

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



РЕФЕРАТ

Тема: Рак шейки и тела матки

Выполнил:
Ординатор кафедры
Онкологии и лучевой терапии с курсом ПО
Махмудов А.М
Проверил:
КМН Гаврилюк Д.В

Красноярск 2022

Оглавление

РАК ШЕЙКИ МАТКИ.....	2
Этиология.....	2
Фоновые и предраковые заболевания	3
Классификации РШМ.....	4
Классификация по системе TNM	4
Патологическая анатомия.....	5
Клиника.....	5
Диагностика	6
Лечение	6
Хирургическое лечение.	6
Комбинированное лечение	7
Лучевая терапия.....	7
Прогноз	7
РАК ТЕЛА МАТКИ (РАК ЭНДОМЕТРИЯ).....	7
Этиология и клиника	7
Механизм	8
Классификация РЭ.....	8
Патологическая анатомия.....	9
Диагностика	9
Лечение	9
Хирургическое лечение.	9
Комбинированное лечение	9
Лучевая терапия.....	9
Гормонотерапия.....	10
Прогноз	10
ЛИТЕРАТУРА	10

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Рак шейки матки (РШМ) среди опухолей гениталий занимает наибольший удельный вес (до 78%). Ежегодно в мире выявляется 500000 новых случаев РШМ. В России за год диагностируется около 12000 больных инвазивным РШМ. Несмотря на повсеместно организованную сеть смотровых кабинетов, женских консультаций и цитологических лабораторий, возможность выявлять рак в 0-Ia стадиях, когда излеченность достигает 100%, по причине несвоевременной диагностики очень мала. Не менее 40% больных умирает в ближайшие годы после окончания первичного лечения от прогрессирования заболевания.

Этиология

1. Наиболее поражаемый возраст 45-49 лет, но были описаны случаи РШМ у девочек в детском возрасте

2. РШМ крайне редко возникает у женщин, не живущих половой жизнью
3. Риск заболеваемости возрастает среди женщин, имеющих много половых партнеров
4. Частота заболеваний возрастает с ростом числа беременностей. В.С. Груздев (1923) считал, что возникающие при беременности изменения в слизистой оболочке шейки матки гиперпластического характера являются предшественниками развивающейся в дальнейшем опухоли
5. Искусственные аборты
6. Хронические воспалительные процессы в шейке матки
7. Курение
8. Длительное применение оральных контрацептивов
9. Выявлена связь вируса простого герпеса II типа (HSV-2), цитомегаловируса и человеческой папилломы в развитии рака. Обнаружены вирусы папилломы 16 и 18 в опухолевых компонентах инвазивных форм РШМ/
10. Социально-экономические условия: частота заболеваемости выше в группах с плохим социальным положением

Фоновые и предраковые заболевания

Возникновение РШМ – длительный и многоступенчатый процесс. Все предшествующие патологические состояния можно условно разделить на фоновые и предраковые заболевания.

Классификация:

А. Фоновые процессы

- > Посттравматические
 - 1) Истинные эрозии
 - 2) Разрывы
 - 3) Эктропион
 - 4) Рубцовые изменения
 - 5) Шеечно-влагалищные свищи
- > Воспалительные
 - 1) Цервититы (острые, хронические)
 - 2) Истинные эрозии
- > Дисгормональные
 - 1) Эндоцервититы (псевдоэрозии)
 - 2) Полип
 - 3) Папилломы
 - 4) Лейкоплакия (простая)
 - 5) Эндометриоз

Б. Предраковые состояния

- > Дисплазия
- > Любые фоновые процессы с явлениями атипии
- > Эритроплакии

Фоновые заболевания диагностируются на основании макроскопической картины, уточняются кольпоскопией и цитологическим исследованием.

Лечение фоновых и предраковых заболеваний различно. При фоновых состояниях применяют обычно консервативную терапию, направленную на

снятие воспалительного процесса и улучшение трофики тканей в течение 3-4 недель. При отсутствии эффекта используют коагулирующие методы (диатермокоагуляция, криодеструкция и др.). При дисплазии сразу применяют коагуляцию (деструкцию) или хирургические методы.

Классификации РШМ

Клинико-анатомическая классификация:

Преинвазивный рак

0 стадия – carcinoma in situ, интраэпителиальный рак

Инвазивный рак

I стадия – рак строго ограничен пределами шейки матки

Ia стадия – рак невозможно диагностировать (ранняя стромальная инвазия, скрытый рак)

Ib стадия – все другие случаи стадии I

II стадия – рак выходит за пределы шейки матки

IIa стадия – нет явного вовлечения параметрия

IIb стадия – явное вовлечение параметрия

IIIa стадия – рак не распространяется на стенки таза

IIIb стадия – рак распространяется на стенки таза

IV стадия – выход рака за пределы малого таза

- пузырьный вариант (рак распространяется на стенку мочевого пузыря)

- ректальный вариант (рак переходит на прямую кишку)

- метастатический вариант (метастазы на наружных половых органах)

Классификация по системе TNM

T – первичная опухоль

T_{is} – преинвазивная карцинома, так называемая carcinoma in situ

T₁ – карцинома, ограниченная шейкой матки

T_{1a} – предклиническая инвазивная карцинома (т.е. случаи, которые могут быть диагностированы только гистологически)

T_{1b} – клинически инвазивная карцинома

T₂ – карцинома, распространяющаяся за пределы шейки, но не достигающая стенки таза, или карцинома, вовлекающая вагину, кроме её нижней трети

T_{2a} – карцинома, вовлекающая вагину, но не инфильтрирующая параметрий

T_{2b} – карцинома, инфильтрирующая параметрий с вовлечением вагины или без неё

T₃ – карцинома, распространяющаяся на нижнюю треть вагины, или достигающая стенки таза (нет свободного пространства между опухолью и стенкой таза)

T₄ – карцинома, распространяющаяся за пределы малого таза, распространяющаяся на мочевой пузырь и прямую кишку

N – регионарные лимфатические узлы

N_X – оценить состояние тазовых лимфатических узлов невозможно (в последующем можно добавить данные гистологического исследования удалённых лимфатических узлов N_{X-} или N_{X+})

N₀ – нет изменений регионарных лимфатических узлов при лимфографии

N₁ – изменения регионарных лимфатических узлов при лимфографии

N₂ – прощупывается не смещаемое уплотнение на стенке таза с наличием свободного пространства между ним и первичной опухолью

M – отдалённые метастазы

M₀ – нет признаков отдалённых метастазов

M₁ – имеются отдалённые метастазы, включая поражение лимфатических узлов, расположенных выше бифуркации общих подвздошных артерий

Патологическая анатомия

В 95-97% случаев РШМ исходной тканью является плоский эпителий (эпидермальная или плоскоклеточная карцинома), в остальных – цилиндрический эпителий цервикального канала (аденокарцинома).

На ранних стадиях клиническая картина принимает формы поверхностной эрозии, обнаруживаемо при вагинальном осмотре. В последующих стадиях заболевание принимает следующие формы:

▲ Экзофитный рост: первичная опухоль растёт в просвет вагинального канала в виде бугристых масс, заполняя его верхнюю половину с присоединением вторичной инфекции и некроза

▲ Эндофитный рост: опухоль растёт преимущественно интрамурально, постепенно инфильтрируя шейку матки и цервикальный канал. При этой форме шейка матки гипертрофируется, утолщается, становится плотной и бочкообразной

▲ Язвенный тип: этот тип роста характеризуется образованием кратерообразной язвы с неровными краями и некротическим дном. Шейка матки при этой форме частично, а затем полностью разрушается.

С момента появления карциномы 0 стадии до инвазивной формы РШМ обычно проходит около 10 лет.

Клиника

Симптоматическая триада – бели ("патологические выделения"), кровотечение и боли.

Бели в начальной стадии заболевания жидкие, водянистые, без запаха и цвета, они не раздражают покровов влагалища и наружных половых органов. Появление таких белей связывается с разрушением опухолью поверхностно расположенных лимфатических сосудов шейки.

Кровянистые выделения возникают при любой травме: половые сношения, соприкосновение опухоли шейки с задней стенкой влагалища при натуживании (при поднятии тяжестей, дефекации), при дотрагивании до нее пальце или инструментом при исследовании. Выделения при этом скудные и кратковременные. В дальнейшем могут возникать довольно значительные кровотечения (при распаде опухоли) и нарушения менструального цикла в виде удлинения, учащения или усиления менструаций.

При начальных стадиях РШМ могут появляться боли вследствие сопутствующей инфекции, провоцирующей вспышки воспалительных процессов в придатках и околоматочной клетчатке. При развитых формах РШМ, распространяющихся на параметральную клетчатку, возникают жестокие боли, особенно сильные по ночам.

Иногда РШМ проявляется нарушением функции соседних с маткой органов – мочевого пузыря и прямой кишки. При РШМ, расположенном на передней губе и перешедшем на предпузырную клетчатку, возникают

дизурические расстройства, а при РШМ на зудней губе, явления колита (частый стул, понос или запор).

При значительном распространении рака в результате кровотечений, инфекции и интоксикации постепенно нарастает кахексия.

Диагностика

Наиболее важными диагностическими методами и процедурами являются:

- ❖ "Пам-мазки", позволяющие обнаружить дисплазию и преклинические формы рака (0-Ia стадии), когда шейка не может иметь видимых изменений

- ❖ Гинекологическое обследование, включающее вагинальный осмотр на зеркалах: ректо-вагинальную, бимануальную пальпацию для оценки распространения процесса на органы малого таза

- ❖ Инцизионная биопсия очага поражения шейки, инфильтрации, изъязвления или опухоли с явными клиническими проявлениями на границе опухолевой и нормальной ткани

- ❖ Полное обследование эндоцервикального канала при отсутствии явного роста путём выскабливания или аспирации

- ❖ Кольпоскопическое обследование с применением операционного микроскопа для установления границ патологического процесса

- ❖ Цистоскопия для определения вовлечения в процесс мочевого пузыря

- ❖ Проба Шиллера (2-3 раза подряд прикладываются ватные шарики, смоченные раствором Люголя на 1-2,5 мин – нормальная ткань окрашивается в тёмно-бурый цвет, патологическая – не воспринимает окраску)

- ❖ Методы смыва с поверхности шейки матки

- ❖ Метод препаратов-отпечатков (к подозрительному участку прикладывается сухое обезжиренное предметное стекло)

- ❖ Микроскопия (фазово-контрастная, люминесцентная)

Лечение

Хирургическое лечение.

При раке "на месте" (0 стадия) проводят ампутацию шейки матки или гистерэктомию.

Показания к радикальной хирургической операции лимитированы распространённостью процесса. Типичной операцией при РШМ является расширенная экстирпация матки с придатками или операция по Вертгейму, которая включает удаление и верхней трети влагалища и параметральной клетчатки.

Показания:

1. возраст старше 50 лет
2. преимущественная локализация опухоли в шеечном канале
3. распространённый анапластический вариант опухоли с врастанием в железы
4. сочетание преинвазивного рака с миомой матки или опухолями придатков

Более расширенные операции включают удаление ближайших регионарных узлов.

Комбинированное лечение (лучевое + хирургическое).

Преоперационная лучевая терапия показана при больших экзофитных опухолях (Ib стадия), обоснованных подозрениях на метастазы в регионарных лимфатических узлах.

Основными вариантами лучевой терапии являются:

1. Дистанционное облучение первичного очага и зон регионарных метастазов в статической или неподвижном режиме. Разовые поглощённые дозы – 2 Гр, суммарные – до 30 Гр. Операция – через 12-14 дней после окончания лучевой терапии.

2. Дистанционное облучение тазовых лимфатических узлов через статические поля. Разовая очаговая доза в точках В – 4 Гр, суммарная – 16 Гр. На первичный опухолевый очаг до и после дистанционного облучения проводят внутрисполостное воздействие. Разовая очаговая доза в точках А – 5-7 Гр. Операция – через 3-7 дней после окончания лучевой терапии.

3. Интенсивное концентрированное дистанционное облучение в подвижном режиме. Разовая очаговая доза – 5-6 Гр, суммарная – 20-24 Гр. Операция – через 2-3 дня после окончания лучевой терапии.

Послеоперационная лучевая терапия проводится с помощью источников высоких энергий (γ -терапия, линейные ускорители электронов с энергией тормозного излучения 5-20 МэВ) в статическом или подвижном режиме. Разовая очаговая доза – 2 Гр, суммарная – 40-46 Гр.

При неблагоприятных прогностических признаках послеоперационная дистанционная лучевая терапия дополняется профилактическим облучением стенок влагалища. Разовая очаговая доза на глубине 0,5-1 см – до 5 Гр, суммарная – 30-35 Гр. Внутрисполостное облучение проводится с ритмом два раза в неделю в дни, свободные от дистанционной лучевой терапии.

Лучевая терапия.

Проводят сочетанную лучевую терапию, включающую внутрисполостное и дистанционное облучение.

При внутрисполостной терапии используются ^{137}Cs и ^{60}Co . Суммарная очаговая доза в точках А I стадии – 60-70 Гр, II стадии – 70-75 Гр, III стадии – 80-90 Гр.

Источники дистанционного облучения - линейные ускорители электронов и γ -терапевтические аппараты. Облучение осуществляется в статическом или подвижном режиме. Разовая очаговая доза – 2-3 Гр, суммарная – 40-46 Гр.

Прогноз

Пятилетняя выживаемость при T_0 - T_1 = 100-80%, при T_2 = 60-40%, при T_3 = 30% и при T_4 – менее 10%. Беременность ухудшает прогноз заболевания.

РАК ТЕЛА МАТКИ (РАК ЭНДОМЕТРИЯ)

Рак эндометрия (РЭ) в структуре заболеваемости составляет 17,5%. Частота заболеваемости РЭ составляет в среднем 14-16 случаев на 100000 женщин. Ежегодный прирост заболеваемости составляет 8-10%. Летальность составляет в мире 4,1 на 100000 женского населения. В России этот показатель выше – 5,9 на 100000 женского населения.

Этиология и клиника

I (гормонозависимый) патогенетический вариант РЭ встречается у 60-70% пациентов. В патогенезе заболевания особую роль играют эстрогены,

которые в норме вызывают пролиферативные изменения эндометрия, а при недостаточном влиянии прогестерона приводят к развитию гиперпластических процессов.

Симптомами этого варианта являются нарушение менструальной и детородной функций, проявляющиеся ановуляторными маточными кровотечениями, бесплодием, поздним наступлением менопаузы. Наблюдаемые морфологические изменения характеризуются гиперплазией яичников, синдромом Штейна-Левенталя, гиперпластическими процессами в эндометрии с очагами атипической пролиферации, полипами.

Механизм

Атрезия фолликулов → регресс фолликулов → снижение уровня эстрогена (неполное) → повышение секреции гонадотропинов → рост новых фолликулов → повышение уровня эстрогенов (длительная секреция на высоком уровне).

По мере нарастания гиперпластических процессов увеличивается количество и масса апудоцитов, которые синтезируют биогенные амины и пептидные гормоны, что приводит к развитию паранеопластического эндокринно-обменного синдрома.

II (автономный) патогенетический вариант РЭ отмечен у 30-40% больных. Эндокринно-обменные нарушения отсутствуют или выражены слабо. Характерно сочетание фиброза стромы яичников и атрофии эндометрия, на фоне которых возникают полипы, очаги атипической пролиферации и рака.

Классификация РЭ

Классификация РЭ по системе TNM и стадиям (FIGO)

TNM	FIGO	Описательные признаки
T _x		Первичная опухоль не определяется
T ₀		Первичная опухоль не доказана
T _{is}	0	Carcinoma in situ
T ₁	I	Опухоль ограничена телом матки
T _{1a}	Ia	Опухоль ограничена эндометрием
T _{1b}	Ib	Инвазия менее 1/2 миометрия
T _{1c}	Ic	Инвазия более 1/2 миометрия
T ₂	II	Опухоль распространяется на шейку, но не выходит за пределы матки
	IIa	Вовлечение в процесс только желёз эндоцервикса
	IIb	Инвазия стромы шейки
T ₃ и/или N ₁	III	Местное и/или регионарное распространение соответствующего FIGO IIIa,b,c
T _{3a}	IIIa	Опухоль прорастает серозную оболочку и/или придатки и/или положительные перитонеальные цитогаммы
T _{3b}	IIIb	Прорастание стенок влагалища
N ₁	Ic	Метастатическое поражение тазовых лимфоузлов или парааортальных
T ₄	IVa	Опухоль прорастает слизистую мочевого пузыря и/или кишки
M ₁	IVb	Отдалённые метастазы

Патологическая анатомия

При микроскопии обнаруживается гиперплазия желез и стромы с кистозными полостями. На ранних стадиях рост карциномы идёт преимущественно в сторону полости матки. Но по мере развития заболевания вовлекается в процесс и миометрий, позднее – серозная оболочка, затем соседние органы малого таза, цервикальный канал и верхняя половина влагалища.

Гистологически РЭ является обычно хорошо дифференцированной аденокарциномой. В некоторых случаях может быть плоскоклеточная метаплазия. Этот тип рака известен как аденокантома. Саркома матки встречается очень редко.

Диагностика

- ❖ Гинекологическое обследование
- ❖ Фракционный кюретаж (раздельное получение материала со всех частей полости матки)
- ❖ Цитологическое исследование
- ❖ Гистерография
- ❖ Вагинальная ультрасонография

Лечение

Хирургическое лечение.

Абдоминальная гистерэктомия с билатеральной сальпингоовариозэктомией является методом выбора при T_{is} и T₁. Расширенную гистерэктомию по Вертгейму рекомендуется для T₂.

Комбинированное лечение (лучевое + хирургическое).

Преоперационная лучевая терапия проводится:

1. Внутриполостным методом, источниками излучения шаровидной формы (бусы). Суммарный гамма-эквивалент вводимых источников ⁶⁰Co 50-80 ммоль радия, общее число сеансов – 1-2, длительность 45-48 часов. Суммарная поглощённая доза слизистой оболочки – 40-50 Гр, в области парацервикального треугольника и мышечной стенке – 60 Гр.
2. Дистанционное облучение с 2 противоположных полей (размеры поля от 15×15 до 18×18). Суммарные очаговые дозы – 30-40 Гр, разовая доза – 2-3 Гр. Операция – через 2-3 нед. после окончания лучевой терапии.

Послеоперационная лучевая терапия:

1. Внутриполостное облучение специальными аппликаторами – кольпостаты цилиндрической формы. Источник облучения - ⁶⁰Co или ¹³⁷Cs. Суммарный эквивалент – 25-75 ммоль радия. Контактные дозы на поверхности слизистой – 50-60 Гр, на глубине 0,5 см – 20-30 Гр, разовая доза на глубине 0,5 см – 5 Гр.
2. Дистанционная лучевая терапия с помощью γ-терапевтических аппаратов в статическом режиме. Суммарные поглощённые дозы – 40 Гр, разовые дозы 2-2,5 Гр.

Лучевая терапия.

Проводят сочетанную лучевую терапию, включающую внутриполостное и дистанционное облучение.

При внутриполостной терапии используются источники шаровидной формы. Суммарный гамма-эквивалент вводимых источников ⁶⁰Co 40-60 ммоль радия. Облучение проводится 1 раз в неделю, продолжительностью

45-48 часов. Суммарная поглощённая доза слизистой оболочки – 500-600 Гр, на глубине 1 см – 70-90 Гр, в латеральных отделах малого таза – 25-30 Гр, в области прямой кишки и мочевого пузыря – 30-50 Гр.

Дистанционное облучение проводят в статическом режиме с 4 противолежащих фигурных полей (6-7×15-18 см). Разовая доза 2-3 Гр, суммарная очаговая доза при сочетанной лучевой терапии на глубине 1 см – 80-90 Гр, в области параметральной клетчатки и лимфатических узлов – 50-60 Гр.

Гормонотерапия.

Наиболее чувствительны к прогестагенам больные I патогенетического варианта. Прогестогены и антиэстрогены применяют для паллиативного лечения распространённых заболеваний или в качестве компонента комбинированной терапии.

Прогноз

Пятилетняя выживаемость при I стадии – 57-86%, при II стадии – 53-77%, при III стадии – 37-45% и при IV стадии – 25%.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.Г. Черенков. "Клиническая онкология". М.: "ВУНМЦ МЗ РФ", 1999
2. Н.Н. Блохин, Б.Е. Петерсон. "Клиническая онкология". Т.2. М.: "Медицина", 1979
3. Г.Е. Труфанов, М.А. Асатурян, Г.М. Жаринов. "Лучевая терапия". Т. 2. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2007
4. Г.А. Зедгенидзе. "Клиническая рентгенорадиология". Т. 5. М.: "Медицина", 1985
5. Л.Д. Линденбратен, Ф.М. Лясс. "Медицинская радиология". М.: "Медицина", 1986