ЛЕКЦИЯ №2. ГИНЕКОЛОГИЯ.

ТЕМА: ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ. РАК ШЕЙКИ МАТКИ.

Шейка покрыта многослойным плоским эпителием который происходит из урогенитального синуса, из которого также образуются наружные половые органы - вульва и влагалище. Поэтому в патогенезе заболеваний этих областей имеется некая общность в отличие от онкологических заболеваний яичника, матки где большое значение имеет гормональный дисбаланс в организме. В патогенезе играют факторы:

1. форма поведения женщины (в группу риска входят женщины которые рано начала половую жизнь - до 16 лет, так как до 16 лет многослойный эпителий истончен, легко ранимый, и ранняя травматизация может привести к развитию онкологического процесса).
2. Ранняя первая беременность и ранние первые роды (до 16 лет) - это тоже травматизация эпителия шейки матки.
3. Частая смена сексуальных партнеров (говорят о канцерогенном действии спермы на эпителий шейки матки - в сперме есть два белка - гестон и протамин , которым приписывается канцерогенное действие).
4. Воспалительные и венерические заболевания (эндоцервициты, кольпиты).
5. Травматизация во время абортов, родов, выскабливаний.
6. Курение (существует прямая зависимость).
7. Основная причина - вирусы - вирус герпеса второго серотипа ( первого типа не имеет значения); вирус папилломы человека - занимает первое место (10,16,18 генотипы) - заражение происходит только половым путем - вызывает развитие кондилом, бородавок на поверхности шейки матки, которые едва заметны ( при осмотре не обнаруживаются), хорошо видны при эндоскопическом исследовании - кольпоскопии); при серологическом исследовании можно обнаружить специфические клетки , характерные для поражения только вирусом папилломы человека - измененные клетки многослойного эпителия - клетки приобретают воздушную форму (пойлоциты, воздушные клетки) - около ядра образуется кайма воздуха. При электронной микроскопии обнаруживают специальные включения в ядре, что патогномонично. Иммунохимический метод также выявляет эти вирусы - иммунопероксидазные метод - в цитоплазме и ядре обнаруживают специальные включения, которые появляются только при поражении многослойного плоского эпителия. С помощь моноклональных антител и молекулярно-биологическим способом можно обнаружить вирусы. Определение титра антител в крови не актуально. Вирусная теория актуальна потому что у 80-90% больных обнаруживают поражение вирусной инфекцией. Цитомегаловирус в сочетании с вирусом герпеса второго типа.

Рак шейки матки это не только медицинская проблема, но и социальная. Так как существует группа женщин у которых риск развития рака шейки матки достигает 90%.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ.

1. Фоновые процессы шейки матки: эрозии, псевдоэрозии, лейкоплакия, полипы, кондиломы.
2. Предраковый процесс - дисплазия.
3. Преинвазивный рак - carcinoma in situ.
4. Микроинвазивный рак.
5. Инвазивный рак.

Фоновый процесс не обязательно предшествует раку шейки.

ФОНОВЫЕ ПРОЦЕССЫ.

Происходят процессы гиперплазии клеток эпителия, что приводит к образованию новых железистых структур, а дальнейшем пролиферация и опухолевый процесс.

Истинная эрозия - это травма эпителия (отсутствие эпителия на каком-то участке), и она как любая ткань всегда склонная к регенерации, и существует в течение нескольких дней. В дальнейшем эрозия регенерирует, либо покрывается многослойным плоским эпителием, либо покрывается цилиндрическим эпителием , который свойственен для цервикального канала. Если эрозия находящаяся не эктоцервиксе будет покрыта цилиндрическим эпителием то образуется псевдоэрозия - это участок слизистой оболочки шейки матки, который покрыт неправильным эпителием, не тем который должен быть в этом месте. Создаются условия для процессов пролиферации.

Лейкоплакия. Выглядит в виде белого пятна на шейке матки, участок избыточного ороговения.

Эрозированный эктропион. В результате родов, абортов могут быть боковые разрыв шейки матки, и тогда происходит выворот канала шейки, который является дистопированной тканью, то есть тканью помещенной в несвойственную ей среду, а следовательно будет происходить пролиферация.

Кондиломы, бородавки. Природа их вирусы.

Полипы, как правило цервикального канал, бывают различных размеров, как правило на ножке. Основа их соединительнотканная, а покрыты они как правило железистым эпителием. Могут быть железисто-фиброзные полипы.

Диагностика: осмотр в зеркалах, эндоскопия (кольпоскопия), цитологическое исследование.

ПРЕДРАКОВЫЙ ПРОЦЕСС - дисплазия. Дисплазия бывает легкая , умеренная, тяжелая. Предлагают термин - цервикальная интраэпителиальная неоплазия. Дисплазия - это атипия покровного эпителия шейки матки, с нарушением его слоистости, но в процесс не вовлекает поверхностный эпителий и строма. Снаружи как правило патологии не найти, только если есть сочетание с фоновыми процессами.

При легкой дисплазии происходит умеренная пролиферация нижних слоев эпителия базальных и парабазальных.

Умеренная дисплазия поражаются все слои, но в большей степени, можно найти измененные клетки, имеется атипизм клеток нижних клеток - гиперхроматоз ядра, в них изменяется ядерно-цитоплазматическое отношение. Это определяется только при цитологическом и гистологическом исследовании. Таким образом дисплазия шейки матки устанавливается на основании гистологического и цитологического исследования. Если дисплазия сочетается с кольпитом ,то и причиной дисплазии может быть воспаление, вылечив кольпит может уйти и дисплазия.

ПРЕИНВАЗИВНЫЙ РАК.

Внутриэпителиальный рак. Иногда очень трудно провести грань между тяжелой дисплазией и преинвазивным раком потому что при последнем имеет место нарушением слоистости, нарушение строения клеток - изменение ядерно-цитоплазматического соотношения. Преинвазивный рак отличает тем что он не врастает в строму и не внедряется в мышечный слой. Соответственно нет метастазов. Может не быть клинических проявлений, но если есть то это контактные кровянистые выделения. Эти кровотечения возникают после физической нагрузки, половых сношений, осмотра. В области наружного зева встречаются два различных эпителия - цервикальный и многослойный плоский, в этом месте чаще всего развивается преинвазивный рак. Поэтому когда берут цитологические стараются достичь эту область.

МИКРОИНВАЗИВНЫЙ РАК.

Соответствует 1а стадии заболевания. Существует инвазия, существует инфильтративный рост, поражена базальная мембрана, но инвазия ограничена тремя милиметрами. Выделили эту форму потому что если поражается 3 мм мышечного слоя, то это более или менее компенсированный процесс, с менее агрессивным течением, с меньшим процентом развития метастазов. Диагноз устанавливается только после гистологического заключения, цитологическое исследование не является решающим. Так есть инвазия, то в клиническом картине могут появляться кроме спонтанных кровотечений, могут быть боли, бели. Бели связаны с повреждением лимфатических сосудов, по которым идет раннее метастазирование. Водянистые бели - это лимфорея.

ИНВАЗИВНЫЙ РАК.

Существует инвазия в строму более 3 мм. Клиника: боль, бели, кровотечение. Если идет выраженный инфильтративный рост, то могут быть нарушения со стороны соседних органов - нарушение мочеиспускания, боли, нарушение дефекации, могут быть явления гидронефроза.

Рак шейки матки может быть эндофитного, экзофитного и смешанного типа роста. При экзофитной форме, уже при осмотре в зеркалах можно увидеть прорастание шейки матки, в виде цветной капусты - бесформенные образования, ярко-красного цвета, при дотрагивании легко кровоточат. Встречается в 50-55%. Эндофитная форма в виде язвы, кратера, с гнойными краями, на дне могут быть некротические массы, встречается в 35%. Смешанная форма.

При экзофитной форме метастазы встречаются в меньшем проценте случаев (13%), а при эндофитной чаще (35%). По гистологическому строению различают :

Смешанная форма - более агрессивное течение.

1. Плоскоклеточный ороговевающий рак.
2. Плоскоклеточный неороговевающий рак.
3. Аденокарцинома.
4. Железисто-плоскоклеточный рак.
5. Недиференцированная опухоль.

 Наиболее тяжелые аденокарциномы и недиференцированные опухоли.

ДИАГНОСТИКА.

Для того чтобы правильно поставить диагноз, выделяют 2 этапа обследования:

на первом этапе идет выявление - скрининг. На втором этапе -углубленная диагностика.

1. Для первичного скрининга используется цитологическое исследование. Мазки берут из цервикального канала , из эндоцервикса, с поверхности шейки - эктоцервикса.
2. Бимануальное исследование поможет стадийность процесса, имеет ли место переход на параметральную клетчатку.
3. Кольпоскопия - осмотр шейки матки. Простая кольпоскопия - 15 кратное увеличение, осмотр шейки матки. Расширенная кольпоскопия , - для лучшей идентификации обрабатывают уксусом, метиленовой синей. Микрокольпоскопия.
4. Проба Шиллера. Для выявления очага распространения . обрабатывают слизистую шейки матки, а клетки поверхностного эпителия содержат гликоген, который реагирует с йодом и дает коричневую окраску. Нормальная слизистая при обработке будет окрашена в коричневый цвет. При нарушении целостности то клетки не прокрашиваются в коричневый цвет.
5. Для уточнения стадийности используют прицельную биопсию, которая дает материал для гистологического исследования. Раньше использовали лимфографию - определения наличия метастазов в лимфатические узлы.
6. Выскабливание цервикального канала и матки.
7. УЗИ с вагинальным датчиком.
8. КТ и ЯМРТ.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ (1985).

Выделение стадии процесса необходимо для выбора тактики лечения.

0 стадия - преинвазивный рак.

1А стадия - микроинвазивный рак. Инвазия до 3 мм. Диаметр опухоли не более 1 см.

1Б стадия - опухоль ограничена только шейкой матки, но инвазия ограничена шейкой матки.

2А стадия - рак инфильтрирует верхнюю треть влагалища, или на тело матки.

2Б стадия - процесс переходит на параметральную клетчатку, не доходит до стенок матки.

3А стадия - распространение на нижнюю треть влагалища, на тело и придатки.

3Б стадия - с параметрия процесс доходит до стенок таза. Появляются в регионарные лимфатические узлы. То если есть метастазы в лимфатические узлы то это 3 стадия. Может быть гидронефроз - прорастание в мочеточник.

4А стадия - поражение соседних органов.

4Б стадия - отдаленные метастазы.

РЕГИОНАРНЫЕ МЕТАСТАЗЫ.

Кровоснабжение шейки матки. Маточная артерия идет от внутренней подвздошной артерии. На уровне внутреннего зева маточная артерия делится на восходящую и нисходящую ветки. Первичными метастазами будет поражение узлов располагающихся на внутренней и наружной подвздошной артерий, в запирательной ямке. Узлы - внутренние , наружные подвздошные и обтураторные.

Классификация TNM.

ЛЕЧЕНИЕ.

ЛЕЧЕНИЕ ФОНОВЫХ ПРОЦЕССОВ.

Основным методом лечения является метод деструкции. Раньше лечили облепиховым маслом что неправильно, так как стимулирует неправильную регенерацию. Если сочетание с воспалительным процессом то добавляют антибиотики.

1. Деструкция электрическим током - диатермокоагуляция. На месте воздействия развивается язва, которая покрывается нормальный эпителием. Отрицательные стороны : болезненная процедура, нередко струп отпадает на 7-10 сутки и появляется кровотечение; образуется рубец, по которому может идти разрыв в родах; нет материала для гистологического исследования, то перед процедурой надо делать биопсию.
2. Воздействие холодом - криодеструкция. -30 градусов в зоне эрозии. Струп более нежный, кровотечение бывает реже, рубец менее выраженный, безболезненно.
3. Лазерная деструкция - самое оптимальное воздействие - выпаривание неправильного эпителия. Безболезненно, кровотечения никогда не бывает, не образуются рубцовые изменения шейки матки.
4. Химическая деструкция.

Канизация:

1. электроканизация
2. ножевая канизация.

Канизацию выполняют когда фоновый процесс сочетается с деформацией шейки матки. Например при эрозированном эктропионе. Убирают наружный зев - участок откуда идут чаще всего опухоли. Выполняется при тяжелой дисплазии, преинвазивном раке. Умеренная и легкая дисплазия могут быть излечены лазеровоздействием.

Инвазивный и микроинвазивный рак лечатся:

1. комбинированный метод: хирургический + лучевой.
2. Комплексный метод - использование всех видов воздействия - хирургический метод, лучевой, химиотерапия.

При первой стадии используют хирургический метод - операция Вергейма (1911) - экстирпация матки с придатками, удаление верхней трети влагалища, тазовая лимфаденэктомия. Если процесс 2-3 стадии то используют комбинированный метод. Лучевая терапия - дистанционная, внутренняя. Химиотерапия на 3-4 стадии.