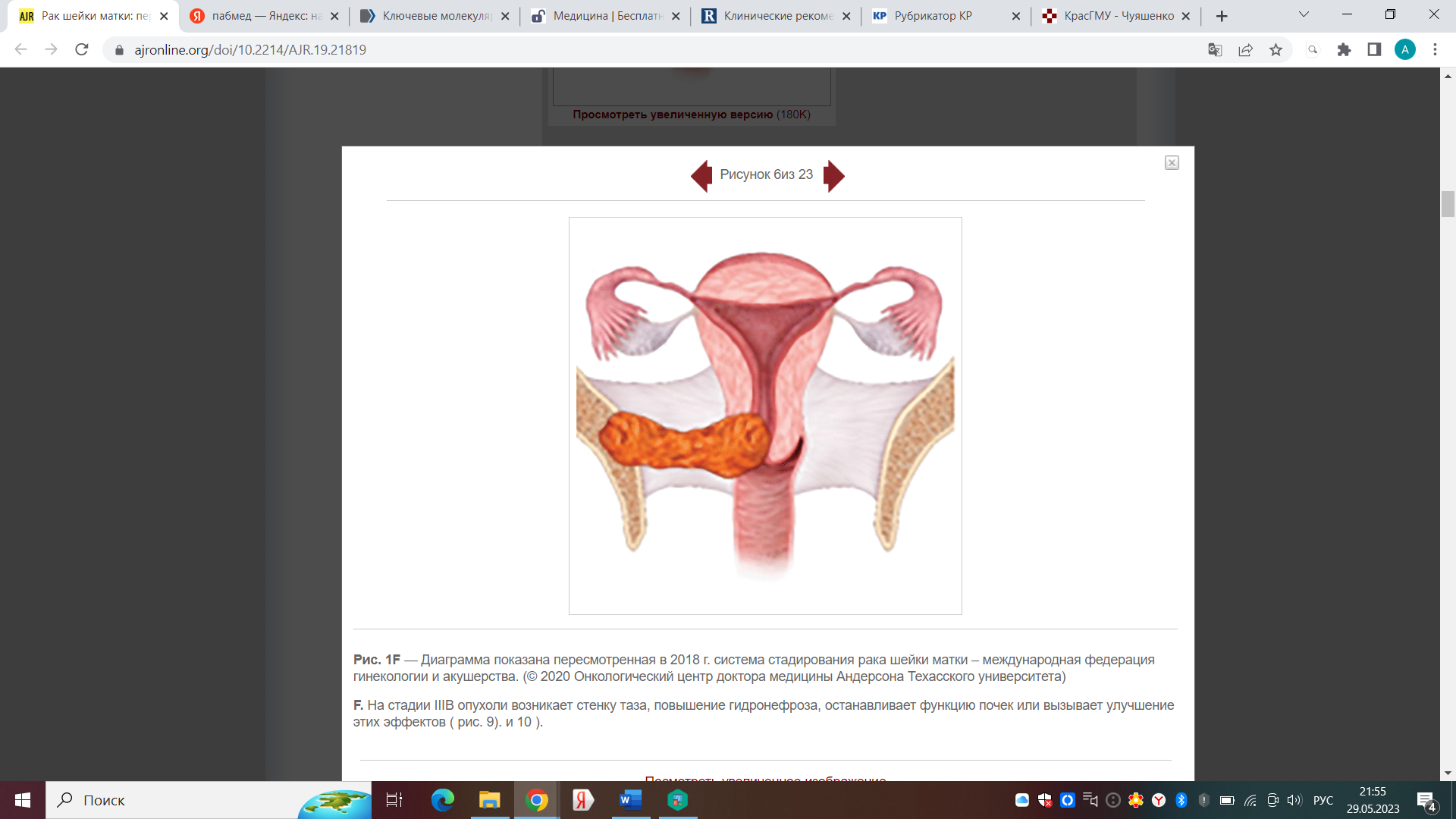


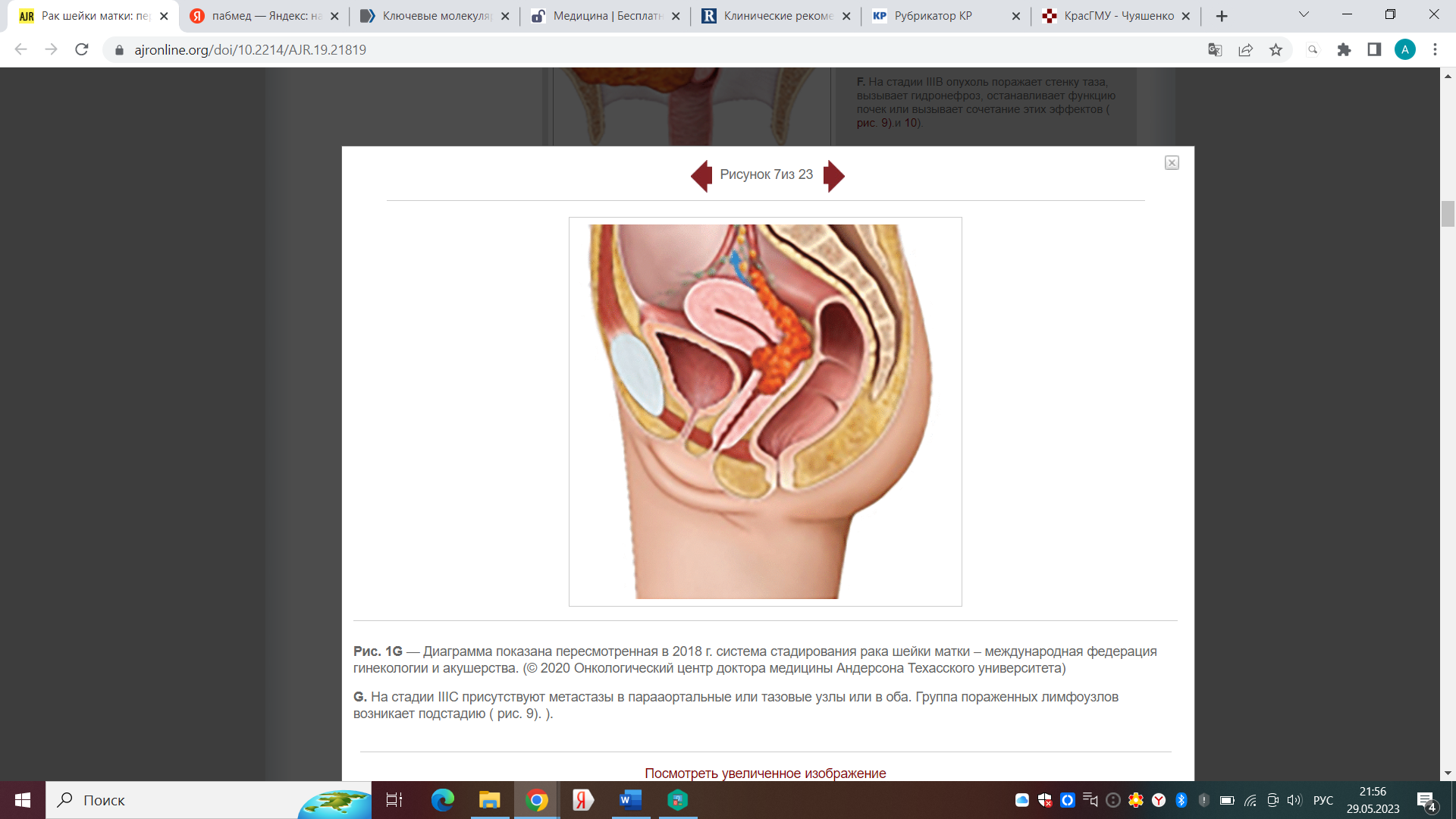


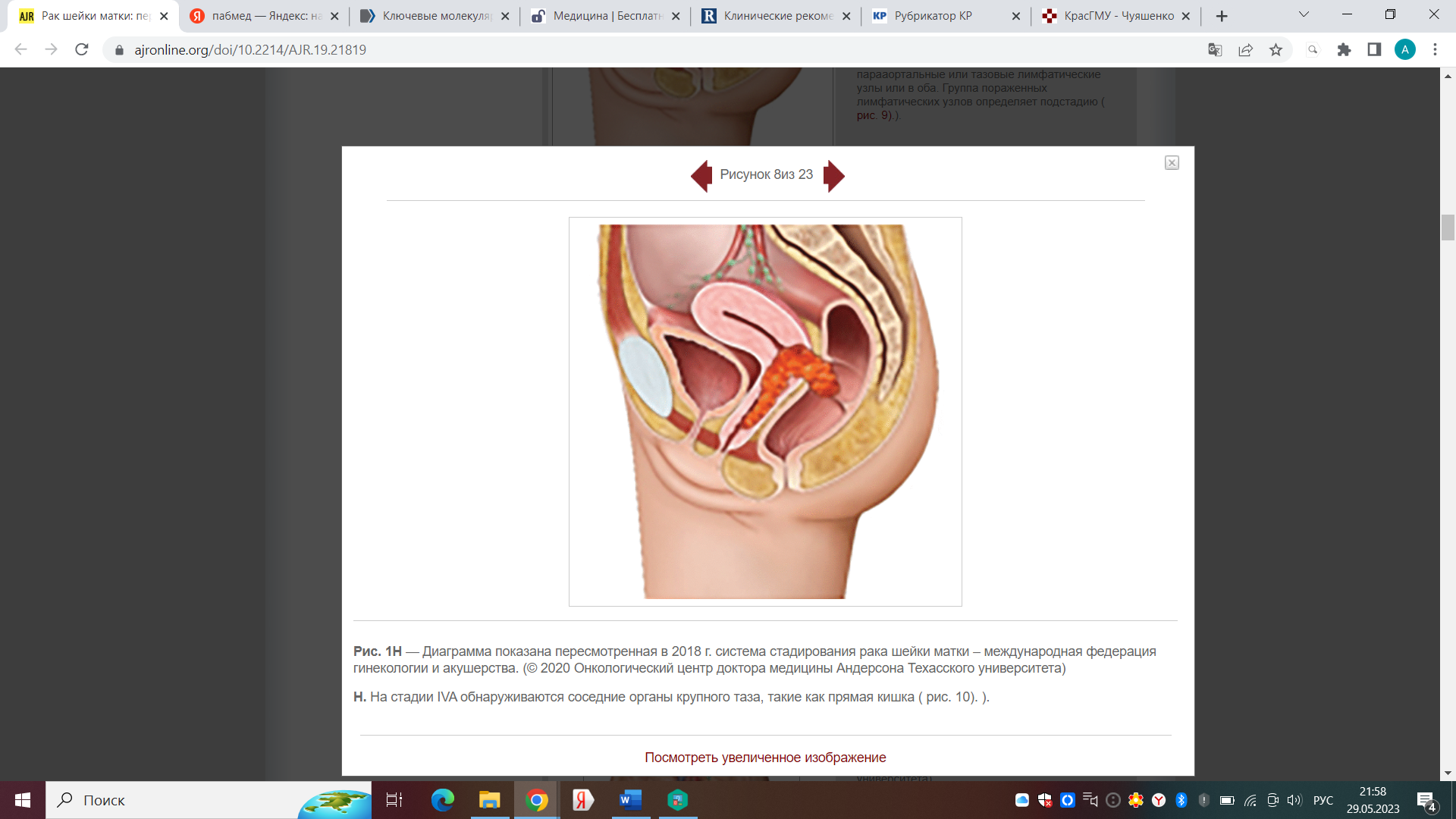


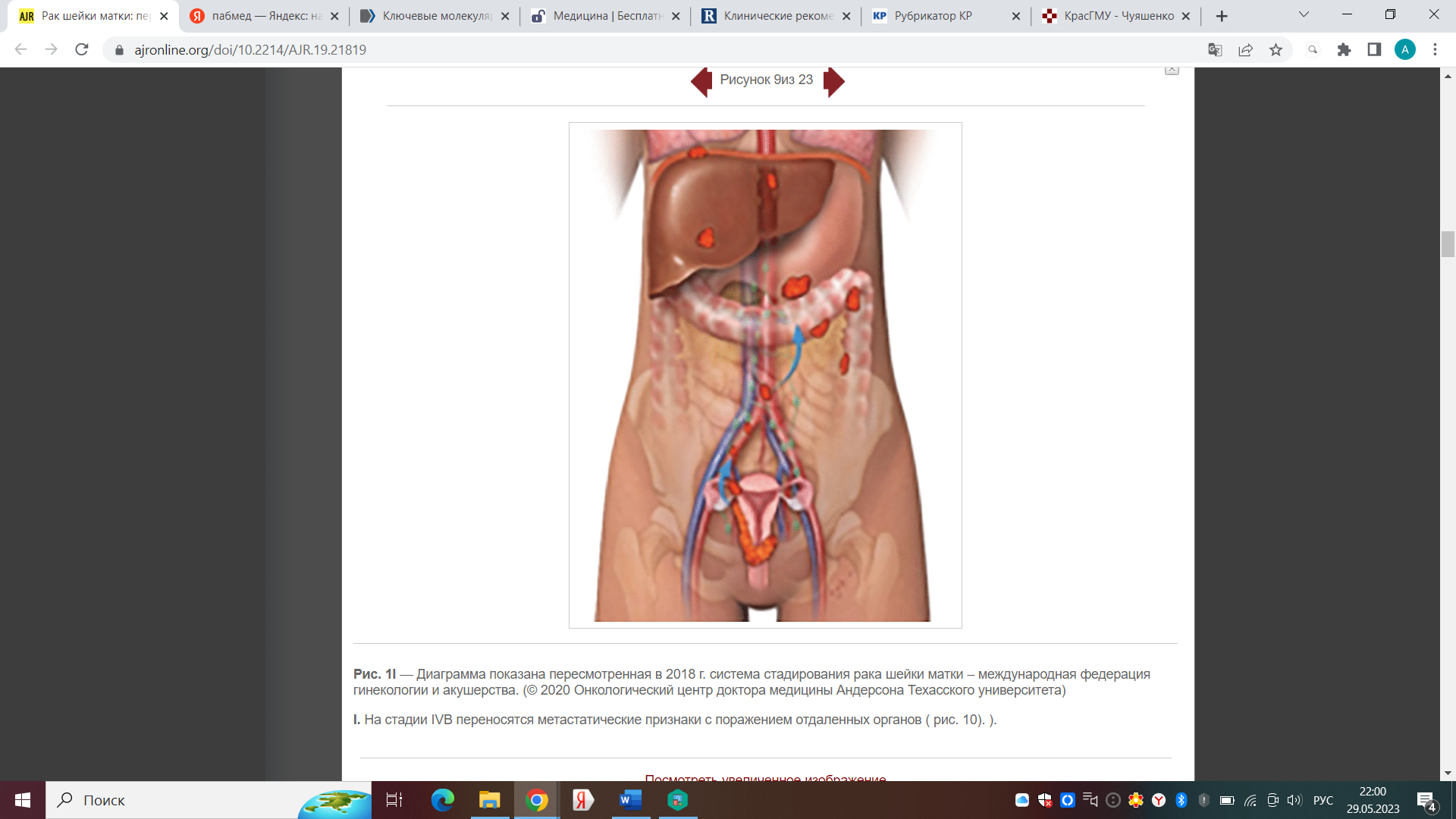












**Клинические проявления РШМ**

Клиническое проявление рака шейки матки характеризуется классической триадой симптомов: бели, боли и кровотечения.

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, coitus и т. д.). Так называемые контактные кровотечения являются следствием разрыва хрупких сосудов опухоли. При отторжении некротических ее участков вскрываются лимфатические сосуды и щели, что привадит 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.

**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.

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 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, по наблюдениям А. И. Сереброва (1962), дает 58,3% неправильных диагнозов.

В тех случаях, когда шейка матки на ощупь представляется неизмененной, 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, инфицированное 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**

**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 диатермоэксциэию 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 внутриполостная 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.

Высокая эффективность лечения предраковых заболеваний привела к широкому применению этих методов во всем" мире (М. М. Абрамова, 1953; М. Г. Арсеньева, 1953; А. И. Серебров, 1962; Cachman, 1945, и др.).

**Рак**

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, мочевой пузырь опорожняют. Для уменьшения болей назначают свечи с белладонной или морфинам. 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 1938 г. Tod и Meredith предложили расчет доз при лучевой терапии рака шейки матки производить в двух условно принятых областях— точках А и В, расположенных на уровне внутреннего зева. Точка А располагается на 2 см выше бокового свода влагалища и отстоит на 2 см латеральнее срединной оси маточного канала, т. е. примерно в месте пересечения маточной артерии с мочеточником. Точка В располагается на этом же уровне и отстоит от оси матки на 5 см, т. е. в зоне латеральных отделов параметральной клетчатки и лимфатических узлов боковой стенки таза.

Зная величину дозы в этих точках, можно иметь представление о распределении энергии излучения в малом тазу. Общая очаговая доза при внутриполостном облучении в области 7000 рад, в III стадии—7500—8000 рад.

При этом доза в области точек В равняется: в 1 стадии— 1200—1300 рад, во II стадии—1500—1600 рад, в III стадии—1700—1800 рад.

Расчет доз при внутриполостном облучении производится по математическим таблицам, которые составлены В. А. Петровым (1955), В. П. Тобилевичем и А. А. Габеловой (1952), А. И. .Шраменко (1965). Однако эти таблицы позволяют определить дозу в точках А и В лишь приблизительно.

В настоящее время установлено, что наиболее эффективен комбинированный метод лечения рака шейки матки. По мнению большинства клиницистов, при 1 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 экскориаций, язв, кольпитов.

2. Больные с радиорезистентными формами рака.

3. Больные с рецидивами после лучевой терапии (в 1 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, как пишет А. И. Серебров (1962), «...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.

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 1 стадии заболевания, их необходимо удалять вместе с клетчаткой таза.

Лучевая терапия при раке шейки матки заключается в сочетании внутриполостного и дистанционного облучения. Внутриполостная методика позволяет подводить радиоактивные препараты непосредственно к первичной опухоли и создавать дозу, необходимую для полного ее разрушения.

Дистанционное облучение применяется для воздействия на зону регионарного метастазирования к инфильтратов в параметральной клетчатке.

Противопоказаниями к лучевой терапии являются пороки развития наружных половых органов, атрезия, стеноз влагалища, осумкованные гнойно-воспалительные процессы в придатках, беременность, рубцовые изменения кожи, подлежащей облучению, лейкопения (менее 3000 лейкоцитов в 1 мм), заболевание сердечно-сосудистой системы в состоянии декомпенсации, острый гепатит, нефрозонефрит, генерализация опухолевого процесса, кахексия.

Перед лучевой терапией каждый больной должен пройти детальное клиническое обследование. Необходимо уточнить степень распространения опухолевого процесса, состояние параметральной клетчатки и лимфатических узлов таза, определить положение матки по отношению к органам малого таза и срединной оси, определить глубину залегания опухоли, вывести проекцию ее на кожу, изготовить поперечный срез на уровне опухоли с картой изодоз, согласно принятому плану лечения.

Внутриполостное облучение начинается с внутривлагалищных аппликаций, т. е. с введения во влагалище непосредственно к опухоли шейки матки препаратов Со, заключенных в кольпостаты, которые обеспечивают их надежную фиксацию. Содержание радиоактивного вещества в одном препарате не должно превышать 10 мг. Если влагалище широкое, вводится 5—6 препаратов (активностью по 5—6 мг), чтобы весь объем патологически измененных тканей облучать равномерно. Влагалищные аппликации разрушают опухоль и освобождают наружный зев шейки матки, что позволяет продолжать кюри-терапию одновременным введением препаратов в полость, шейку матки и влагалище. В полость матки радиоактивные препараты вводятся в металлических цилиндрах длиной 6—8 см, изогнутых по форме матки.

В тех случаях, когда срединная ось матки совпадает со срединной осью таза. В свете этого надо помнить, что II и III стадии заболевания матка смещается в ту сторону, где расположен инфильтрат в. параметрия. Поэтому распределение дозы в малом тазу меняется. По данным А. А. Стаикевича, при смещении матки на 2 см влево доза в правой точке А уменьшается до 50%, а в точке В—до 58%. В то же время доза в левой точке А увеличивается на 295%, а в точке В—до 176%. Смещение матки кпереди или кзади приводит к увеличению дозы на задней стенке мочевого пузыря или передней стенке прямой кишки соответственно на 168—450 и 215—240%. Следовательно, при определении дозы точку А необходимо считать подвижной.

Если определять положение точек А на расстоянии 2 см от радиоактивных препаратов, введенных в полость матки (что контролируется рентгенограммами), то в зависимости от смещения матки они занимают различное положение в малом тазу, в то время как положение точек В остается постоянным — на расстоянии 5 см от срединной оси таза.

При отсутствии радиоактивных препаратов внутривлагалищное облучение можно проводить на близкофокусных рентгенотерапевтических аппаратах. Однако этот метод эффективен лишь при экзофитных формах рака шейки матки 1 стадии. При раке цервикального канала и эндофитной форме трансвагинальная рентгенотерапия не показана.

Так как при внутриполостном облучении мощность дозы на ближайших от источника расстояниях резко падает, область точек В облучается в недостаточных дозах. Поэтому с целью воздействия на зону регионарного метастазирования и инфильтратов в параметральной клетчатке применяется дистанционной облучение, которое можно проводить на бетатронах, линейных ускорителях и гамма установках статическим или ротационным методом.

Дистанционное облучение осуществляется в свободные от внутриполостного облучения дни. Распределение энергии излучения в малом тазу зависит от числа и расположения полей облучения по отношению к срединной линии тела. Чаще всего облучение проводится с четырех полей (два подвздошных и два крестцовых) с перпендикулярным направлением пучка излучения к горизонтальной плоскости, Поля облучения должны располагаться на расстоянии 2—3 см от срединной линии тела. При этом пучок излучения проходит в зоны точек В, исключая срединную часть тела и головку бедра. Лечение проводится так, чтобы один день облучалось правое подвздошной и правое крестцовое поля, а на другой день—левое подвздошное и левое крестцовое. Экспозиционная доза на коже каждого поля должна быть рассчитана так, чтобы в точке В очаговая доза составляла 200—250 рад. Еженедельная очаговая доза при сочетании внутриполостного и дистанционного облучения должна быть в пределах 2000—230U рад в точках А и1000—1100 рад в точках В.

При раке шейки матки 1 стадии благоприятное распределение энергии излучения в области опухоли достигается облучением четырех полей размером 5х12 см. Высота поля 12 см (нижняя граница на уровне верхнего края лонных костей) позволяет включать в зону облучения регионарные лимфатические узлы первого порядка. Ширина поля 5 см достаточна для облучения области точек В, исключая срединную часть тела и головку бедер.

При раке 1 стадии очаговая доза в точках В должна составлять 3500—3700 рад, а в точках А— 900—1000 рад. Это достигается при дозе на коже каждого из четырех полей 4000 рад.

При раке шейки матки II и III стадии облучение целесообразно вести полями 6Х16 см. Внутренняя граница поля должна находиться не ближе 2,5—3 см от срединной линии тела. Такая ширина поля позволяет подводить в зону точек А дозу 48%, а точек В—100%. На органы, расположенные по срединной линии тела, приходится 20—30% дозы. . Высота поля 16 см (нижняя граница на уровне верхнего края лонных костей) позволяет включать в облучение всю зону регионарного метастазирования с лимфатическими узлами второго порядка. Поэтому когда имеется подозрение на метастазы в парааортальные лимфатические узлы, поля облучения необходимо располагать под углом друг к другу, так чтобы верхний край поля был на расстоянии 1 см а нижний—3 см от срединной линии. При раке III стадии очаговая доза в точках В должна составлять 4500—5000 рад, a ib точках А—2000—2300 рад. Это достигается при дозе на коже каждого поля облучения 4800—5000 рад.

При сочетанной лучевой терапии рака шейки матки поглощенные дозы в точках А я В от внутриполостного и дистанционного облучения должны суммироваться.

Клинические наблюдения (А. В. Козлова, 1970; К. Н. Костромина, 1964, и др.) показывают, что эти дозы Являются достаточными для разрушения первичной, опухоли, инфильтратов в .параметральной клетчатке и метастазов в лимфатических узлах.

Сочетанная лучевая терапия не должна превышать 8—9 недель. Причинами нарушения ритма облучения могут быть лучевой ректит, цистит, гипертоническая болезнь, пороки сердца, тромбофлебит, общая лучевая реакция, лейкопения (ниже 3000 в 1 мм).

В плане самостоятельного лечения дистанционное облучение проводится в тех случаях, когда из-за распространенности процесса внутриполостное облучение невозможно. У таких больных дистанционное облучение должно обеспечить необходимую дозу как на первичную опухоль, так и на зоны параметральното и лимфогенного метастазирования.

Облучение ведется с 4—5 полей, размеры которых устанавливаются в зависимости от степени распространения процесса (6Х16и8Х16 см). При экспозиционной дозе на коже каждого поля 4000—4500 Р в центре таза создается доза 7000—7500 рад, а в латеральных его отделах— 4500—5000 рад. При распространении опухоли в паравезикальную и параметральную клетчатку целесообразно облучение с четырех полей, расположенных на расстоянии 4—5 см от срединной линии тела с углами наклона пучка излучения 35—40° к горизонтальной плоскости. В этом случае кривые изодоз располагаются в передне-заднем направлении в виде эллипса.

При возникновении инфильтратов в параметральной клетчатке благоприятное распределение доз достигается облучением .под углами наклона пучка 60". При этом [варианте дозные поля вытянуты в боковых направлениях и вся параметральная клетчатка облучается равномерно

Использование фигурных блоков с расщепляющими свинцовыми экранами значительно повысило эффективность дистанционной гамма-терапии. Облучение ведется с двух противолежащих полей размером 15х15-и 17Х18 см, разделенных свинцовыми блоками. Размеры и форма расщепляющего фигурного блока устанавливаются, исходя из дозного поля, создаваемого внутриполостным источником излучения. Толщина свинцового блока должна быть такой, чтобы доза в точке А была в 3—4 раза меньше, чем в тачке В. Для этого достаточно использовать блок высотой 6 см в виде усеченного конуса, имеющего в основании геометрически преобразованную форму 50% изодозы, полученной при внутриполостном облучении.

При лечении рецидивов и метастазов рака шейки матки надо учитывать, что чаще всего рецидивы возникают в параметральной, параректальной и паравезикальной клетчатке таза, а также в культе влагалища. Метастазы рака шейки матки обнаруживаются в области подвздошных лимфатических узлов.

Дистанционная лучевая терапия может применяться только после уточнения локализации опухолевого процесса (лимфография, рентгенография, бимануальное исследование). Так как у больных с рецидивами и метастазами уже имеются лучевые изменения органов и тканей малого таза после первого курса лучевой терапии, облучение должно вестись с учетом максимального щажения окружающих опухоль здоровых тканей. Расположение полей облучения не должно повторять варианты первого курса облучения. Чаще всего используются подвздошно-паховые и боковые поля. Ежедневная очаговая доза составляет 200—250 рад. Учитывая радиорезистентность рецидивов и метастазов при повторном курсе лучевой терапии, очаговая доза доводится до 6000—6500 рад. Успех лучевого лечения зависит как от методики облучения, так и от общего состояния больной, размеров и локализации рецидива, метастазов и состояния окружающих тканей и органов.

**Профилактика**

Рекомендуется следующий алгоритм наблюдения за пациентками:

* физикальное обследование, в том числе гинекологический осмотр, каждые 3 мес в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4-го года, затем – ежегодно;
* цитологическое исследование мазков со слизистой оболочки культи влагалища каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4-го года, затем – ежегодно. В случае подозрения на рецидив рекомендована биопсия с гистологическим исследованием;
* УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства и определение уровня SCC при плоскоклеточном раке каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4-го года, затем – ежегодно;
* рентгенография органов грудной клетки ежегодно;
* КТ/МРТ по показаниям.

**Список литературы**

1. Баласубраманиам С.Д., Балакришнан В., Ун К.Э., Каур Г. Ключевые молекулярные события в развитии рака шейки матки. Медицина (Каунас). 2019 17 июля; 55 (7): 384. doi: 10.3390/medicina55070384. PMID: 31319555; PMCID: PMC6681523.
2. Вилайлак С., Кенгсакул М., Кехо С. Всемирные инициативы по искоренению рака шейки матки. Int J Gynaecol Obstet. 2021 Октябрь; 155 Приложение 1 (Приложение 1): 102-106. doi: 10.1002/ijgo.13879. PMID: 34669201; PMCID: PMC9298014.
3. Рак шейки матки: пересмотренная система стадирования Международной федерации гинекологии и акушерства 2018 г. и роль визуализации. Мохаммед Салех , Маюр Вираркар , Саназ Джавади , Шериф Б Эльшериф , Сильвана де Кастро Фариа , Прия Бхосале
4. Клинические практические рекомендации Лучевая терапия рака шейки матки Radiothérapie des Cancers du col uterin. Чаргари а,К. Пеньо б,А. Эсканде c,С. Ренар д,К. Лафонд ,А. Пети ф,Д. Лам Чам Ки г,К. Дурдукс ч,К. Хайе-Медер
5. Рак шейки матки. \ Е. Е. Вишневская \ Минск “БЕЛАРУСЬ” 1987 г.
6. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2018г.(заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019. 250 с.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего

профессионального образования Красноярский государственный

медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Тема: Рак шейки матки

Автор: клинический ординатор Чуяшенко Алина Александровна

**Оценочный критерий Положительный/Отрицательный**

1. Структурированность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Наличие орфографических ошибок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Актуальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Соответствие текста реферата его теме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Владение терминологией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Полнота и глубина раскрытия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

основных понятий темы

7. Логичность доказательной базы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Умение аргументировать основные положения и

Выводы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Использование известных научных источников

10.Умение сделать общий вывод \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Итоговая оценка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Для комментариев\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: