

Лекция № 21 – 22

Частная онкология



Кафедра внутренних болезней
Дисциплина пропедевтика клинических
дисциплин

Цель и задачи дисциплины

Цель изучения дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

Задачи дисциплины:

- приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;

обучение студентов методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;

- обучение студентов важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;

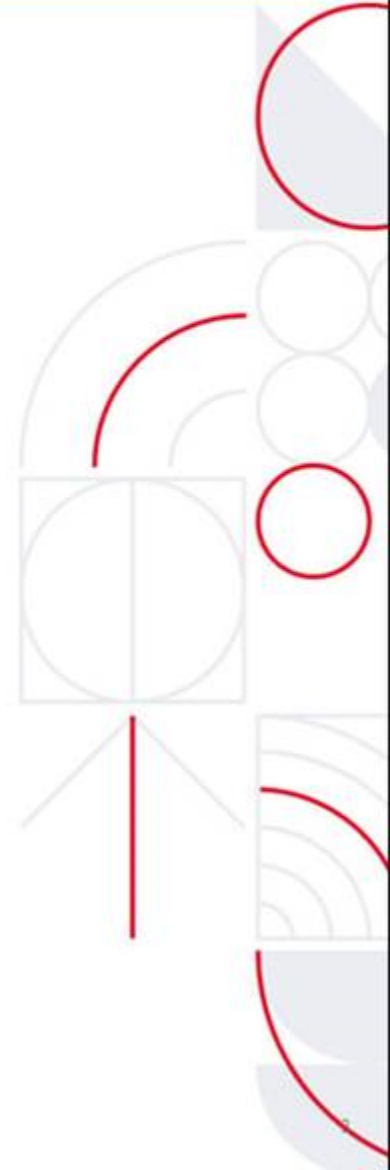
- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- обучение студентов оформлению медицинской документации (истории болезни)



План лекции

1. Рак молочной железы
2. Рак шейки матки
3. Рак тела матки
4. Рак яичников





1. Рак молочной железы





Пути оттока лимфы от молочной железы

1. Подмышечный путь. В норме по этому пути оттекает около 97% лимфы в поверхностные (располагаются на поверхностной фасции) и глубокие (в жировой клетчатке подмышечной полости и на ее стенках) **подмышечные лимфоузлы**.
2. Подключичный путь от верхних и задних отделов железы в **подключичные** лимфоузлы.
3. Парастернальный путь из медиальной части железы в **парастернальные** лимфоузлы.
4. Межреберный путь от задних и наружных отделов молочной железы по ходу межреберных артерий в **парастернальные или лимфатические сосуды тел позвонков**.
5. Позадигрудный путь из центрального и медиального отделов железы к **медиастинальным и далее к бронхопульмональным узлам**.
6. Перекрестный путь. Движение лимфы происходит по кожным и подкожным лимфатическим сосудам грудной стенки к **противоположным подмышечным узлам**.
7. Путь Героты. Отток лимфы происходит через сосуды области эпигастрия в предбрюшинную клетчатку, средостение и печень.



Патогенетические формы проявления рака молочной железы

- 1. Гипотиреоидная форма** – рак молодых (4,3 %), встречается в возрасте 15 – 32 лет. Особенности: гипотиреоз, раннее ожирение, месячные до 12 лет, часто встречаются фолликулярные кисты яичников и гиперплазия ткани . Быстрое развитие, метастазы.
- 2. Яичниковая форма** имеет место у 44 % женщин. Опухоль связана с функцией яичников (родами, фиброаденоматозами). Мульти центрический рост, лимфогенное диссеминование.
- 3. Гипертензионно-надпочечниковая** (39,8 %) – больные 45 – 64 лет, страдают ожирением, повышением возрастного уровня холестерина, кортизола, гипертонической болезнью. Характерны фибромиомы матки, диабет. Преобладают диффузно-инфильтративные формы.
- 4. Старческая, или гипофизарная** (8,6 %) встречается у женщин в глубокой менопаузе. Процесс длительное время локализован, метастазирование протекает медленно.
- 5. Опухоль на фоне беременности и лактации.** Прогноз крайне неблагоприятный в связи с повышением уровня пролактина и гормона роста.



Размер опухоли T

T1 – опухоль до 2 см в наибольшем измерении.

- T1mic (микроинвазия) – опухоль до 0,1 см в наибольшем измерении.
- T1a – опухоль до 0,5 см в наибольшем измерении.
- T1b – опухоль до 1 см в наибольшем измерении.
- T1c – опухоль до 2 см в наибольшем измерении.

T2 – опухоль до 5 см в наибольшем измерении.

T3 – опухоль более 5 см в наибольшем измерении.

T4 – опухоль любого размера с прямым распространением на грудную стенку или кожу. Грудная клетка включает ребра, межреберные мышцы, переднюю зубчатую мышцу, но без грудных мышц.



Метастазы в лимфоузлы N

N0 – нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 – метастазы в смещаемых подмышечных лимфатических узлах на стороне поражения;

N2 – метастазы в подмышечных лимфатических узлах, фиксированных друг с другом, или клинически определяемые метастазы во внутренних лимфатических узлах молочной железы на стороне поражения

N3 – метастазы в подключичных лимфатических узлах; или метастазы в надключичных лимфатических узлах на стороне поражения

– N3a – метастазы в подключичных лимфатических узлах.

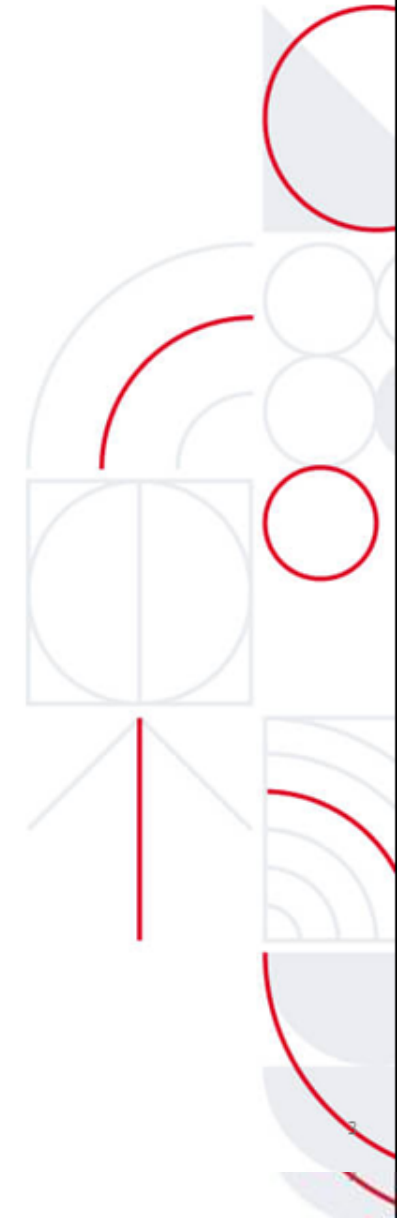
– N3b – метастазы во внутренних лимфатических узлах молочной железы на стороне поражения.

– N3c – метастазы в надключичных лимфатических узлах.



Клинические стадии рака молочной железы

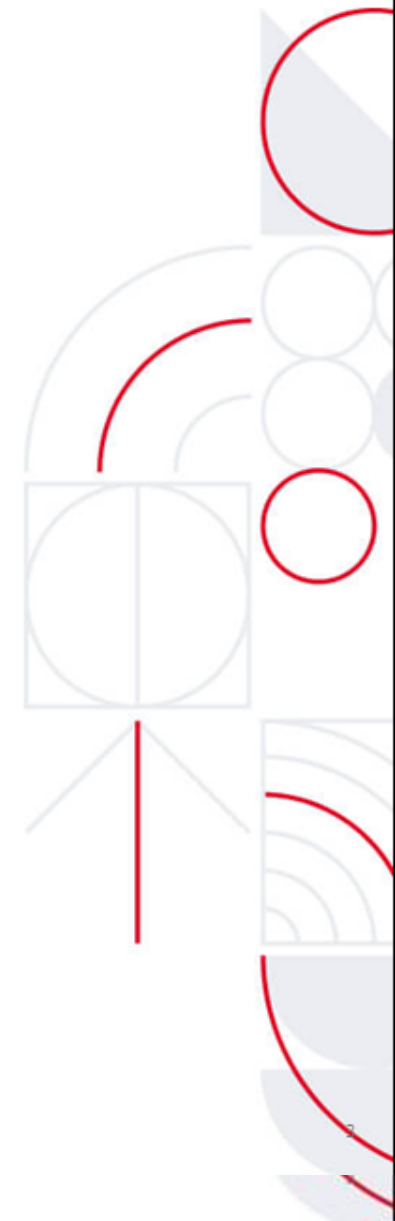
Стадия	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II a	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
II b	T2	N0	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
III a	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
III b	T3	N1,N2	M0
	T4	N0, N1, N2	M0
IV	Любая T	N3	M0
	Любая T	Любая N	M1





Клинические формы рака молочной железы

1. Узловая.
2. Диффузная инфильтративная:
 - 1) отечно-инфильтративная;
 - 2) воспалительная (инфламаторная):
 - а) маститоподобная;
 - б) рожеподобная Панцирная.
3. Рак в протоке.
4. Рак Педжета.





Узловая форма

- Наиболее часто встречаемая среди других форм рака молочной железы (75 – 80 %). На ранних стадиях опухоль обычно не причиняет неприятных субъективных ощущений. Единственной жалобой, как правило, является наличие безболезненного плотного опухолевидного образования или участка уплотнения в том или ином отделе железы, чаще в верхне-наружном квадранте. При пальпации можно определить «минимальный» рак – около 1 см.
- Узел при пальпации чаще безболезненный, без четких контуров, плотной консистенции, ограниченно подвижный вместе с окружающей железистой тканью.
- Даже при небольших (до 2 см) при поверхностном расположении можно определить симптом «морщинистости» (втяжения кожи над опухолью). При центральном расположении опухоли даже при незначительных размерах можно заметить втяжение соска и отклонение его в сторону.

Узловая форма

В запущенных случаях отмечается отек и инфильтрация кожи – симптом «лимонной корки», различного рода деформации ткани железы, заметное на глаз втяжение кожи над опухолью – симптом «умбиликации», отечность ареолы и уплощение соска – симптом Краузе, прорастание и изъязвление кожи, втяжение и фиксация соска и т. д. Отмечаются признаки метастатического поражения регионарных лимфатических узлов: наличие одиночных плотных, увеличенных, безболезненных узлов или в виде конгломератов.



СИМПТОМ «ЛИМОННОЙ КОРКИ»



Диффузные формы рака молочной железы



Общими признаками для этих форм является триада:

1. Отек кожи и ткани железы.
2. Кожная гиперемия и гипертермия.
3. Значительная местная распространенность, неблагоприятный прогноз.



Отечно-инфильтративный рак

Характеризуется наличием безболезненного или слегка болезненного плотного инфильтрата без четких границ, занимающего большую часть железы. Молочная железа при этом увеличена в размерах, кожа отекая, гиперемирована в складку, собирается с трудом, имеет вид «апельсиновой корки» за счет блокады лимфатических путей опухолевыми эмболами или сдавления опухолевым инфильтратом. Отек наиболее выражен на ареоле и окружающих тканях. В подмышечной впадине нередко определяются плотные лимфатические узлы, сливающиеся в конгломерат.



Воспалительный (инфламативный) рак.



Маститоподобный рак.

В отличие от отечно-инфильтративного рака более выражены симптомы кожной гиперемии и гипертермии. Молочная железа увеличена в размерах, отечна, напряжена, инфильтрирована, горячая на ощупь. В толще железы прощупывается болезненный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, синюшная.

Рожеподобный рак.

При рожеподобном раке молочной железы кожа резко гиперемирована, с неровными фестончатыми краями в виде «языков пламени» за счет распространения опухолевых клеток по лимфатическим капиллярам и сосудам – раковый лимфангоит. Отек кожи, гиперемия и гипертермия приобретают наибольшую степень выраженности.

Панцирный рак.

Это сравнительно редко встречающаяся форма, протекает длительно, торпидно. Панцирный рак характеризуется обширной опухолевой инфильтрацией как самой ткани железы, так и покрывающей ее кожи. Процесс может выходить за пределы молочной железы и распространяться на грудную клетку, а также на другую молочную железу. Проявляется сморщиванием, уплотнением и уменьшением в размерах молочной железы. Изменения кожи напоминают панцирь: появляется множество мелких сливающихся опухолевых узлов, кожа становится плотной, пигментированной и плохо смещается.



Рак Педжета – внутрипротоковый эпидермотропный рак молочной железы, возникающий из устьев крупных выводных млечных протоков соска. Болезнь Педжета имеет различное клиническое течение: наиболее часто на первый план выступает поражение соска и ареолы, реже вблизи соска определяется опухоль, а изменения соска носят вторичный характер. Больные ощущают в области соска чувство жжения, покалывания и умеренный зуд. В начальной стадии на соске и ареоле появляются чешуйки, поверхностные эрозии, незаживающие трещины. Сосок увеличен в объеме, уплотнен, отмечается также отечность ареолы. Кожа имеет красноватый цвет, местами она представляется зернистой, как бы лишенной эпидермиса.

Рак Педжета



С течением времени сосок уплощается, разрушается и на его месте образуется изъязвленная поверхность, далее процесс распространяется на ареолу. Вид молочной железы меняется: на месте соска и ареолы образуется изъязвленная дискообразная поверхность, возвышающаяся над уровнем кожи с валикообразными краями. В дальнейшем процесс распространяется эксцентрически, захватывая все новые участки. В ткани молочной железы можно уже четко пропальпировать опухолевидное образование.



Диагностика РМЖ

1. симптом умбиликации - появление ямочки; симптом площадки; симптом «морщинистости» (за счет укорочения куперовых связок, вовлеченных в опухоль)
2. симптом «лимонной корки» (за счет вторичного внутрикожного лимфостаза вследствие блокады лимфатических путей регионарных зон или вследствие эмболии опухолевыми клетками глубоких кожных лимфатических сосудов);
3. гиперемию кожи над опухолью (проявление специфического лимфангита);
4. симптом Краузе: утолщение складки ареолы (вследствие отека из-за поражения опухолевыми клетками лимфатического сплетения подареолярной зоны);
5. симптом Прибрама (при потягивании за сосок опухоль смещается за ним);
6. симптом Кенига: при прижатии молочной железы ладонью плашмя опухоль не исчезает;
7. симптом Пайра: при захватывании железы двумя пальцами слева и справа кожа не собирается в продольные складки, а образуется поперечная складчатость.



Диагностика РМЖ





Дополнительные методы обследования

1. Маммографическое исследование – высокоэффективный метод при распознавании и дифференциальной диагностике заболеваний, играющий большую роль в диагностике рака молочной железы. Точность метода 80%, обнаруживает опухоли до 1 см.
2. Дуктография (галактография или контрастная маммография). Осуществляется после введения контрастного вещества в молочные протоки. Показана при наличии выделений из соска любого характера и цвета, но особенно при значительном их количестве и кровянистом характере.
3. По данным УЗИ молочных желез можно выявить в молочной железе патологический очаг, его локализацию, форму и размеры. Однако эффективно УЗИ лишь у молодых женщин, у которых хорошо развита железистая ткань.
4. Цитологический метод диагностики рака молочной железы позволяет судить о процессе до начала лечения, когда требуется максимально достоверное подтверждение клинического диагноза.
5. Инцизионная биопсия – взятие кусочка ткани на цитологическое и гистологическое исследование.



2. Рак шейки, тела матки и яичников.

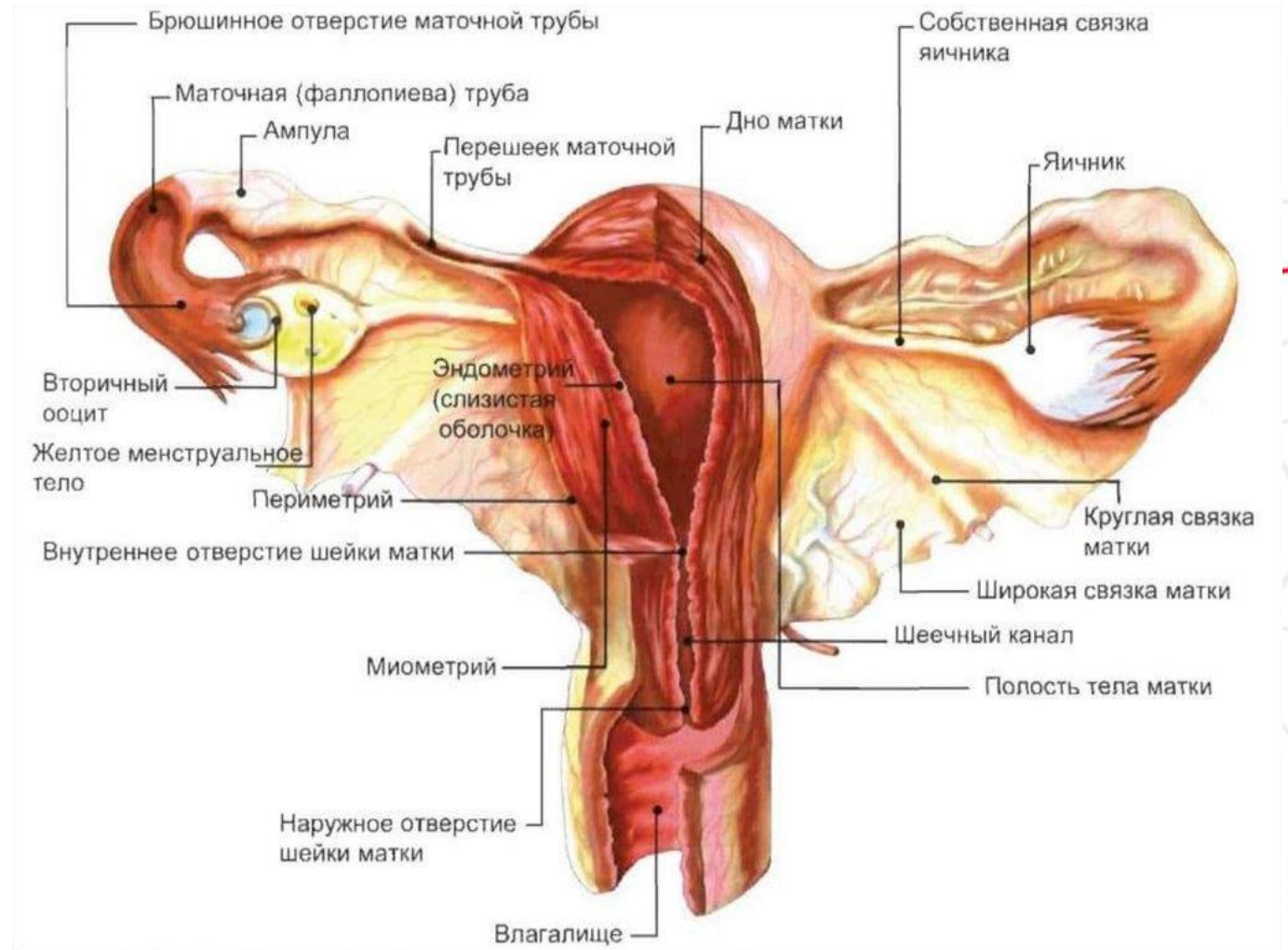




Анатомия внутренних женских половых органов

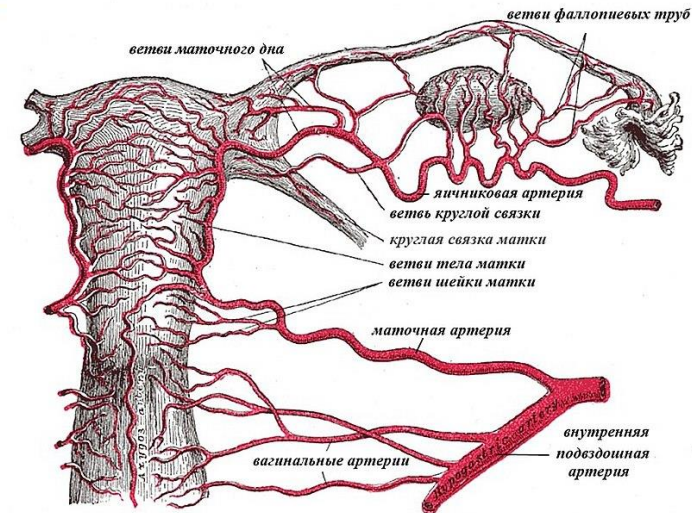
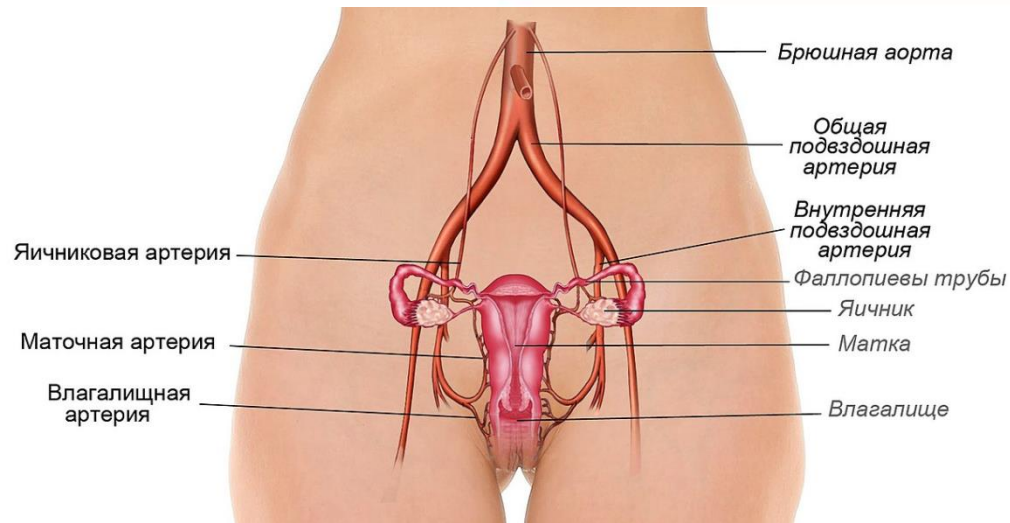
Поддерживающий (опорный) аппарат внутренних половых органов образует группа мышц и фасций дна таза.

Подвешивающий аппарат образован круглыми и широкими связками матки.





Анатомия внутренних женских половых органов



К р о в о с н а б ж е н и е матки осуществляется двумя маточными артериями (внутренняя подвздошная), яичниковыми артериями (брюшная аорта), и артериями круглой связки матки (артерия Сэмсона, является ветвью нижней надчревной артерии – наружная подвздошная).

Лимфатические узлы располагаются в виде цепочек на протяжении от уровня начала маточной артерии (от внутренней подвздошной) до уровня начала нижней брыжеечной артерии (от аорты).

Лимфоотток от внутренних женских половых органов

Лимфа от наружных половых органов и нижней трети влагалища, идут к паховым лимфатическим узлам, от средней верхней трети влагалища и шейки матки:

1. Висцеральные лимфатические узлы около матки (в связках матки)
2. Узлы расположенные по ходу внутренних и общих подвздошных сосудов и под местом бифуркации общей подвздошной артерии на наружную и внутреннюю.
3. Узлы среди общих подвздошных узлов и узлов, расположенных в области бифуркации аорты.
4. Лимфатические узлы располагаются чаще всего: справа — на передней поверхности нижней полой вены и реже кнаружи от нее, слева — у левой полуокружности аорты или непосредственно на ней (парааортальные лимфоузлы).

От верхней трети матки — вдоль широкой маточной связки, сливаясь с яичниковыми лимфатическими сосудами, и впадают в нижние поясничные лимфатические узлы.



Симптомы рака шейки матки

1. Боль – локализуется в области крестца, поясницы, прямой кишки и внизу живота. При распространенном раке с поражением параметральной клетчатки и тазовых лимфатических узлов боль может иррадиировать в бедро;
2. Кровотечения (чаще контактные); Бели – серозные, кровянистые, могут иметь неприятный запах в связи с присоединением инфекции. Происхождение белей связано с повреждением лимфатических сосудов растущей опухолью;
3. Частые позывы к мочеиспусканию(при переходе рака шейки матки на мочевой пузырь); Упорные циститы (в связи с нарушением сократительной деятельности мочевого пузыря и неполном его опорожнении при мочеиспускании);
4. Гидро- и пионефроз (вследствие сдавления мочеточника);
5. Запоры, появление в кале крови и слизи, развитие прямокишечно-влагалищного свища (при поражении опухолью прямой кишки).



Диагностика рака шейки матки:

Осмотр шейки матки в зеркалах (для предотвращения травмирования шейки матки, пораженной раковой опухолью, следует обнажать ее с помощью ложкообразного зеркала и подъемника):

- При микроинвазивном раке шейки матки определяются на шейке матки изменения типа нежной или грубой лейкоплакии, «эрозии», гипертрофии влагалищной части шейки матки;
- При экзофитной форме клинически выраженного рака шейки матки обнаруживаются бугристые образования красноватого цвета нередко с участками некроза в виде налета серого цвета. При прикосновении к опухоли возникает кровотечение;
- При эндофитной форме клинически выраженного рака шейки матки шейка матки увеличена, имеет плотную консистенцию, может быть изъязвлена в области наружного зева;



Диагностика рака шейки матки:

Осмотр шейки матки в зеркалах (для предотвращения травмирования шейки матки, пораженной раковой опухолью, следует обнажать ее с помощью ложкообразного зеркала и подъемника):

- При микроинвазивном раке шейки матки определяются на шейке матки изменения типа нежной или грубой лейкоплакии, «эрозии», гипертрофии влагалищной части шейки матки;
- При экзофитной форме клинически выраженного рака шейки матки обнаруживаются бугристые образования красноватого цвета нередко с участками некроза в виде налета серого цвета. При прикосновении к опухоли возникает кровотечение;
- При эндофитной форме клинически выраженного рака шейки матки шейка матки увеличена, имеет плотную консистенцию, может быть изъязвлена в области наружного зева;





Эрозия (поверхностный дефект слизистой)



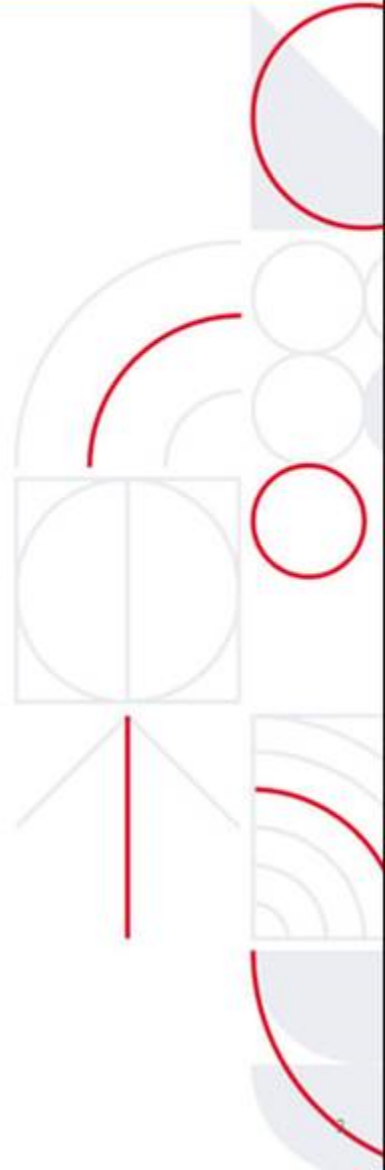
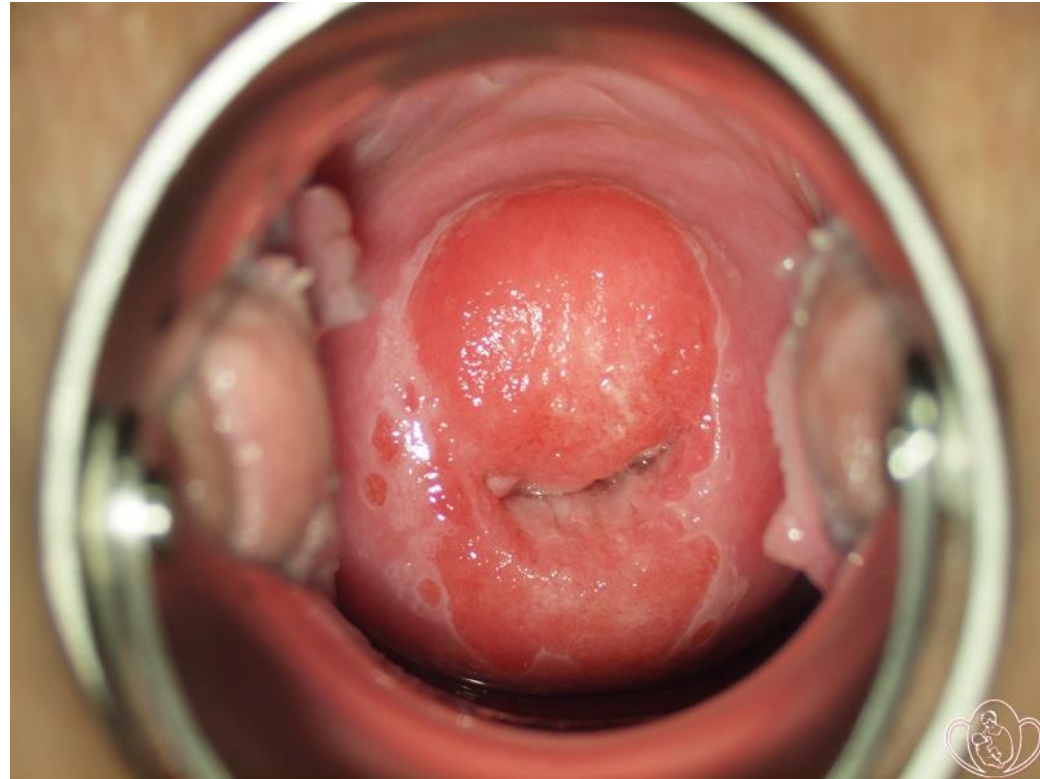
Здоровая шейка матки

Эрозия шейки матки



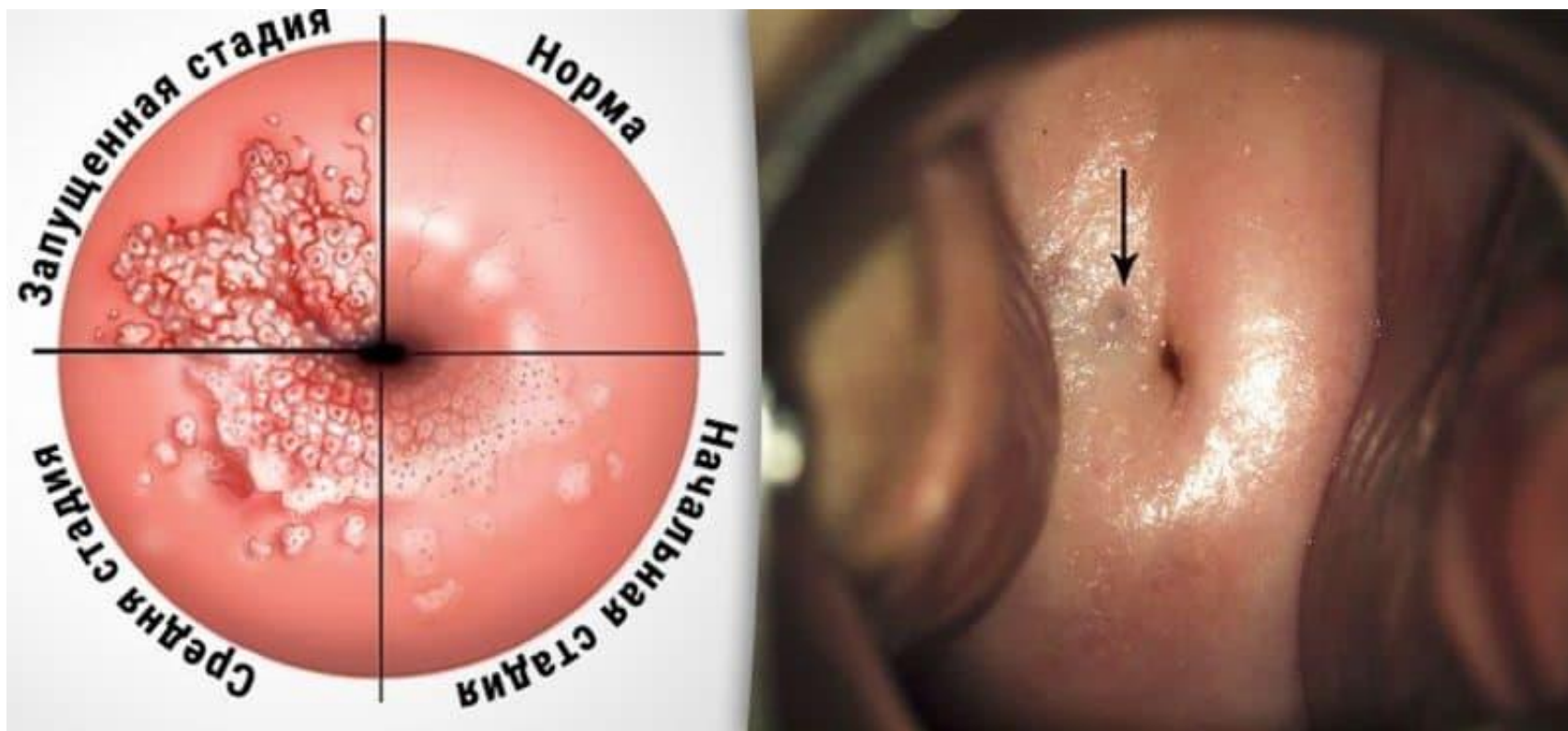


Эктопия эктропион (выворот)





папилломатоз





ПОЛИПЫ



Рис. 2. Полип шейки матки.



ПОЛИП ШЕЙКИ МАТКИ



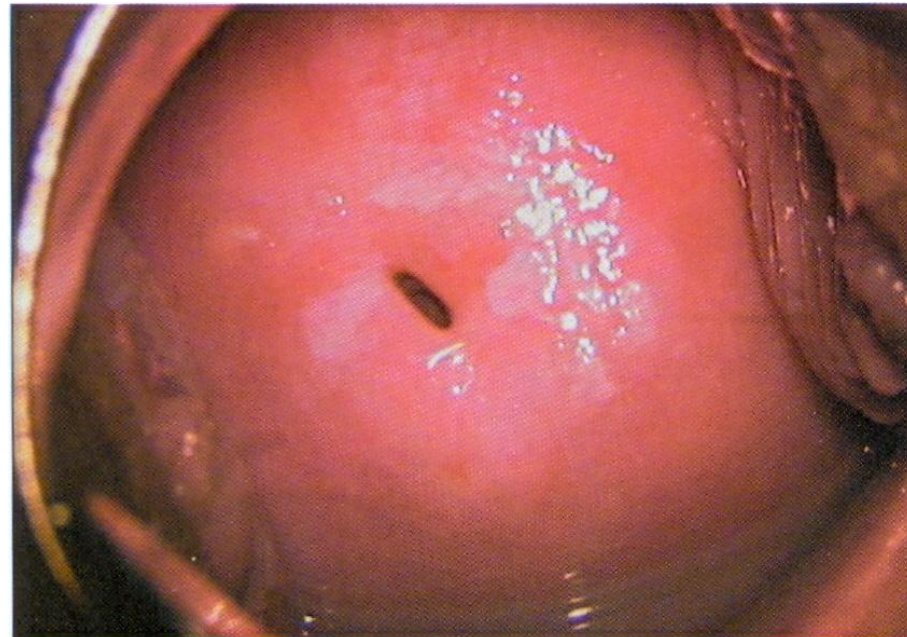
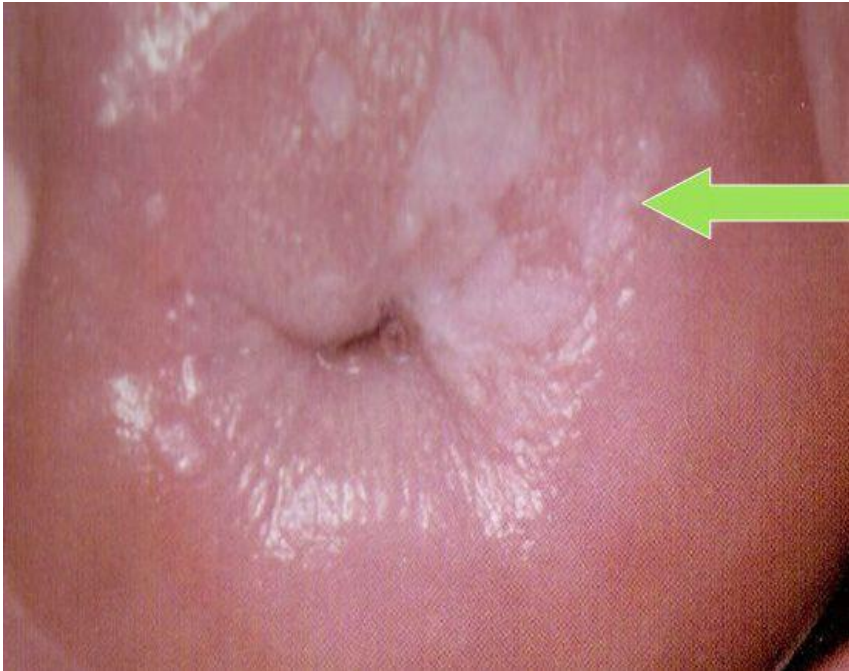
ОСМОТР С ПОМОЩЬЮ ЗЕРКАЛ



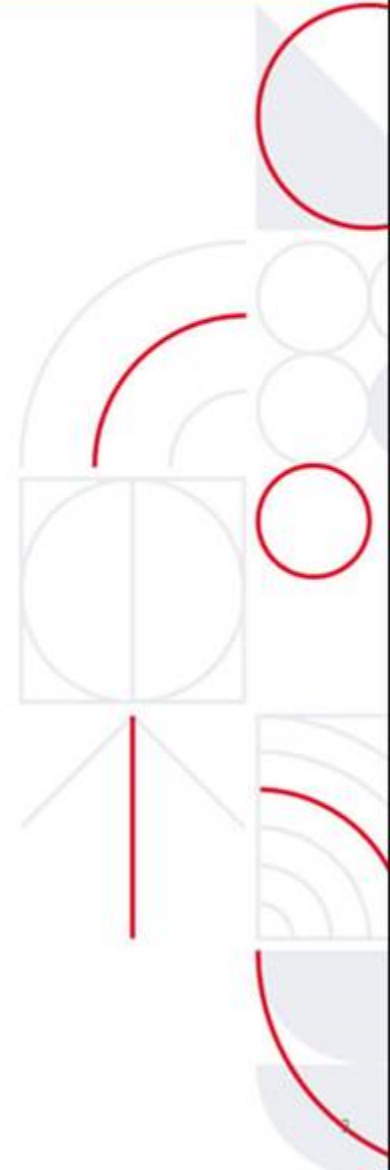
ПРОДОЛЬНЫЙ РАЗРЕЗ



Лейкоплакия (ороговением (утолщением) клеток верхних и подлежащих слоев эпителия)

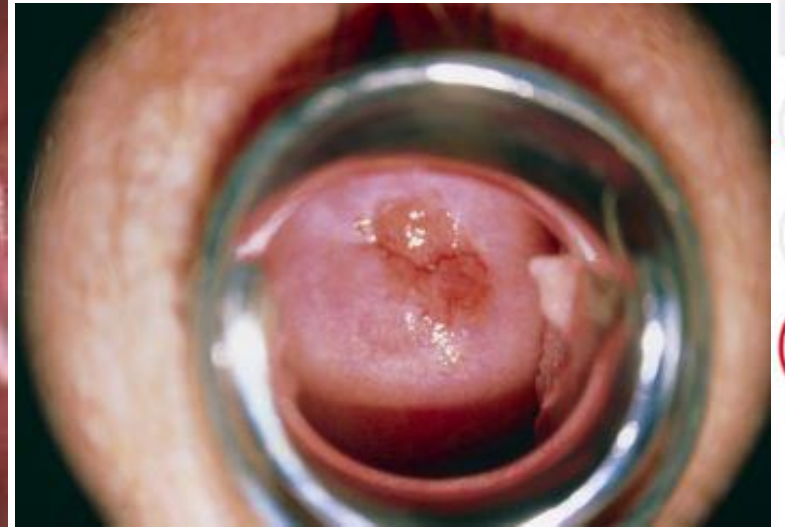


Лейкоплакия шейки матки





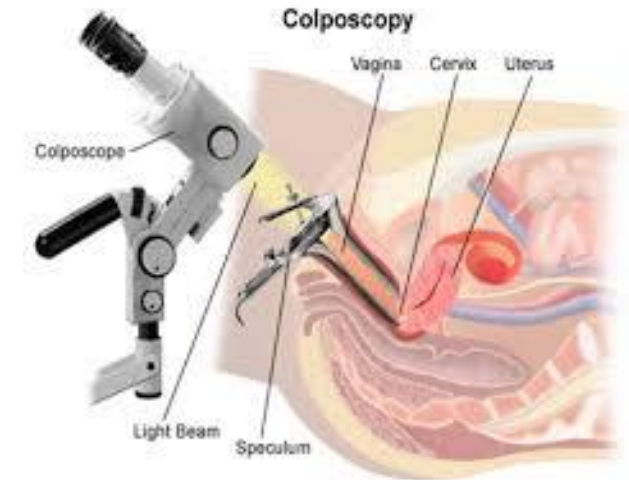
Рак шейки матки



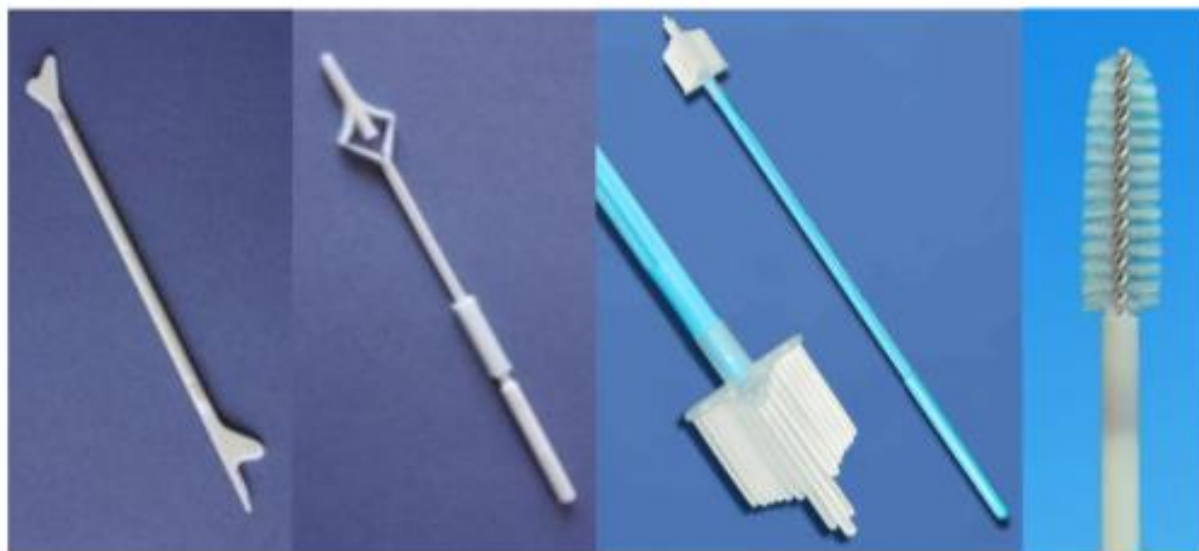
Диагностика

1. Кольпоскопия:

- При микроинвазивном раке шейки матки обнаруживается картина атопического эпителия;
 - При клинически выраженном раке шейки матки определяются образования желто-красного цвета с четко-видимыми по периферии атипическими кровеносными сосудами;
 - Для эндофитной формы опухоли характерен вид кратера с неровными краями, бородавчатым дном, покрытым некротическими массами;
2. Цитологическое исследование;
3. Цервикоскопия;



Кольпоскопия это гинекологический метод исследования с проведением прицельного и детального осмотра шейки матки при помощи микроскопа.



а)

б)

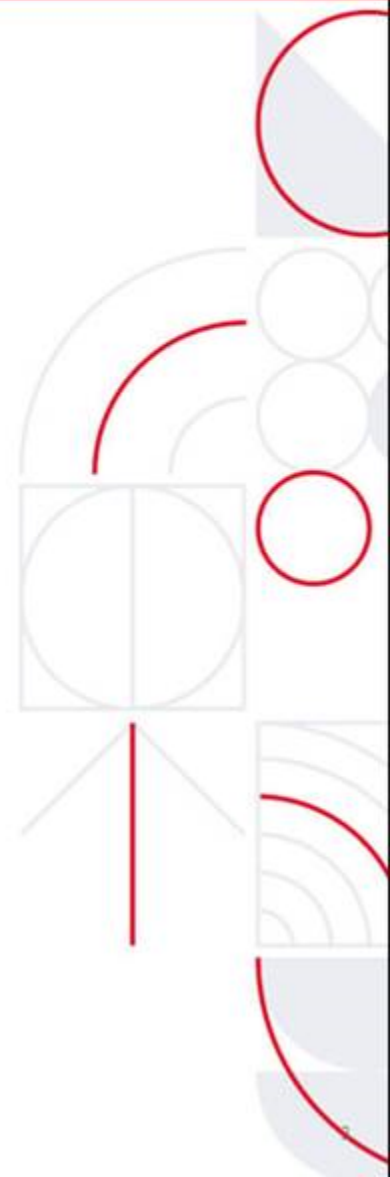
в)

г)

Рис. 46. Инструменты для взятия цитологических мазков: а) шпатель типа Эйра; б) цитощетка типа Cervix-Brush; в) цервикальная щетка «ДиаСкрин»; г) цитощетка «ДиаТест».

При взятии необходимо соблюдать следующие условия – нельзя брать мазки:

- в течение 48 часов после полового контакта;
- во время менструации;
- в период лечения от генитальной инфекции;
- после обработки шейки матки растворами уксуса, Люголя, спринцевания.





В современной клинической практике применяют две технологии цитологического исследования: традиционную и жидкостную.

Проведение обеих методик требует правильного забора материала для лабораторного исследования.

В мазке должно быть адекватное количество плоскоэпителиальных клеток с экзоцервикса, а также клеточных элементов из переходной зоны (место стыка цилиндрического и многослойного плоского эпителиев) и железистых клеток эндоцервикса.

Существуют специальные инструменты, гарантирующие взятие материала со всех указанных зон и обеспечивающие информативность препарата – шпатели и цитощетки различных модификаций (рис. 46).

Методика взятия соскобов: перед получением материала шейку матки обнажают в зеркалах и слизь не удаляют.



1. Для получения материала с экзоцервикса, зоны стыка цилиндрического и плоского эпителиев (когда она четко визуализируется прикольпоскопии) и эндоцервикса (так называемый смешанный мазок) у молодых женщин целесообразно использовать шпатель Эйра (рис. 46-а) или одноразовые цитощетки типа Cervix-Brush (рис. 46-б) или «ДиаСкрин» (рис. 46-в).
2. Под визуальным контролем выступающую часть шпателя или центральную ось щетки вводят в наружный зев шейки матки, а боковые части или ворсинки инструментов прижимают к экзоцервиксу (рис. 47).
3. Затем бережно поворачивают шпатель или щетку на 360 градусов 3 раза по часовой стрелке и дважды – против часовой стрелки.
4. После взятия материала инструмент вынимают, а материал линейным движением наносят на стекло тонким слоем, поворачивая шпатель или щетку обеими сторонами (рис. 48), либо погружают в контейнер для жидкостной цитологии (рис. 49-а).



Требования к нанесению клеточного материала на предметное стекло для традиционной цитологии:

1. наносить тонким слоем на специально обработанное обезжиренное стекло;
2. допустимо наносить два образца (с экзо- и эндоцервикса) на одно стекло, в отдельных ситуациях (см. выше) нанести материал следует на разные стекла;
3. адекватный мазок должен быть максимально тонким (приближающимся к однослойному), равномерной толщины (не волнообразным) на всем протяжении, без «толстых участков», включающих непросматриваемые или плохо просматриваемые скопления клеток;
4. материал распределяют вдоль стекла, а не поперек или кругами, занимая 2/3 поверхности, 1/3 оставляют на маркировку;
5. при окраске по методу Папаниколау (пап-тест, Pap-smear test) мазок следует немедленно после нанесения обработать специальным составом во избежание высыхания клеток (провести фиксацию мазка);
6. при окраске азур-эозином (основой для российской лабораторной диагностики) по методикам Паппенгейма, Лейшмана, Романовского фиксация препарата осуществляется простым высушиванием на воздухе.



Рис. 48. Нанесение материала на предметное стекло при традиционной
ЦИТОЛОГИИ.

Классификация рака шейки матки: по стадиям:

0 стадия – преинвазивный рак, эпителий морфологически не отличающихся от раковых, но без признаков инфильтративного роста, атипические клетки):

I стадия

- а стадия – опухоль ограничена шейкой матки с инвазией в строму не более 3мм; диаметр опухоли не превышает 1см (микроинвазивный рак);
- б стадия – опухоль ограничена шейкой матки с инвазией более 3мм;

II стадия

- а стадия – рак инфильтрирует влагалище, не переходя на его нижнюю треть, и/или распространяется на тело матки;
- б стадия – рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах, не переходя на стенку таза;

Классификация рака шейки матки: по стадиям:

III стадия

- а стадия – рак инфильтрирует нижнюю треть влагалища и/или имеются метастазы в придатках матки, регионарные метастазы отсутствуют;
- б стадия – рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах до стенки таза и/или имеются регионарные метастазы в лимфатических узлах таза, и/или определяются гидронефроз и нефункционирующая почка, обусловленные стенозом мочеточника;

IV стадия

- а стадия – рак прорастает мочевой пузырь и/или прямую кишку;
- б стадия – определяются отдаленные метастазы за пределами таза.

Классификация по системе TNM

Tis – преинвазивный рак;

T1 – рак, ограниченный шейкой матки;

T2 – рак, распространяющийся за пределы шейки матки, но не достигающий стенок таза, и/или рак, вовлекающий стенки влагалища без распространения на ее нижнюю треть, и/или рак, переходящий на стенку матки;

T3 – рак, инфильтрирующий нижнюю треть влагалища и/или параметров до стенок таза;

T4 – рак, выходящий за пределы малого таза или инфильтрирующий слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки;

Классификация по системе TNM

N – регионарные лимфатические узлы таза:

N0 – метастазы в регионарных лимфатических узлах не выявляются;

N1 – выявляются метастазы в регионарных лимфатических узлах;

N2 – пальпируется фиксированное уплотнение на стенке таза при наличии свободного пространства между ним и первичной опухолью;

Прогноз при раке шейки матки определяется стадией заболевания, при I стадии 5-летняя выживаемость составляет 90-98%; при II стадии - 55- 60%, при III стадии - 30-40%, при IV - менее 10%.

Рак тела матки

Рак тела матки – это злокачественное гормональнозависимое заболевание, которое встречается в возрасте от 50 лет и старше и является заболеванием климактерического периода, менопаузы и старости. Однако следует отметить, что в молодом возрасте рак тела матки не является большой редкостью. Среди злокачественных новообразований женских половых органов рак тела матки занимает одно из ведущих мест, а в последнее время, как в нашей стране, так и за рубежом отмечается рост больных раком тела матки. Наиболее часто встречаются аденокарциномы.

Факторы канцерогенеза:

1. Увеличивается продолжительность жизни женщины.
2. Возросла частота эндокринных заболеваний.
3. В лечебной практике широко применяется необоснованная гормональная терапия, в том числе с использованием эстрогенных препаратов.

Рак тела матки

Первый вариант (гормонозависимый) встречается в 60–70% случаев и характеризуется многообразием и глубиной проявлений химической гиперэстрогении в сочетании с нарушениями жирового и углеводного обмена (ожирение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет).

Второй вариант (автономный) наблюдается у 30-40% больных. Эндокринные нарушения выражены нечетко или вообще отсутствуют. Характерно сочетание фиброза стромы яичников и атрофии эндометрия, на фоне которой возникают полипы, атипичная гиперплазия и рак.

Рак тела матки метастазирует в основном лимфатическим путем, реже - гематогенным и имплантационным - через маточные трубы, собственные связки яичника и яичник (пристеночная брюшина, большой сальник).

По характеру роста опухоли различают экзофитную, эндофитную и смешанные формы.

Классификация рака тела матки

I стадия - опухоль ограничена телом матки, регионарные метастазы не определяются.

- а - опухоль ограничена эндометрием.
- б - инвазия в миометрий до 1 см,
- в - инвазия в миометрий более 1 см, но нет прорастания серозной оболочки.

II стадия - опухоль поражает тело и шейку матки, регионарные метастазы не определяются.

III стадия - опухоль распространяется за пределы матки, но не за пределы малого таза.

- а - опухоль инфильтрирует серозную оболочку матки, и/или метастазы в придатки матки, и/или в регионарные лимфоузлы.
- б - опухоль инфильтрирует клетчатку таза и/или имеются метастазы во влагалище.

IV стадия - опухоль распространяется за пределы малого таза и/или имеется прорастание мочевого пузыря и/или прямой кишки или имеются отдалённые метастазы.

Симптомы рака тела матки

Первый симптом - патологические бели гноевидного или кровянистого характера. Кровяные выделения из половых путей по интенсивности бывают: в виде мажущих выделений; в виде серозно-кровяных выделений; иногда обильные. Как правило, имеют контактный характер или появляются после физической нагрузки.

Второй симптом - боли, которые в ранних стадиях носят схваткообразный характер, что связано с сокращениями миометрия и опорожнением матки от скопившейся в ней крови или гноевидной жидкости (гематометра, пиометра), отток которой в результате обтурации внутреннего зева шейки матки затруднены. После таких схваткообразных болей появляются патологические выделения из матки - гной и кровь.

При поздних стадиях боли постоянные, особенно интенсивны по ночам, связаны со сдавлением раковым инфильтратом нервных сплетений в малом тазу. При переходе процесса на мочевой пузырь и прямую кишку появляются симптомы нарушения функции этих органов.

Третий симптом – увеличение матки при бимануальном исследовании (округлой формы, слегка болезненна, ограниченно подвижна).

Диагностика рака тела матки

- При общем осмотре больной обращают внимание на рост, массу, АД, сахар крови, состояние паховых лимфатических узлов.
- При гинекологическом исследовании с помощью зеркал обращают внимание на состояние слизистой влагалища и шейки матки, так как процесс протекает на фоне абсолютной или относительной гиперэстрогении, что обуславливает наличие у пожилой женщины складчатой сочной слизистой.
- При бимануальном исследовании матка плотная, увеличена. Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование дополняется ректальным для определения наличия в параметрии инфильтратов.
- Высокоинформативным является УЗИ, МРТ органов брюшной полости и малого таза.
- Для ранней диагностики рака тела матки большое значение имеет цитологическое исследование аспирата из полости матки, проводимое у больных группы повышенного риска в амбулаторных условиях.
- Высокоинформативным методом диагностики является радиоизотопное исследование

Миома и рак тела матки

- Несколько десятков лет назад миома матки считалась предраковым состоянием. При обнаружении у женщины миоматозных узлов опухоль удаляли вместе с маткой.
- Миома опухоль, развивающейся в мышечном слое матки, имеет доброкачественный характер и не содержит раковых клеток. Ученые не обнаружили связи между наличием миоматозных узлов и вероятностью развития онкологических заболеваний. Если в матке появляется саркома, то она развивается сама по себе. Она встречается в 30 раз реже, чем любые другие раковые опухоли.
- К гистерэктомии (полному удалению органа) прибегают, если количество узлов слишком велико, быстрый рост с гиперпластическими процессами в угрожающими озлокачествлением.



Рак яичников

Рак яичников встречается в любом возрасте, но чаще у женщин от 40 до 60 лет.

Злокачественные опухоли могут образовываться из эпителиальной ткани яичников (раки, аденокарцинома), из соединительной ткани яичников (саркома), из ткани, покрывающей фолликул, и зернистого слоя фолликула (злокачественная текобластома), из гоноцитов (семиома), из соединительной ткани яичников (тератобластома), метастатические злокачественные опухоли (рак Крукенберга).

Характерен быстрый рост, метастатическое поражение большого сальника, распространение опухоли по париетальной и висцеральной брюшине. Часто метастазы отмечаются в парааортальных и надключичных лимфатических узлах, пупке, печени, на плевре.

5-летняя выживаемость на первой стадии — 90%. При распространенных, при третьей стадии мы имеем 15% случаев, а при четвертой — всего 5%.

Клиническая картина злокачественных опухолей яичников:

В ранний период заболевания:

- боль внизу живота;
- общая слабость, повышенная утомляемость;
- иногда тошнота и рвота;
- запор, чередующийся с поносом;
- чувство распирания в подложечной области;
- чувство тяжести внизу живота;

Клиническая картина злокачественных опухолей яичников:

В поздние стадии:

- постоянная боль;
- увеличение живота за счёт асцита;
- может быть выпот в плевральных полостях;
- появление признаков сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности;
- отеки на нижних конечностях.

Диагностика злокачественных опухолей яичников:

1. Клиническая картина - пальпаторное определение в малом, тазу опухолей различной консистенции с бугристой поверхностью, ограниченно подвижных; асцит; выпот в плевральных полостях и другое.
2. Ультразвуковое исследование брюшной полости;
3. Компьютерная томография брюшной полости;
4. Цитологическое исследование содержимого, полученного при пункции брюшной полости через задний свод влагалища;
5. Лапароскопия;
6. Иммунологическое исследование - определение опухолевого ассоциированного антигена СА-125;
7. Методы исследования, уточняющие состояние смежных органов - ирригоскопия, экскреторная урография.

Клиническая классификация злокачественных опухолей яичников

1 стадия (опухоль ограничена яичниками):

а — опухоль ограничена одним яичником, асцита нет, с отсутствием прорастания или разрыва капсулы или с таковыми;

б — опухоль ограничена обоими яичниками, с отсутствием прорастания или разрыва капсулы или с таковыми;

в — опухоль ограничена одним или обоими яичниками, но при наличии очевидного асцита или определяются раковые клетки в смывах.

2 стадия (опухоль поражает один или оба с распространением на область таза):

- а - распространение и/или метастазы на поверхности матки и/или труб;
- б - распространение на другие ткани таза, включая брюшину и матку;

Клиническая классификация злокачественных опухолей яичников

3 стадия (распространение на один или оба яичника с метастазами по брюшине за пределами таза и/или метастазы в забрюшинных лимфатических узлах):

- а – микроскопические метастазы по брюшине
- б - макрометастазы по брюшине меньше или равные 2см;
- в - метастазы по брюшине более 2см и/или метастазы в регионарных лимфатических узлах.

4 стадия (распространение на один или оба яичника с отдаленными метастазами. При наличии выпота в полости плевры должны быть положительные цитологические находки, чтобы отнести случаи к стадии 4. Метастазы в паренхиме печени соответствуют стадии).

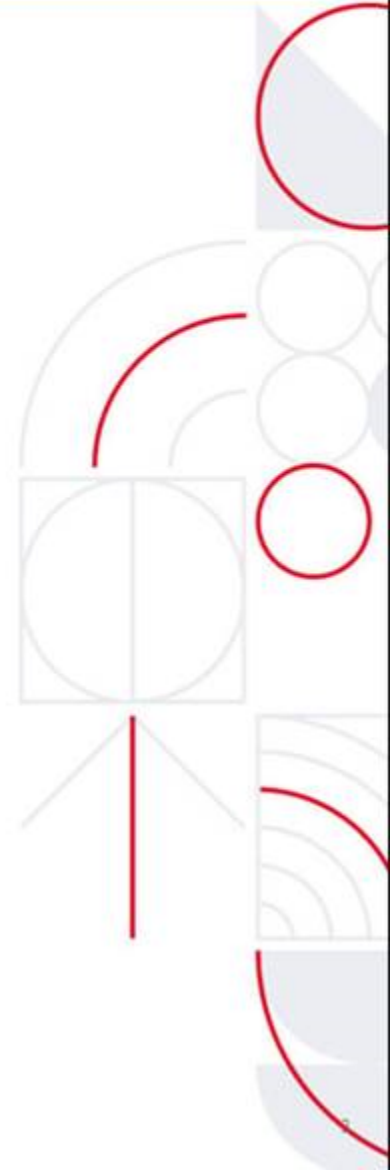
Профилактика опухолей женской половой сферы

- Своевременное выявление и лечение предраковых состояний: железистой гиперплазии эндометрия, аденоматозных полипов, ановуляторных маточных кровотечений и др.
- Систематические профилактические осмотры женщин с обязательным УЗИ периодические цитологические исследования мазков, полученных при аспирации содержимого полости матки у женщин группы риска по развитию рака тела матки.
- Профилактика инфекций передающихся половым путем.
- Контроль гормональной терапии.



Домашнее задание

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции





Список литературы

Основная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н.А., Моисеев В.С., изд. дом ГЕОТАР-МЕД. М., 2017.
3. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Под ред. Шамова И. А., М., 2017.

Дополнительная литература:

1. Черезов А. Е. Общая теория рака: тканевый подход. Изд-во МГУ, 1997.- 252 с.



Спасибо за внимание.