

**С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



**НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

Кафедра: Акушерия және гинекология

ЖАТЫР МОЙНЫ МЕН ДЕНЕСІНІҢ ҚАТЕРЛІ ІСІГІ

В структуре онкологических заболеваний женщин Рак женских половых органов занимает 4-ое место. А вместе с раком молочной железы - занимает 1-ое место по смертности женщин трудоспособного возраста.

Наиболее распространенными являются:

Рак тела матки - занимает первое место, являясь гормонозависимой опухолью.
24.2/100 000

Рак шейки матки - относится к визуальным формам.
18.3/100 000

—

РАК ШЕЙКИ МАТКИ



1

**Частота, заболеваемость,
факторы риска, этиология**

**Морфологические виды
опухоли**

**Размер опухоли,
вовлечение
параметрия, тканей
стенки малого таза**

4

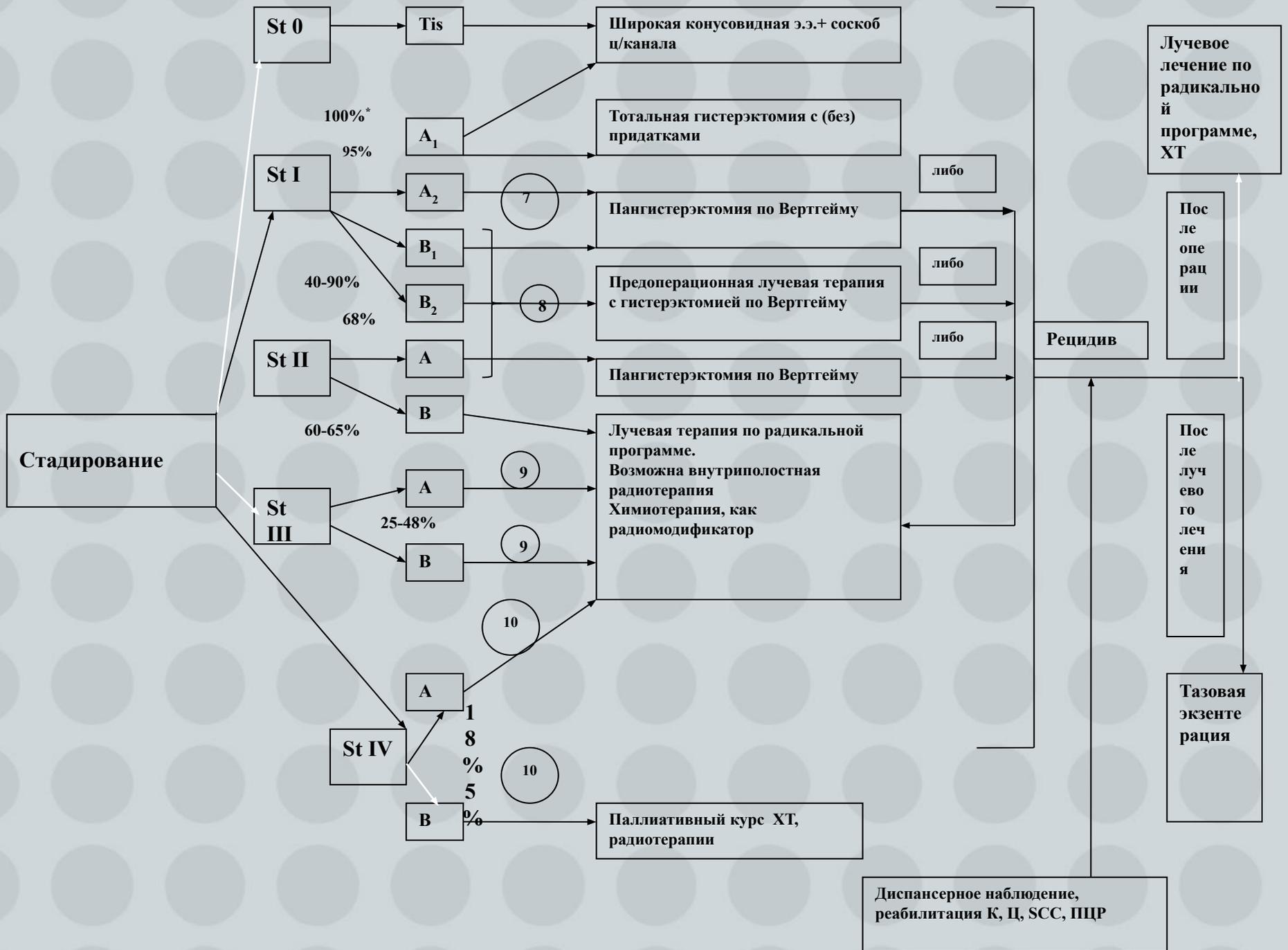
РШМ

Биопсия

2

**При патологии выявленной
только цитологически и
кольпоскопически необходимо:**
а) прицельная биопсия
б) кюретаж ц/канала
в) конусовидная биопсия

Распространение:
УЗИ м/таз, органы бр. пол.
Rg-легких
Цистоскопия, в/в пиелография
RRS
КТ



Фоновые процессы:

- а) псевдоэрозий разных стадий;*
- б) лейкоплакия (без атипий, проста);*
- в) полип шейки матки.*

Предраковый процесс:

- а) дисплазия эпителия легкого стадий;*
- б) дисплазия эпит. среднего стадий;*
- в) дисплазия эпит. тяжелого стадий;*

Внутриэпителиальный рак.

Микроинвазивный рак.

Инвазивный рак

- а) плоскоэпителиальный роговичный;*
- б) плоскоэпителиальный нероговичный;*
- в) аденокарцинома;*
- д) диморфный – залотисто плоскоэпителиальный*

Выживаемость больных РШМ

зависит от:

стадий заболевания,

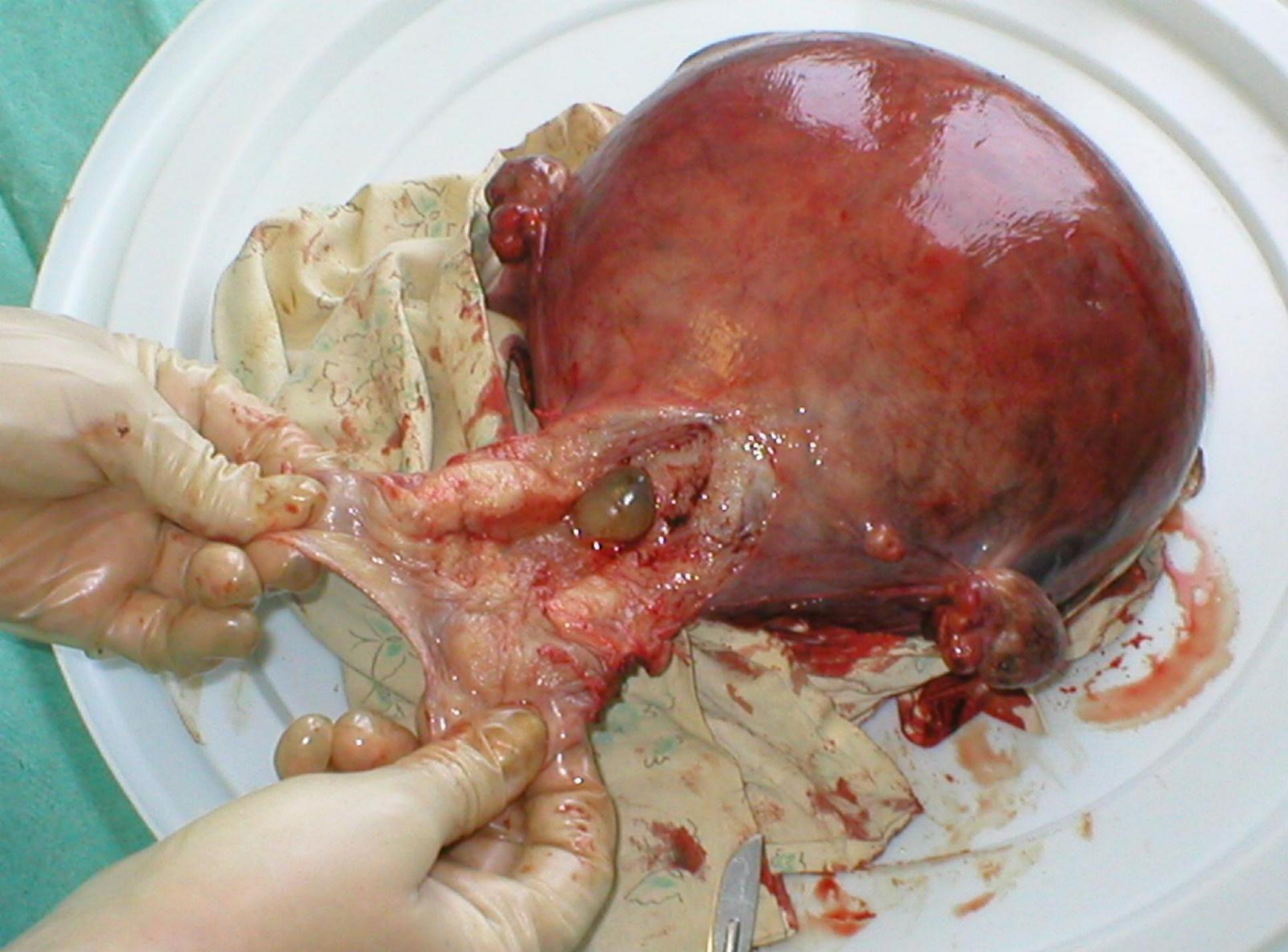
способов лечения.

В странах Европы –

выживаемость:

наименьшая - в Польше (51%),

наибольшая - в Исландии (84,7%).





Первичная профилактика РШМ:

- 1. Предупреждение ЗППП.**
- 2. Воздержание от раннего начала половой жизни.**
- 3. Отказ от курения.**
- 4. Использование барьерных методов контрацепции.**

Вторичная профилактика РШМ:

- 1. Ранняя диагностика.**
- 2. Своевременное адекватное лечение больных с ДШМ и преинвазивным раком.**

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА:

- 1. Выявление этиологического фактора.***
- 2. Клиника***
- 3. Кольпоскопия.***
- 4. Цитология.***
- 5. Гистология.***



ВПЧ

230

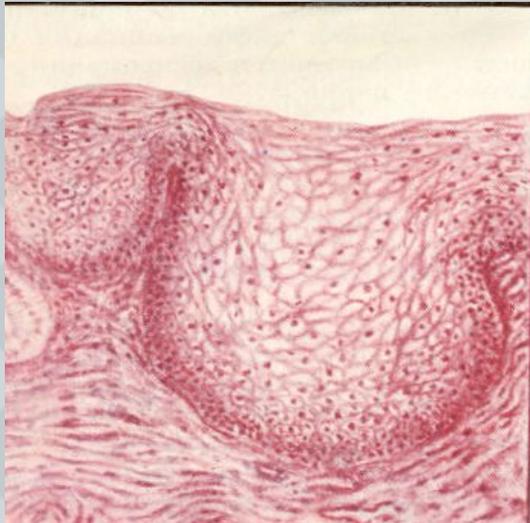
ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Степень онкогенности	Типы вируса
Высокая	16, 18, 33, 45, 56, 58
Средняя	31, 35, 51, 52
Низкая	6, 11, 42, 43, 44

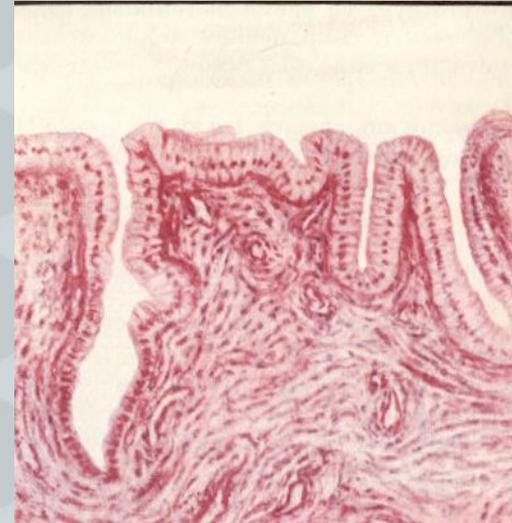
ТРОПНОСТЬ:

16 тип – плоскоклеточный рак

18 тип – железистый рак



45%



ФОРМЫ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВПЧ

КЛИНИЧЕСКИЕ

СУБКЛИНИЧЕСКИЕ

СКРЫТЫЕ

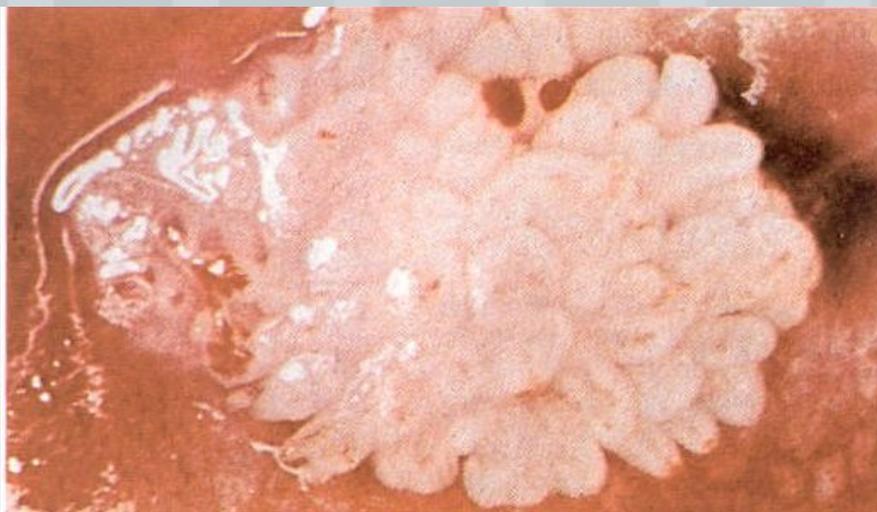
(КОЛЬПОСКОПИЯ)

Папилломы

Бородавки

Пальцеобразные
эпителиальные
выросты с
капиллярной
сетью

- ПЦР-диагностика



***МАРКЕР ДНК ВПЧ МОЖЕТ
ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ КАК ДЛЯ
РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ
ПАТОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОЦЕССА ТАК И ДЛЯ ЕГО
МОНИТОРИНГА***

ИНФИЦИРОВАНИЕ ВПЧ

ИСПАНИИ – 5%.

АРГЕНТИНЕ И ГОНДУРАСЕ - 40%

США – 26%;

КАНАДА – 22%;

ШВЕЦИЯ – 12,8%;

ДАНИЯ – 15,4%;

ЯПОНИЯ – 10,7%



КЛИНИКА:

***НАЧАЛЬНЫЕ ФОРМЫ
РАКА В 98% НЕ ИМЕЮТ
ПАТОГНОМОНИЧНЫХ
СИМПТОМОВ***

***КЛИНИКА:
ПРИ ВИЗУАЛЬНОМ ОСМОТРЕ
БОЛЕЕ ЧЕМ У 80% БОЛЬНЫХ
РШМ IА СТАДИИ
ОТМЕЧАЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ
ПОДОБНЫЕ ФОНОВЫМ***

Кольпоскопический метод

позволяет:

Обнаружить очаг;

его границы;

наличие атипичных

элементов;

прицельно взять материал

для исследования.

КОЛЬПОСКОПИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ.

- А. ЭКТОПИЯ ЦИЛИНДРИЧЕСКОГО ЭПИТЕЛИЯ.
- Б. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ЗОНА ТРАНСФОРМАЦИИ.
- В. ЭКЗО И ЭНДОЦЕРВИЦИТ.
- Г. С/Э ЭНДОМЕТРИОЗ.
- Д. АТРОФИЯ СЛИЗИСТОЙ.
- Е. ИСТИННАЯ ЭРОЗИЯ.
- Ж. ЖЕЛЕЗИСТЫЙ ПОЛИП.



ПРЕДРАКОВЫЕ СОСТОЯНИЯ

(ДИСПЛАЗИИ).

А. ЛЕЙКОПЛАКИЯ.

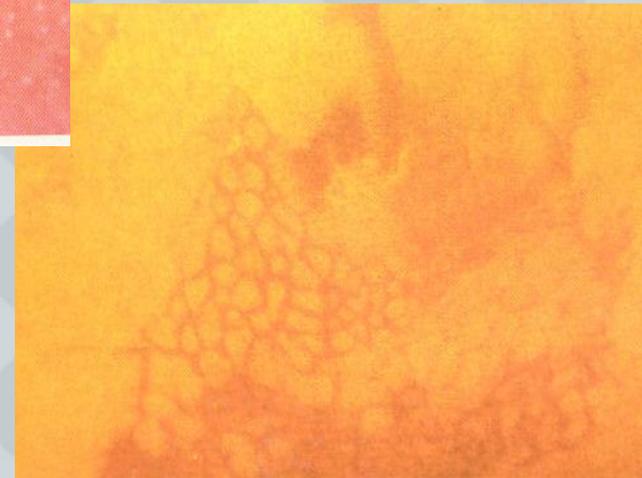
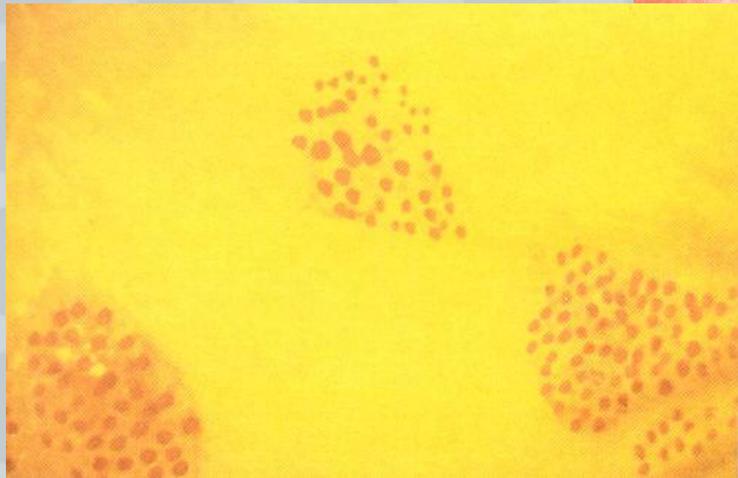
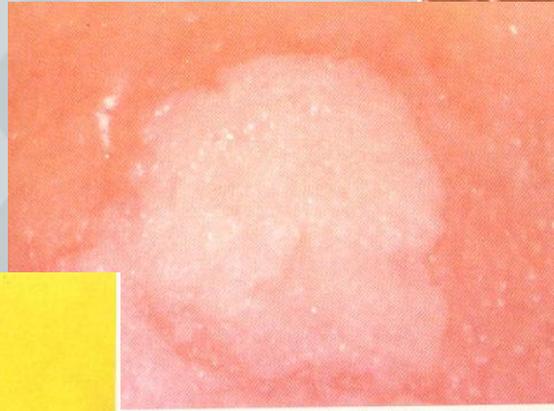
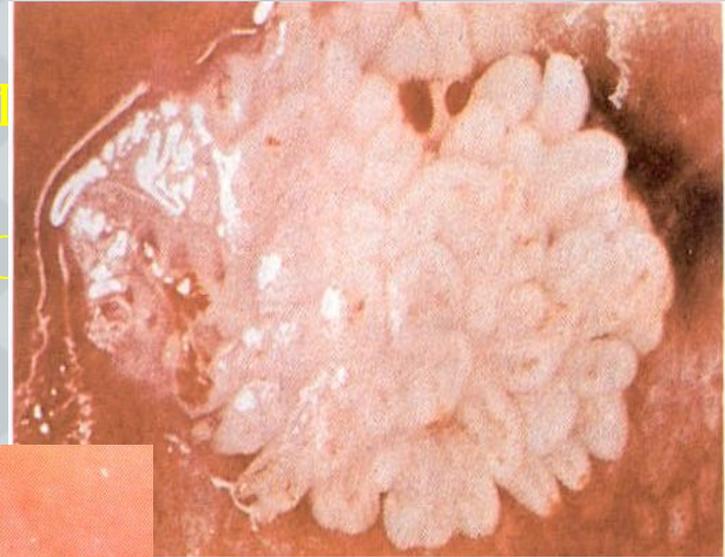
Б. ПАПИЛЛЯРНАЯ ЗОНА ДИСПЛАЗИИ

В. ПОЛЯ ДИСПЛАЗИИ.

Г. ПРЕДОПУХОЛЕВАЯ ЗОНА ТРАНСФОРМАЦИИ

Д. КОНДИЛОМЫ.

Е. ПОЛИП С ДИСПЛАЗИЕЙ.



ДОКЛИНИЧЕСКИЙ РАК (ВНУТРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ)

А. ПРОЛИФЕРИРУЮЩАЯ ЛЕЙКОПЛАКИЯ.

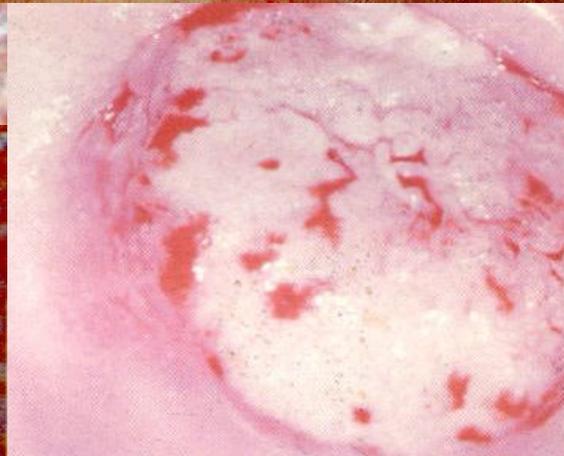
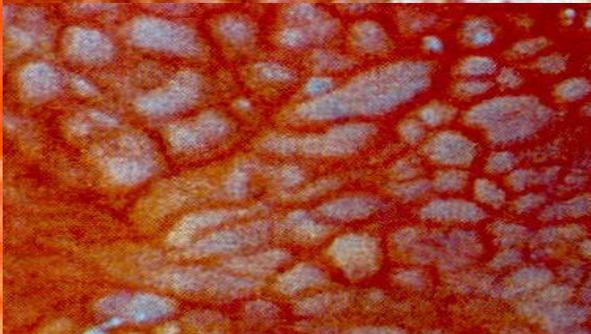
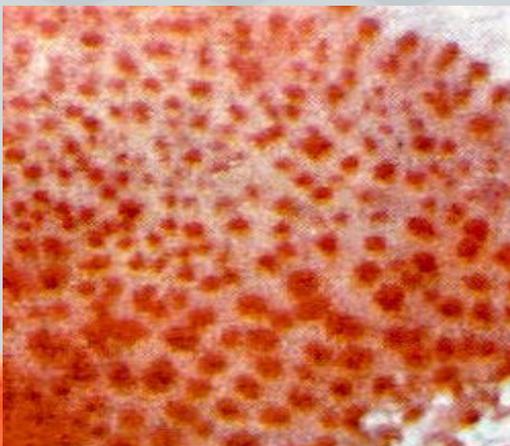
Б. ПАПИЛЛЯРНАЯ ЗОНА АТИПИЧНОГО ЭПИТЕЛИЯ.

В. ПОЛЯ АТИПИЧНОГО ЭПИТЕЛИЯ.

Г. ЗОНА ТРАНСФОРМАЦИИ А/ЭПИТЕЛИЯ

Д. ЗОНА А/СЕКУЛЯРИЗАЦИИ.

Е. ПОЛИП С А/ЭПИТЕЛИЕМ.



ЦИТОЛОГИЯ

КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ ПО ПАШОНИКОЛАУ
НА 5 ТИПОВ.

I – БЕЗ ПАТОЛОГИИ.

II – ВОСПАЛЕНИЕ.

III – ДИСПЛАЗИЯ:

А) ЛЕГКАЯ;

Б) СРЕДНЯЯ;

В) ТЯЖЕЛАЯ.

IV – ПОДОЗРЕНИЕ НА РАК.

V – РАК.

} CiN I-II

} CiN III

(1975 г. II Медич. Конгресс)

**ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК –
ОСМОТР БЕЗ ЦИТОЛОГИИ!**

Правила взятия материала.

1. Прицельно.
2. Из 3-х точек.
3. Спец. щеточкой



***ТАКИМ ОБРАЗОМ, ТОЛЬКО
КОМПЛЕКС ДИАГНОСТИЧЕСКИХ
МЕТОДОВ (ДНК-ВПЧ, КЛИНИКА,
КОЛЬПОСКОПИЧЕСКОЕ,
ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ,
ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
СПОСОБСТВУЕТ РАННЕЙ
ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКА И РШМ***

ВРЕМЯ

ЛД – 5 ЛЕТ

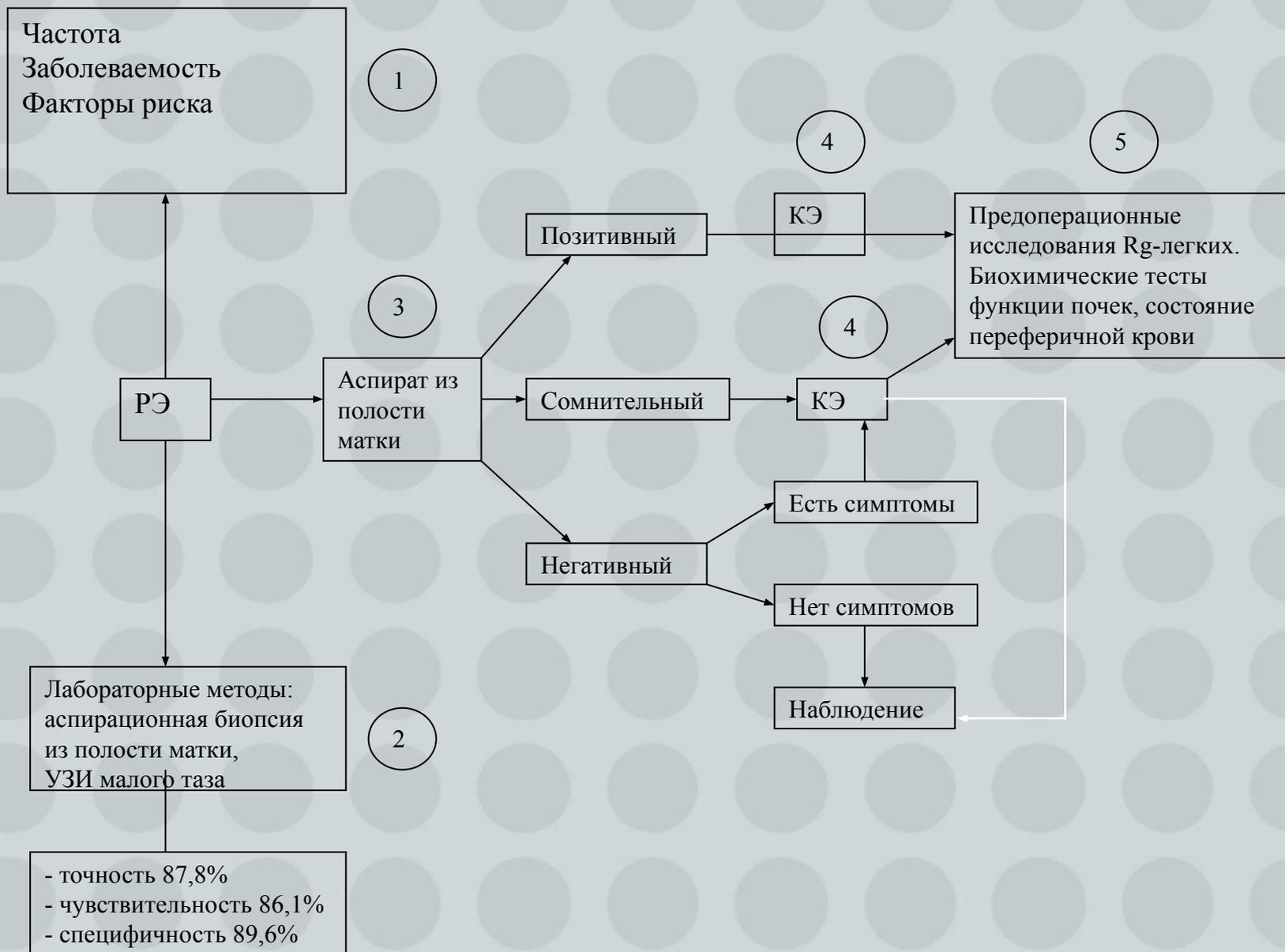
УД – 3 ГОДА

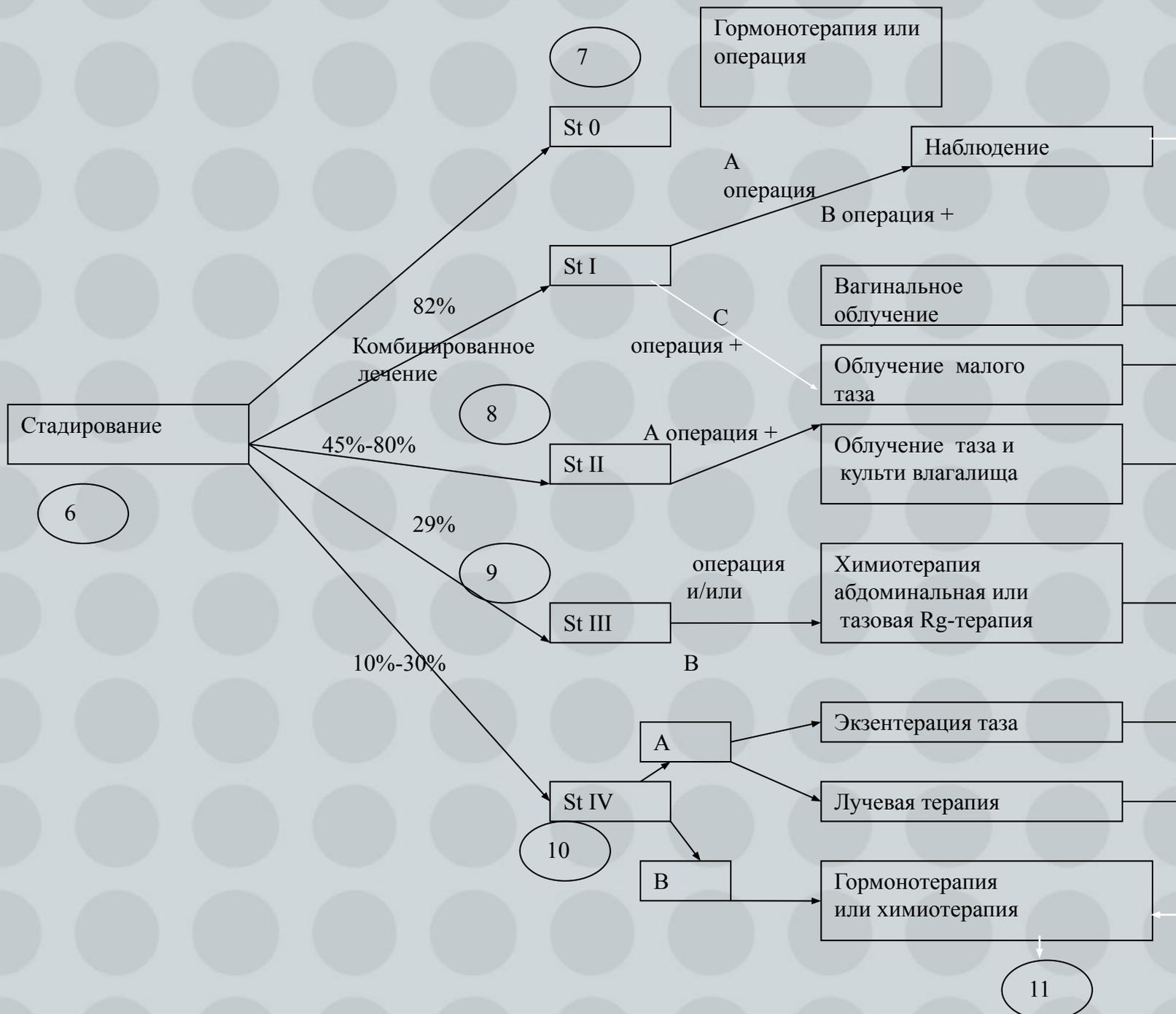
ТД – 1 ГОД

*Ca in
situ*

РАК ЭНДОМЕТРИЯ







Эпидемиология

**общее увеличение
продолжительность жизни
женского населения
широкое, неадекватное
применение ЗГТ в
постменопаузальном периоде.**

Доброкачественные изменения

а) полип эндометрия

б) гиперплазия эндометрия

Атипичическая гиперплазия эндометрия (аденоматоз)

Злокачественные новообразования ●

- аденокарцинома

- светлоклеточный рак

- плоскоклеточный рак

- смешанный рак

- недифференцированный рак

По Я.В. Бохману – II патогенетических
варианта РТМ

гормонозависимый

наблюдается в 70%

случаях

Автономный

(гормоннезависимый)

Клиника

**Наличие кровянистых
выделений**

**(водянистых, «мясных
помоев») в менопаузе.**

Диагностика

Ректальное исследование

Цитологическое исследование

Гистологическое исследование

**Гистерография, гистероскопия,
ультрасонография**

Дифференциальная диагностика

- с раком шейки матки**
- хорионэпителиомой матки**
- фибромиомой матки**
- гиперплазией эндометрия**
- полипозом**
- саркомой матки.**

Лечение

Основной метод хирургический

- I. Простая экстирпация матки с придатками (опухоль у дна, пожилой возраст, ожирение, ССЗ, диабет, варикоз н/к).**
- II. Расширенная пангистерэктомия (распространение опухоли на всю полость матки, низкодифференциальная опухоль).**

Лучевой метод

I. Послеоперационное облучение

II. Сочетано лучевое лечение

(при противопоказаниях к операции)

Гормонотерапия

- Синтетические прогестины – 17 ОПК – 12,5% - 6 мес.

Депостат.

Химиотерапия

В послеоперационном периоде, при наличии Mts в яичники, при рецидивах.

Прогноз
Зависит от:

Стадии

Гистологической структуры

Степени дифференцировки

Факторы риска

Больные сахарным диабетом;

Больные с ожирением;

Больные с липодемией;

Больные с фибромиомой матки в пре- и постменопаузальном периоде;

Больные с артериальной гипертонией;

Женщины с отягощенным анамнезом;

Роды крупным плодом;

Женщины с поздней менопаузой;

Женщины с дисфункцией яичников и нарушением менструальной функции;

Бесплодие;

Синдром склерокистозных яичников;

В прошлом рак органов репродуктивной системы.

