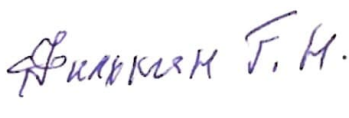


ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав. каф: дмн, профессор Зуков Р.А.

Реферат на тему «Рак шейки матки»

Выполнил: врач-ординатор 2-го года обучения
кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Корепанов Никита Игоревич

Введение

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 строуму, 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.

Ниже будет схематично рассмотрена диагностика и лечение заболевания раком шейки матки.

Этиология и Патогенез

В возникновении рака шейки матки большое значение придается так называемым 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 строуме 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 цервикального канала. В связи с этим встречаются две гистологические формы - плоскоклеточный рак (*carcinoma planocellulare*) и железистый рак (*adenocarcinoma*).

Классификация

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 клинико-анатомическая классификация рака шейки матки по стадиям:

I стадия: опухоль ограничена шейкой матки;

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 мочевого пузыря, 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 «О»—так называемую 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 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

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 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 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 Сиредя) 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 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 эктропionsа слизистой, изъязвлений, рубцов, если не показана диатермокоагуляция, можно применить оперативное лечение. Из множества пластических операций наиболее часто производится операция Штурмдорфа.

Из лучевых методов назначается внутриместная терапия. Аппликатор с источником

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. Рак шейки матки. \ Е. Е. Вишневская \ Минск "БЕЛАРУСЬ" 1987 г.
2. Сайт РосОнкоВеб.
3. "Основы онкогинекологии. Практическое руководство для врачей". Бондарев Н.Э. 2019г.
3. Клиническая рентгено-радиология т. 5 \ руководство \ Г. А. Зедгенидзе \ Москва "МЕДИЦИНА" 1985 г.
4. Руководство по медицине т 1, 2 \ руководство \ Мерк. Шарп и Доум \ Москва "МИР" 1997г.
5. Фельдшер и акушерка \ журнал \ Москва "МЕДИЦИНА" №8 1985 г.