

**Ведение больных со
злокачественными
заболеваниями половых
органов.**



Барыкина Ю.А. 707АГ

Опухоли половой сферы у женщин



- Рак вульвы
- Рак влагалища
- Рак шейки матки

Ведение больных с раком вульвы



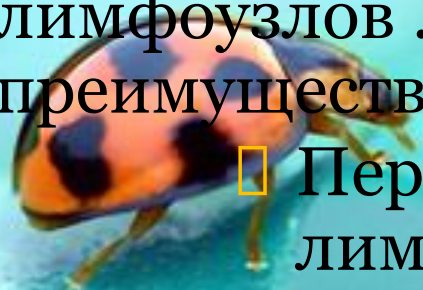
- Обследование
- Диагностика
- Лечение
- Реабилитация

• **АНАМНЕЗ**

- При сборе анамнеза следует обращать внимание на следующие факторы: позднее менархе, раннее наступление менопаузы, укорочение репродуктивного периода на фоне высокой фертильности, воспалительные процессы.

• **ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

- Осмотр наружных половых органов и пальпация лимфоузлов . Рак вульвы метастазирует преимущественно лимфогенным путём.

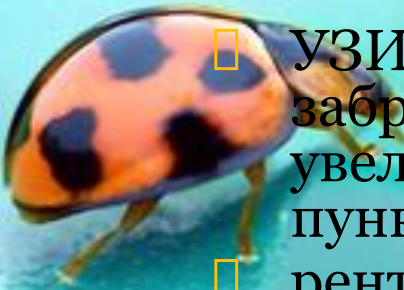
- 
- A close-up photograph of a ladybug with orange and black spots on its back, resting on a green leaf. The background is a soft-focus green.
- Первый этап — паховобедренные лимфатические узлы.
 - Второй этап — подвздошные лимфатические узлы. Чаще поражаются наружные подвздошные и запирательные.
 - Третий этап — общие подвздошные лимфатические узлы.

- **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- Цитологическое исследование мазков с опухоли.
- Вульвоскопия.
- Фотодинамическая диагностика.
- Гистологическое исследование биопсийного материала подозрительного участка или опухоли.

- **ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- При инвазивном раке вульвы для уточнения распространённости процесса необходимо выполнение:

- 
- УЗИ малого таза, печени, паховобедренных и забрюшинных лимфатических узлов (при их увеличении выполняют пункцию с цитологическим исследованием);
 - рентгенографии органов грудной клетки;
 - цистоскопии и ректоскопии при значительном распространении опухоли;
 - общего клинического обследования;
 - КТ, МРТ (по показаниям).

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ВУЛЬВЫ

- **ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ**

- Устранение опухоли.
- Профилактика рецидива опухоли и метастазирования.

- **ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

Необходимость проведения операции, лучевой и лекарственной терапии.

- **НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ВУЛЬВЫ**

Наиболее широко используют хирургический и лучевой методы. При интраэпителиальной неоплазии вульвы (дисплазии и карциноме *in situ*) возможна фотодинамическая терапия и лазерная абляция.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ХИМИОТЕРАПИЯ) РАКА ВУЛЬВЫ



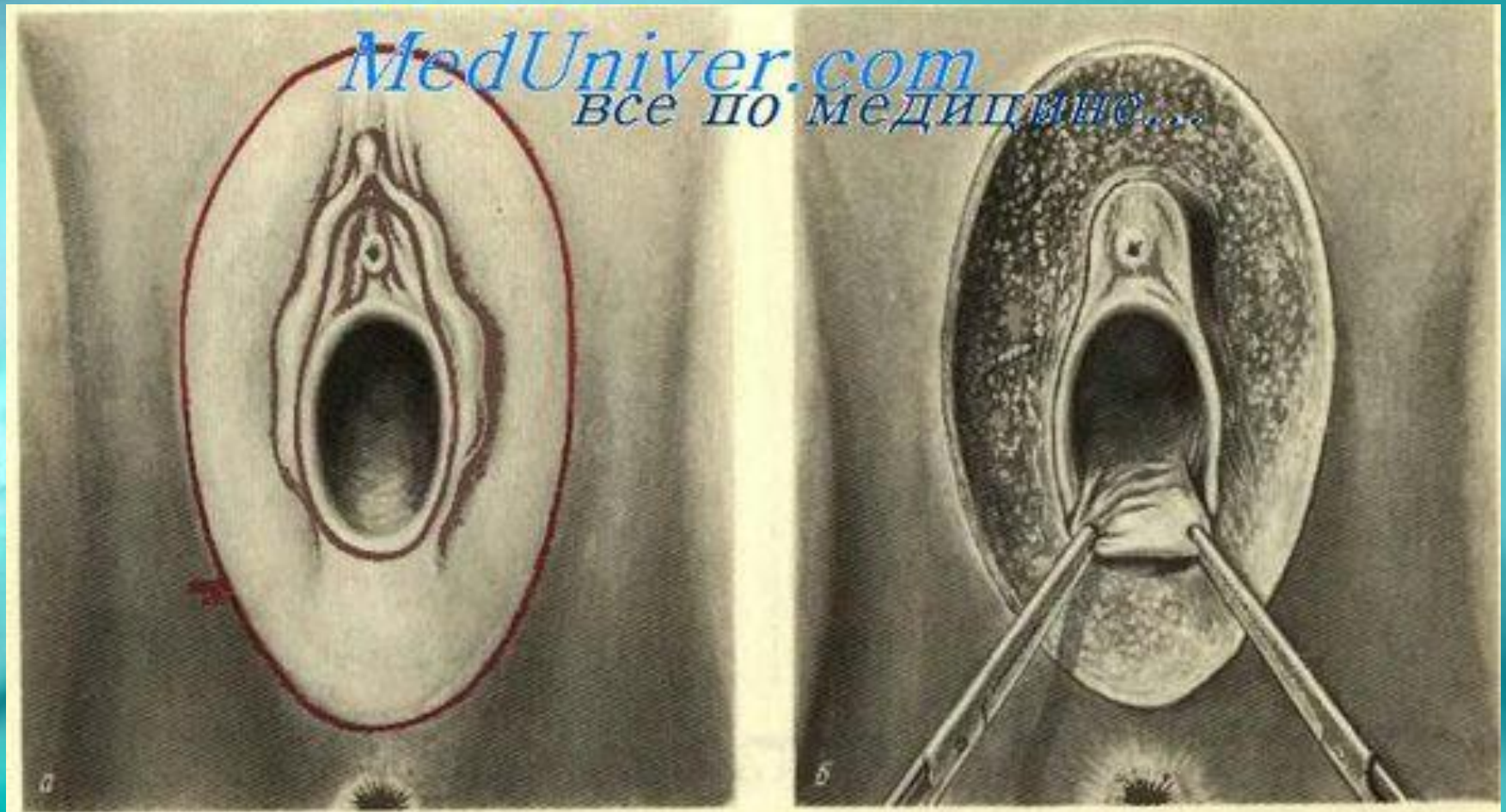
- Применение химиотерапии при раке вульвы ограничено в связи с невысокой эффективностью. При местнораспространённом процессе проводят химиолучевое лечение в предоперационном периоде. При отдалённых метастазах используют препараты, имеющие активность при плоскоклеточном раке.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ВУЛЬВЫ

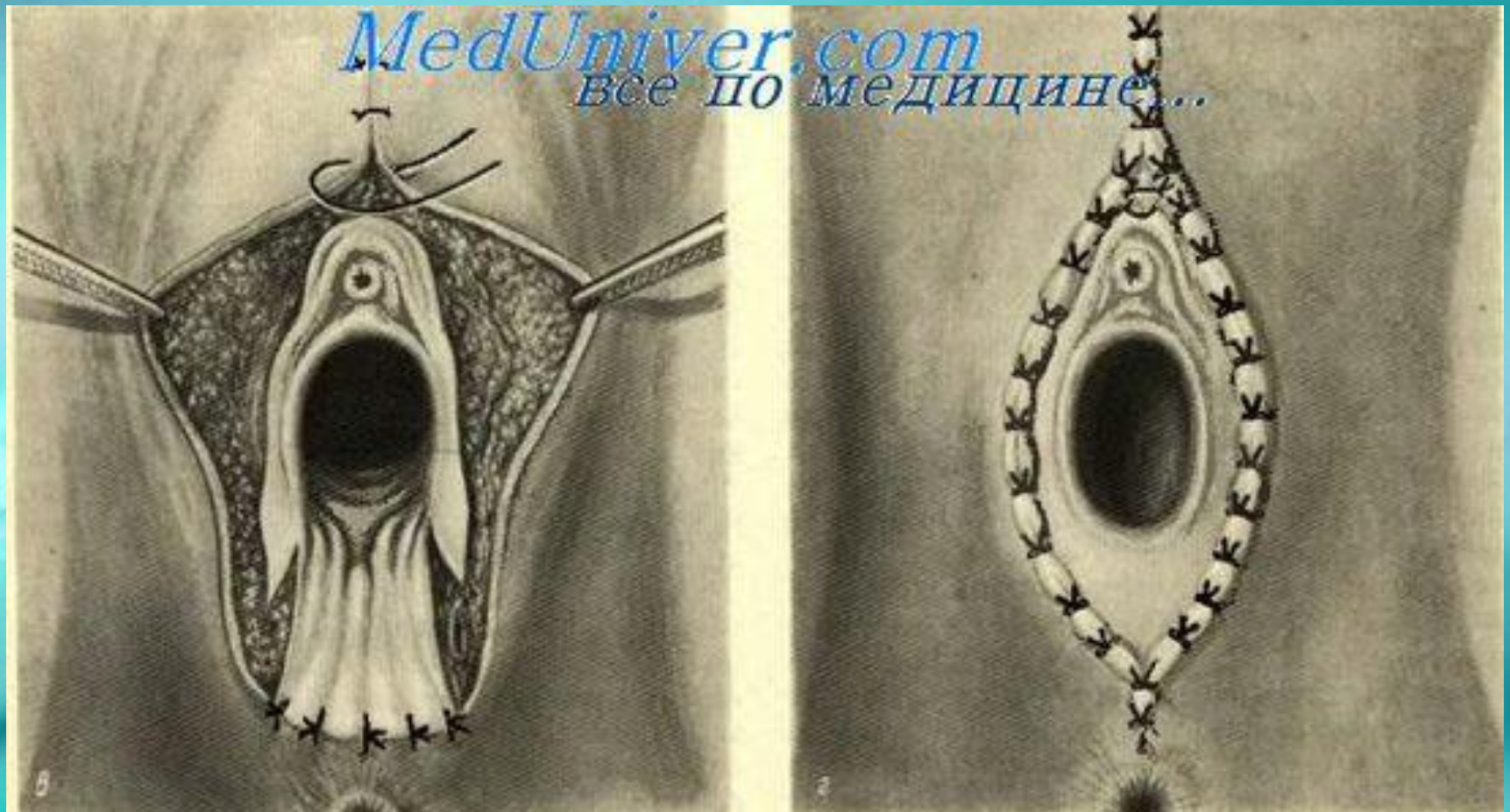
- **Стадия 0 (карцинома in situ).**
Выбор метода лечения зависит от распространения процесса.
Методы выбора:
 1. Широкое локальное иссечение, лечение лазером или их комбинация.
 2. Вульвэктомия с пересадкой лоскута ткани или без него.
 3. «Фторурацил» 5% крем (положительный результат в 50-60%).
 4. Фотодинамическая терапия.После вульвэктомия 5-летняя выживаемость составляет практически 100%, но рак вульвы на данной стадии диагностируют редко.



Частичная вульвэктомия



Частичная вульвэктомия



- **Стадия I рака вульвы**

- **Методы выбора:**

1. При микроинвазивном раке (инвазия до 1 мм), не связанного с VIN 3, показано широкое (5-10 мм) иссечение. При всех других вариантах рака вульвы I стадии (при клинически неопределяемых лимфатических узлах и отсутствии диффузной VIN 3) должно быть выполнено радикальное локальное иссечение с односторонней лимфаденэктомией на стороне опухоли.

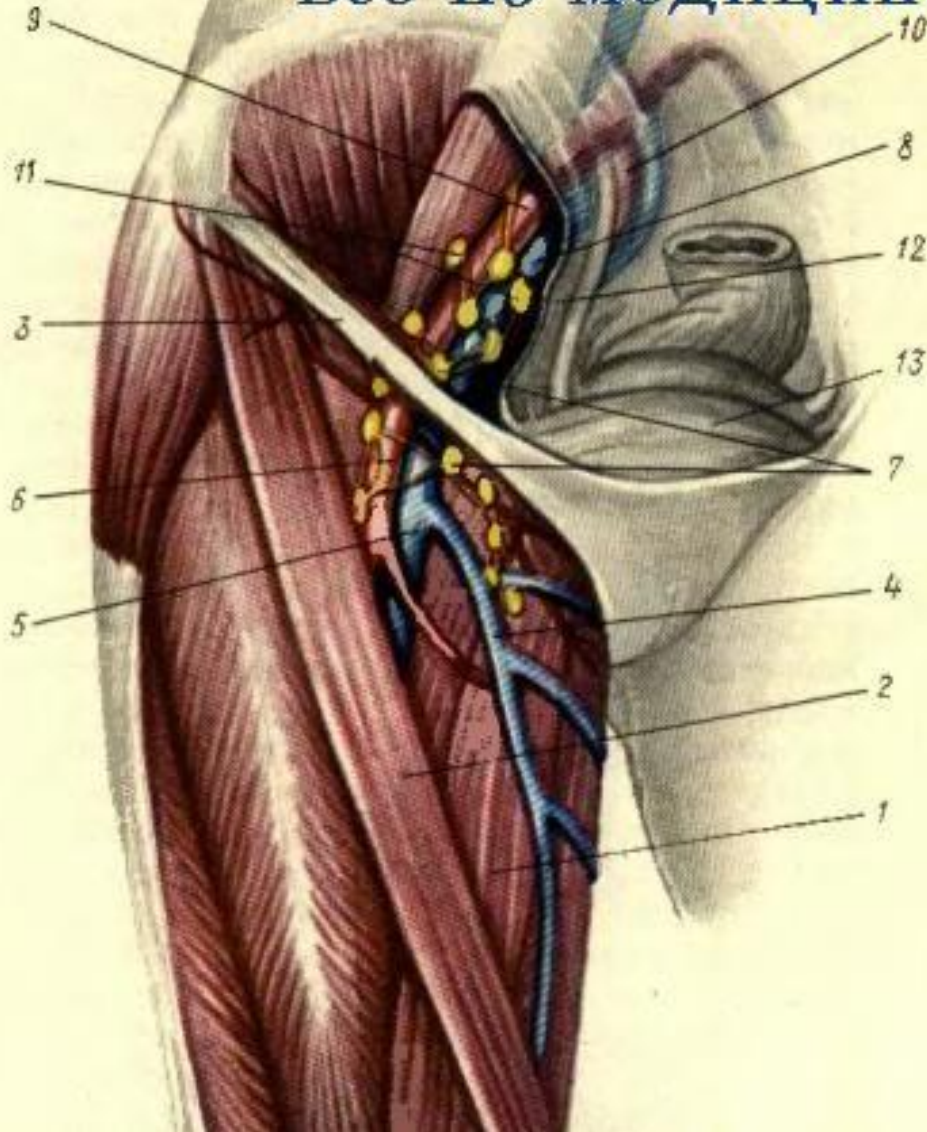
2. Вульвэктомия с двусторонней пахово-бедренной лимфаденэктомией.

Односторонняя паховая лимфаденэктомия является методом выбора при ранних формах рака вульвы. При наличии медицинских противопоказаний к проведению паховой лимфаденэктомии альтернативным методом лечения является облучение паховой области при клинически негативных лимфатических узлах (No) (РОД - 2,5-3 Гр, СОД - 35-40 Гр).

3. При наличии противопоказаний к проведению радикальной вульвэктомии из-за локализации или распространения рака вульвы проводят сочетанную лучевую терапию. При терапии быстрыми электронами: РОД на ложе опухоли составляет 3 Гр, СОД - 50-60 Гр. При отсутствии такой возможности проводится сочетанная лучевая терапия: на первичный очаг - до СОД - 60-65 Гр, на регионарные зоны - до СОД - 40 Гр.

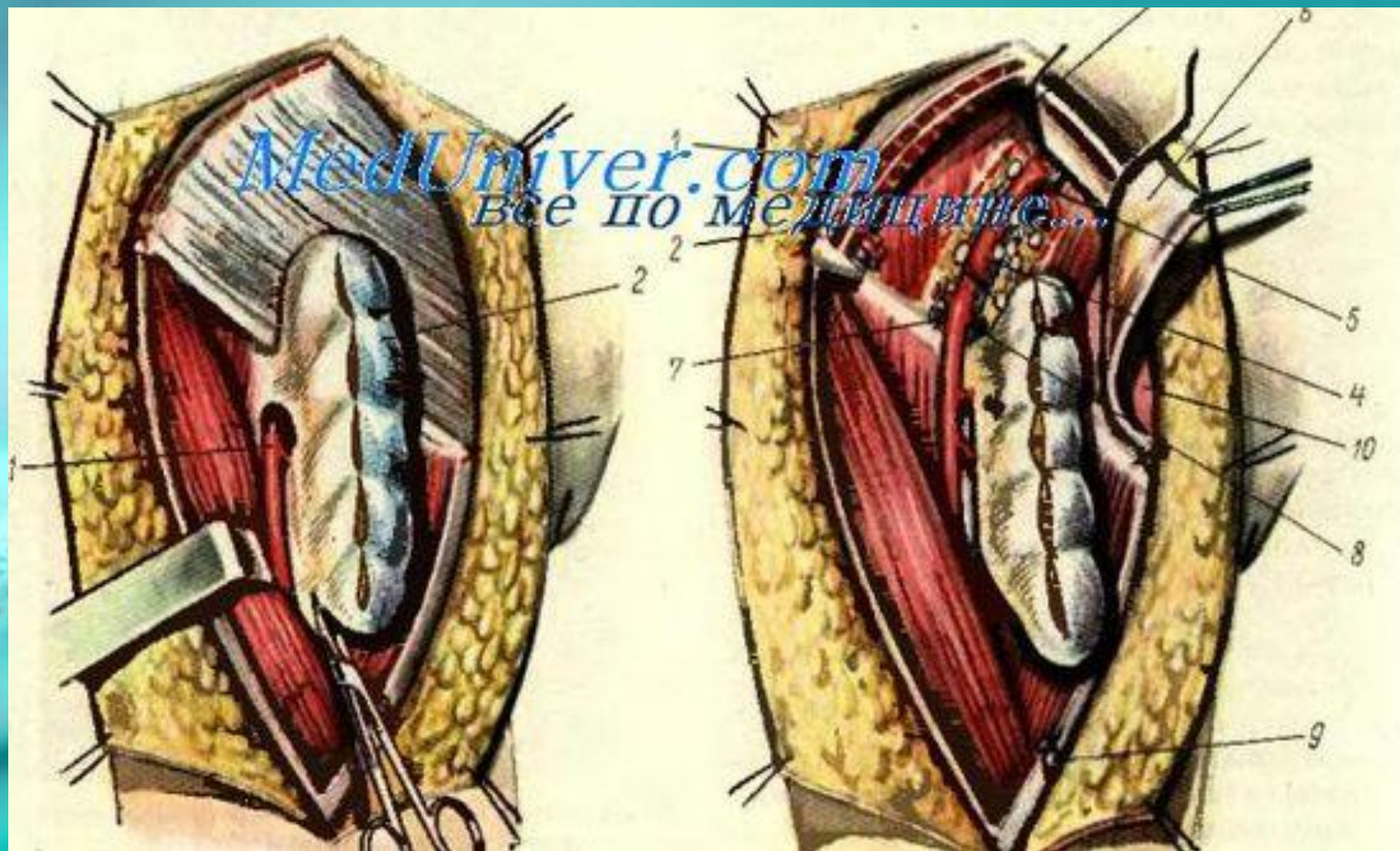
Вульвэктомия с двусторонней пахово-бедренной лимфаденэктомией обеспечивает 5-летнюю выживаемость до 90%.

MedUniver.com
Все по медицине..

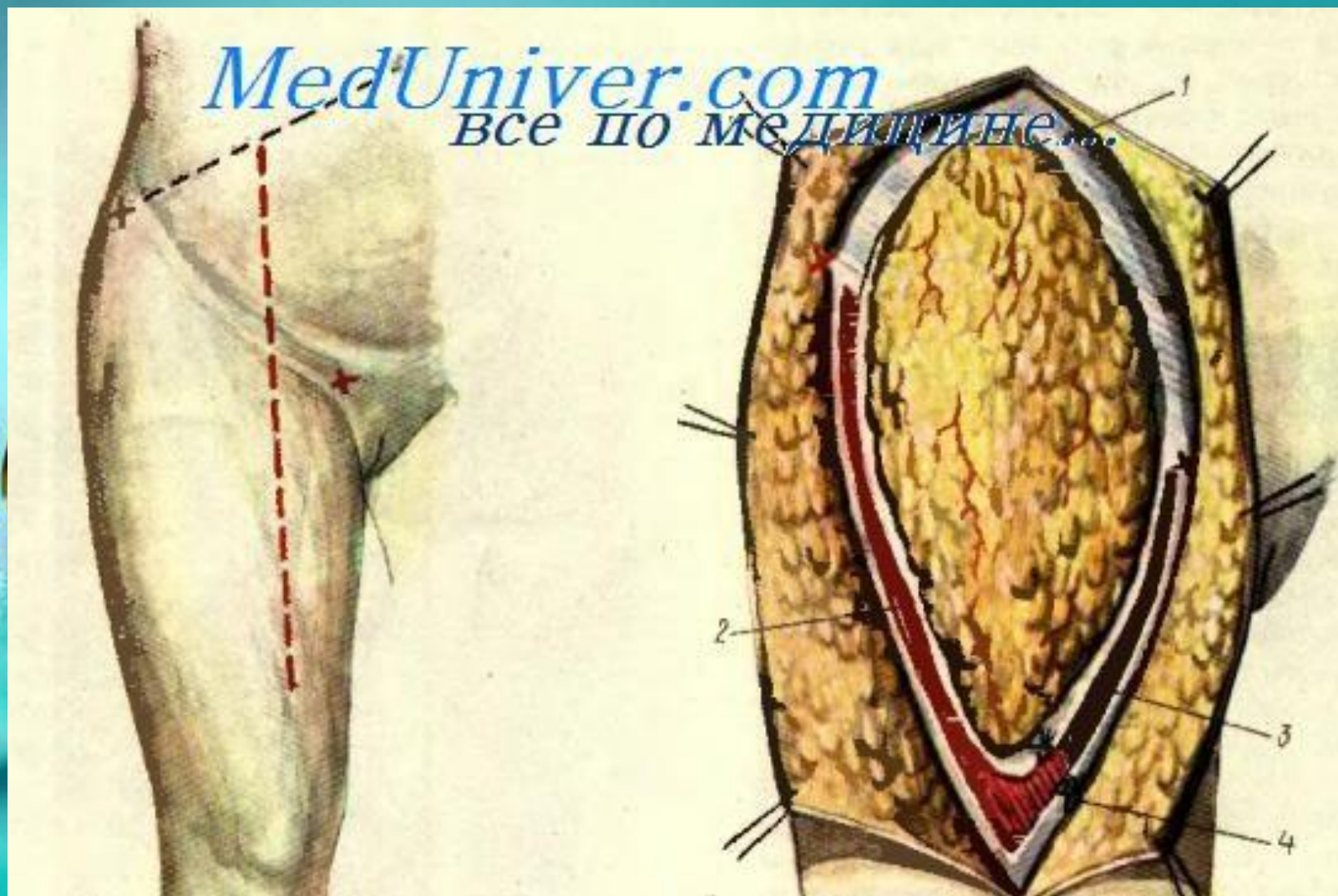


Вульвэктомия
с
двусторонней
пахово-
бедренной
лимфаденэк-
томией

Радикальная операция при раке вульвы



Радикальная операция при раке вульвы



- **Стадия II рака вульвы**

- Вульвэктомия с двусторонней пахово-бедренной лимфаденэктомией является стандартным методом лечения.

Методы выбора:

1. Вульвэктомия с двусторонней пахово-бедренной лимфаденэктомией. Лучевая терапия на паховые лимфатические узлы при No клинической стадии является альтернативой паховой лимфаденэктомии при лечении тех женщин, у которых имеются медицинские противопоказания к выполнению паховой лимфаденэктомии (РОД - 2,5-3 Гр, СОД - 35-40 Гр).

2. Больным, которым невозможно произвести вульвэктомию с пахово-бедренной лимфаденэктомией из-за локализации или распространения опухолевого процесса и сопутствующей патологии, показана радикальная лучевая терапия. Облучение в оптимальном варианте проводится быстрыми электронами с энергией 10-15 МэВ, РОД на ложе опухоли - 2,5-3 Гр, СОД - 50-60 Гр. При отсутствии электронной терапии проводится ДГТ: на первичный очаг - до СОД - 60-65 Гр, на регионарные зоны - до СОД - 40 Гр (при No), при N1-2 может быть продолжена до максимально переносимой дозы уменьшенным полем (максимальная СОД - 60 Гр).

Пятилетняя выживаемость достигает 80-90% в зависимости от размера первичной опухоли.

• Стадия III рака вульвы

- Вульвэктомия с пахово-бедренной лимфаденэктомией является стандартным методом лечения.

Методы выбора:

1. Вульвэктомия с пахово-бедренной лимфаденэктомией проводится после лучевой терапии на область вульвы при большом первичном поражении. Локальная адъювантная лучевая терапия в дозе 45-50 Гр показана при стромальной инвазии опухоли более 5 мм, особенно при поражении лимфатических узлов. Облучение таза (с включением подвздошных и obturatorных лимфатических узлов) и паховых областей проводят при наличии более двух метастазов в паховых лимфатических узлах: РОД - 2 Гр на каждую сторону ежедневно до СОД - 35-40 Гр.

2. Предоперационную лучевую терапию проводят в отдельных случаях для увеличения операбельности опухоли и для уменьшения объема оперативного вмешательства. Эффективным является сочетание предоперационной лучевой терапии в дозе до 55 Гр, разделенной на 2 курса, которые проводят с интервалом 2 нед., и химиотерапии, проводимой в начале каждого курса по схеме митомицин-С (15 мг/м² в 1-й день) и 5-фторурацил (750 мг/м² ежедневно в течение 5 дней). В случаях распространения опухолевого процесса на влагалище или уретру (ТЗ) дистанционная гамма-терапия дополняется предоперационной внутриполостной гамма-терапией, которая осуществляется эндовагинально (аппарат типа «АГАТ-В», РОД на поверхность слизистой оболочки 5-7 Гр, ритм облучения 1-2 раза в неделю, СОД - 45-60 Гр) либо эндоуретрально в аналогичном режиме.

3. При противопоказаниях к проведению вульвэктомии с пахово-бедренной лимфаденэктомией единственным методом лечения служит сочетанная лучевая терапия. Лучевую терапию можно сочетать с химиотерапией по схеме 5-фторурацил или 5-фторурацил с цисплатином. Четыре курса химиотерапии и последующая лучевая терапия приводят к полному положительному ответу в 53-89% случаев первично неоперабельной опухоли, и при необходимости экзентеративной хирургии СОД должна составлять 54-65 Гр.

Поскольку наиболее частой морфологической формой рака вульвы является плоскоклеточный рак, то для системной химиотерапии применимы все препараты, используемые при лечении рака шейки матки.

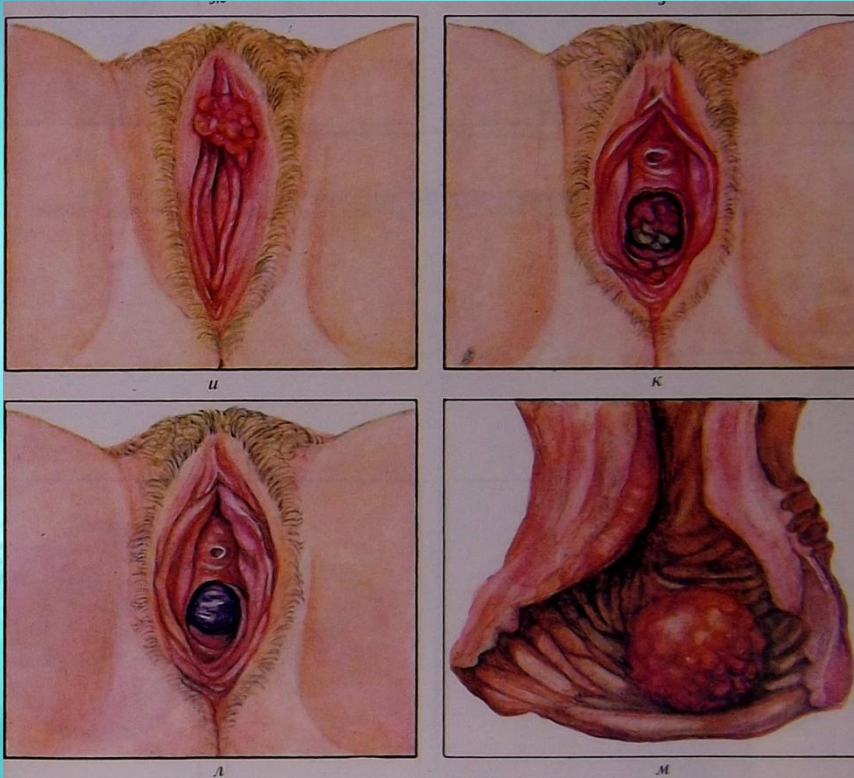
Пятилетняя выживаемость при одностороннем единичном поражении лимфатических узлов составляет 70%, снижаясь до 30% при наличии более трех метастатических лимфатических узлов с одной стороны.

- **Стадия IV рака вульвы**
- Наиболее трудной задачей является лечение больных раком вульвы IV стадии. Распространение опухоли определяет выполнение сверхрадикальных операций либо проведение химиолучевой терапии с паллиативными хирургическими вмешательствами.

Методы выбора:

1. Расширенная вульвэктомия с тазовой экзентерацией.
2. При значительном местном распространении процесса - хирургическое лечение в сочетании с предоперационной лучевой терапией. При стромальной инвазии опухоли более 5 мм показана локальная адъювантная лучевая терапия в дозе 45-50 Гр, особенно при поражении лимфатических узлов. Облучение таза и паховых областей проводят в том случае, если поражено более двух паховых лимфатических узлов.
3. Облучение больших первичных опухолей дает возможность проведения радикальной операции. Эффективна лучевая терапия в дозе 55 Гр, которая сочетается с химиотерапией. Облучение начинается через 10 дней после химиотерапии 5-фторурацилом (1 г/м² в сутки в/в с 1-го по 5-й день) или 5-фторурацилом (1 г/м² в/в с 1-го по 5-й день) с цисплатином (100 мг/м² в/в в 1-й день).
4. При противопоказаниях к выполнению расширенной вульвэктомии радикальная лучевая терапия является методом выбора. Возможно ее проведение в сочетании с химиотерапией 5-фторурацилом или 5-фторурацилом (1 г/м² в/в с 1-го по 5-й день) с цисплатином (100 мг/м² в/в в 1-й день). Лучевые осложнения в виде позднего фиброза, атрофии, телеангиэктазии и некроза могут быть минимизированы, если фракционировать лучевую терапию. Общая доза составляет 54-65 Гр. Отдаленные результаты лечения остаются неудовлетворительными и не превышают 10-20%.

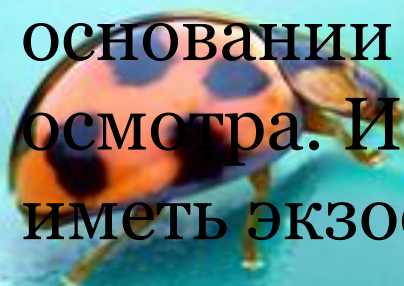
Ведение больных с раком влагалища



- Обследование
- Диагностика
- Лечение
- Реабилитация

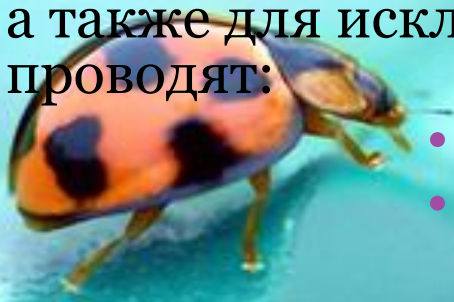
ДИАГНОСТИКА РАКА ВЛАГАЛИЩА

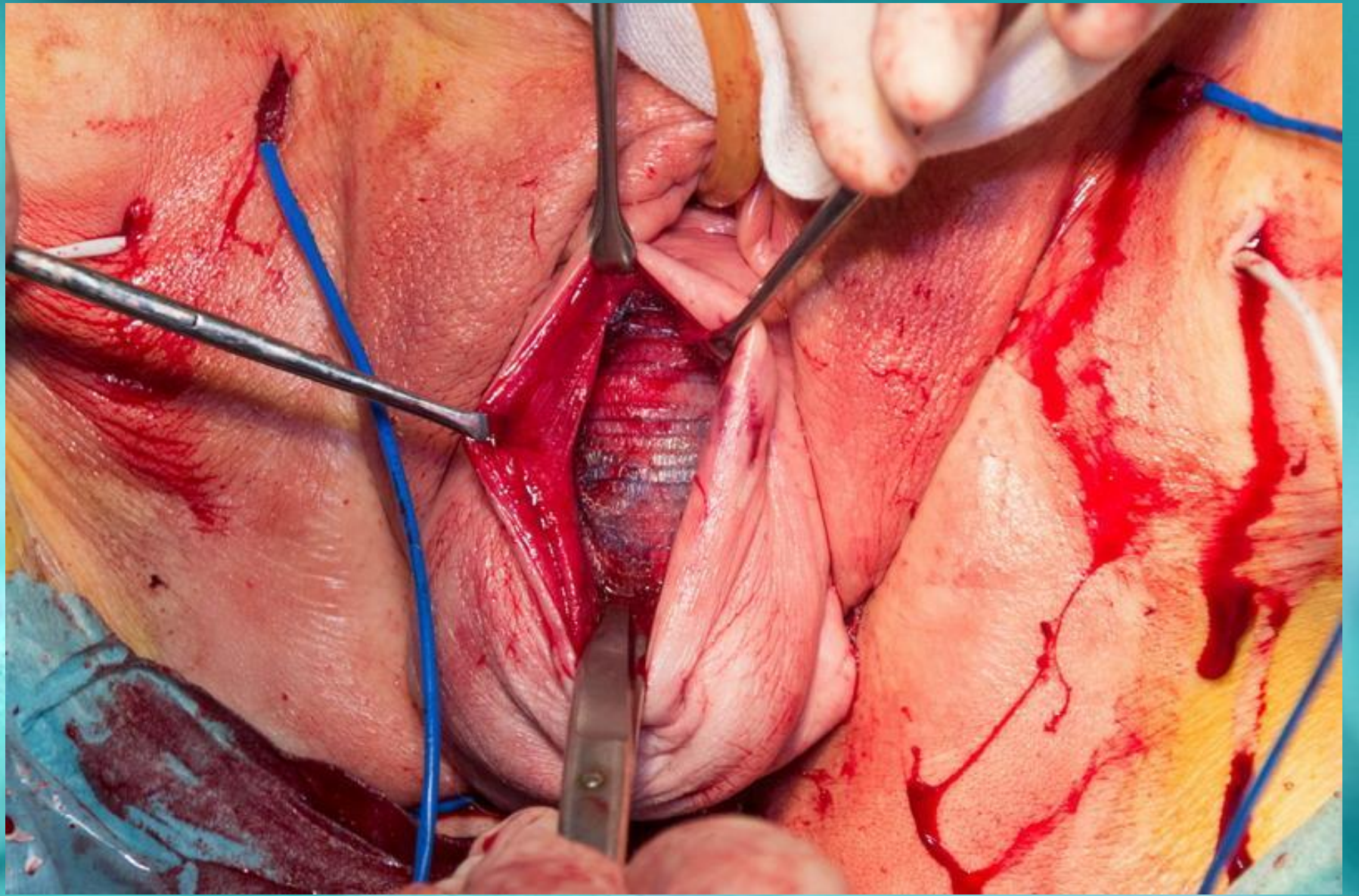
- Диагностика рака влагалища в клинически выраженных случаях не вызывает затруднений. Диагноз устанавливают на основании результатов гинекологического осмотра. Инвазивный рак влагалища может иметь экзофитную, эндофитную и смешанную форму роста.



ЛАБОРАТОРНО- ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Вагиноскопия.
- Цитологическое исследование мазков с опухоли.
- Гистологическое исследование биопсийного материала.
- Гистологическая верификация диагноза обязательна. Для уточнения степени распространения опухолевого процесса, а также для исключения его метастатического характера проводят:
 - ◆ цистоскопию;
 - ◆ экскреторную урографию или радиоизотопное исследование функции почек;
 - ◆ ректороманоскопию;
 - ◆ рентгенографию органов грудной клетки, по показаниям КТ и МРТ;
 - ◆ УЗИ малого таза и брюшной полости.





ЛЕЧЕНИЕ РАКА ВЛАГАЛИЩА

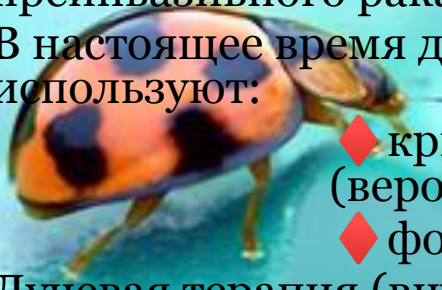
- **ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ**
- Устранение опухоли. Профилактика рецидива опухоли и метастазирования.



- **ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**
- Проведение лучевой, лекарственной терапии и оперативного вмешательства.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ВЛАГАЛИЩА

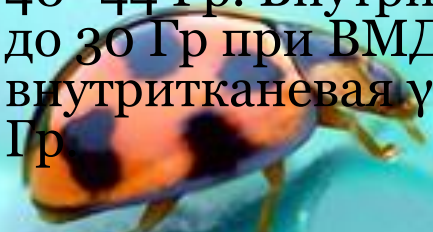
- Стадия 0.
- Лечение преинвазивного рака влагалища индивидуально и зависит от длительности поражения, локализации, состояния пациентки и медицинских возможностей. Хирургическое лечение в виде электроэксцизии возможно только при локализованных формах рака. При мультицентрическом росте оперативное вмешательство должно включать гистерэктомию с вагинэктомией, что связано с высоким операционным риском и не соответствует современным принципам лечения преинвазивного рака.
- В настоящее время для лечения преинвазивного рака влагалища используют:
 - ◆ криодеструкцию и лазерное разрушение опухоли (вероятность излечения 75–85%);
 - ◆ фотодинамическую терапию.
- Лучевая терапия (внутриполостная утере́пия) применяется при неэффективности методов локального воздействия. СОД — 60 Гр при низкой мощности дозы (НМД) и 35–40 Гр при высокой мощности дозы (ВМД).
- Инвазивный рак влагалища. Основной метод лечения инвазивного рака влагалища — лучевая терапия, которая состоит из дистанционного облучения, внутриполостной и внутритканевой утере́пии.



- **Стадия I. Опухоль до 1 см. G1–G2**
- Проводится только внутриполостная терапия. СОД — 60 Гр при НМД и 35–40 Гр при ВМД (точка нормировки на глубину 1 см от слизистой).
- **Стадия I. Опухоль более 1 см**
- Сочетанная лучевая терапия. Дистанционное облучение — до СОД 40–42 Гр. Внутриполостная терапия — до СОД 60 Гр при НМД и 30 Гр при ВМД.

- **Стадия II**
- Сочетанная лучевая терапия. Дистанционное облучение — СОД 40–44 Гр. Внутриполостная терапия — до СОД 70 Гр при НМД и до 30 Гр при ВМД. При наличии остаточной опухоли проводится внутритканевая терапия с доведением суммарной дозы до 70–80 Гр.

- **Стадия III**
- Сочетанная лучевая терапия. Дистанционное облучение — до СОД 45–50 Гр. Внутриполостная терапия — до СОД 70 Гр при НМД и до 30 Гр при ВМД. Далее, на остаточную опухоль — внутритканевая терапия, с суммарной дозой до 70–80 Гр.
- При местнораспространенном раке влагалища возможно проведение химиолучевого лечения с использованием фторурацила © и цисплатина.



МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ВЛАГАЛИЩА



- Химиотерапия при раке влагалища используется редко в связи с невысокой чувствительностью данной опухоли. При лечении преинвазивного рака применяют местную химиотерапию с фторурацилом (аппликации).
- Через 3 месяца после эпителизации осуществляют цитологический контроль. При обнаружении опухолевых клеток курс повторяют. При неудаче повторного лечения используют другие методы. Полихимиотерапию проводят при рецидивах заболевания. Возможно сочетание с лучевым методом.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ



- Больной после лечения показано активное наблюдение у онкогинеколога с контролем УЗИ, цитологических мазков и уровня онкомаркера SCC при плоскоклеточном раке (в норме он не превышает 1,5 нг/мл).
 - 1й год — 1 раз/2 мес.
 - 2й год — 1 раз/3 мес.
 - 3й и 4й год — 1 раз/6 мес.
 - 5й и последующие годы — раз в год.

ПРОГНОЗ

- Прогноз при раке влагалища зависит, прежде всего, от первичной распространенности опухолевого процесса. Пятилетняя выживаемость



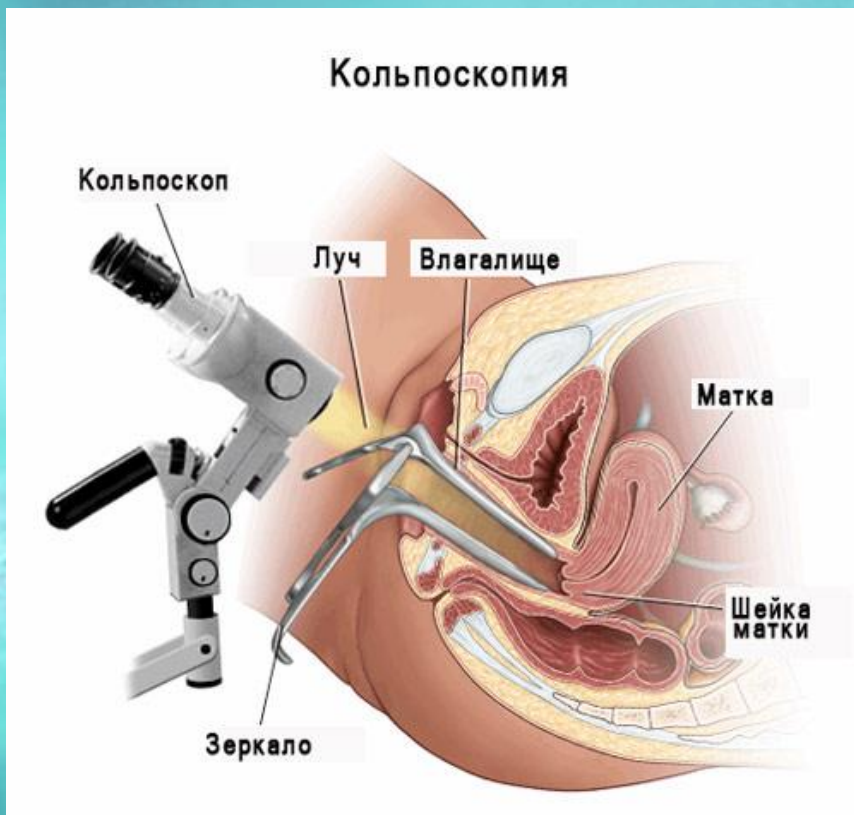
- при I стадии составляет 67–77%,
- при II — 40–65%, при III — 34–37% и
- при IV — 0–18,9% (IVA).

Ведение больных с раком шейки матки



- Обследование
- Диагностика
- Лечение
- Реабилитация

ОБСЛЕДОВАНИЕ

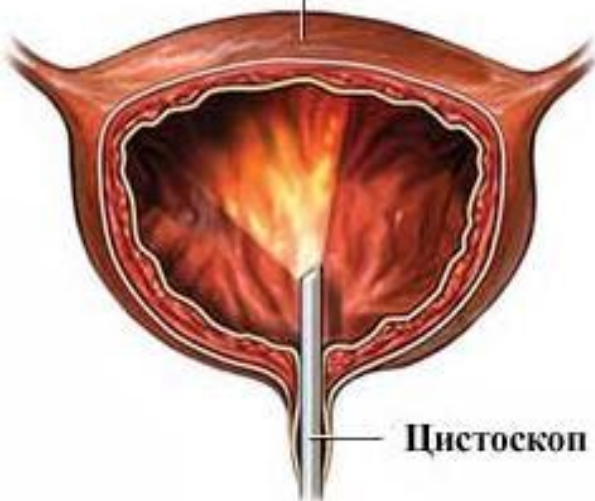


- Осмотр шейки матки в зеркалах
- Бимануальное исследование
- Кольпоскопия расширенная (с использованием раствора уксусной кислоты и пробой Шиллера)
- Биопсия подозрительных участков

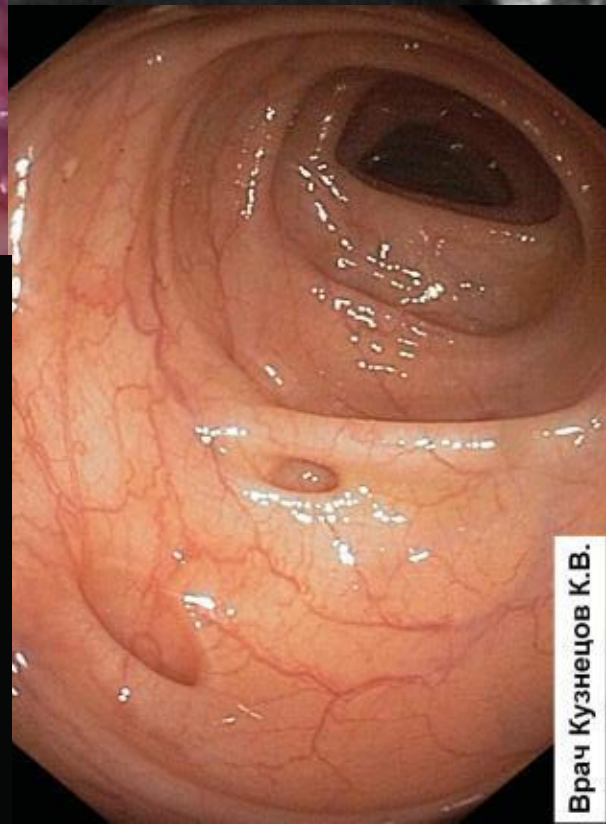
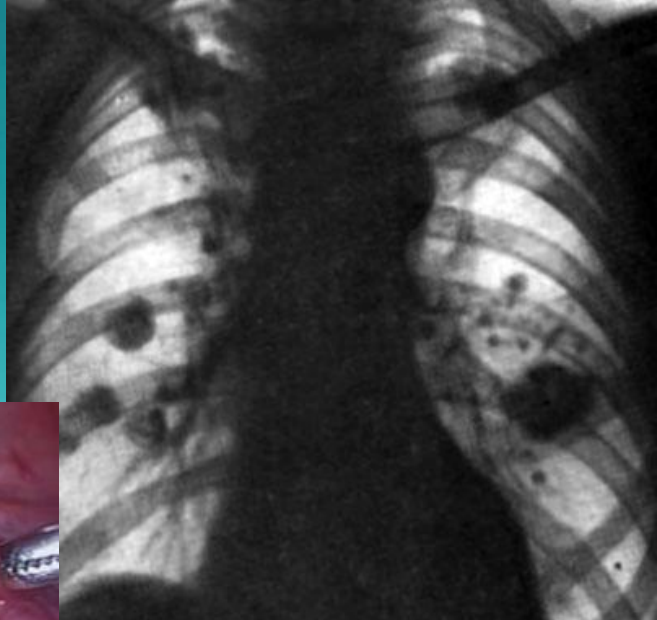
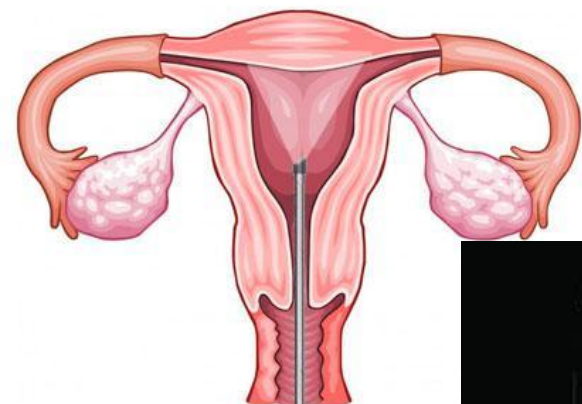
Проба Шиллера



Мочевой пузырь



Цистоскоп



Врач Кузнецов К.В.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ



При РШМ IA1 стадии (без неблагоприятных факторов прогноза) у лиц молодого, репродуктивного возраста, соматически отягощённых больных может быть выполнена высокая конусовидная ампутация шейки матки. После этой операции (в пределах здоровых тканей) показано строгое динамическое наблюдение. Мазки по Папаниколау делают через 4 мес, через 10 мес, затем ежегодно, если оба предыдущих исследования онкологической патологии не выявили. У лиц старшего возраста рекомендуют выполнение экстирпации матки.



При распространённости РШМ до стадии T1A2 частота поражения регионарных лимфатических узлов возрастает до 12%, поэтому тазовая лимфодиссекция должна быть включена в протокол лечения. Рекомендуют операцию Вертгейма, или расширенную экстирпацию матки с транспозицией яичников.

Для сохранения репродуктивной функции можно выполнить высокую конусовидную ампутацию шейки матки с забрюшинной или лапароскопической тазовой лимфодиссекцией. Динамическое наблюдение осуществляют с использованием мазков по Папаниколау через 4 и 10 мес, в последующем при отсутствии патологии в двух мазках — ежегодно.



Стандартное хирургическое лечение РШМ IB1 стадии: расширенная экстирпация матки с придатками.

У больных репродуктивного возраста яичники могут быть сохранены и выведены за пределы таза (возможно проведение послеоперационной лучевой терапии). Транспозиция яичников может быть выполнена при плоскоклеточном раке высокой и умеренной степени дифференцировки и отсутствии опухолевой сосудистой эмболии.

§§

§§

§§

§§



THE
MIND
IS
A
MACHINE
AND
IT
OBSERVES
ITSELF

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

- Периодические осмотры больных из 3й клинической группы должны включать: оценку жалоб, общий и гинекологический осмотр, цитологическое исследование мазков с культивации шейки матки и из цервикального канала после органосохраняющего лечения или из влагалища. Необходимо определять динамику экспрессии опухолевых маркеров (SCC), проведение УЗИ, а по показаниям — КТ с периодичностью 1 раз в 3 мес на протяжении первых двух лет, 1 раз в 6 мес на протяжении 3, 4 и 5 года или до выявления признаков прогрессирования. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки необходимо проводить каждые 6 мес.

ПРОГНОЗ

- Выживаемость пациенток непосредственно связана со стадией заболевания, и её пятилетние показатели составляют: для стадии I — 78,1%, II — 57,0%, III — 31,0%, IV — 7,8%, все стадии — 55,0%.
- Пятилетняя выживаемость больных РШМ после комбинированного лечения достигает высоких значений, что связано с совершенствованием методов лечения, а также с соблюдением принципов дифференцированного подхода к выбору метода лечения. Вместе с тем степень распространения РШМ остается одним из основных прогностических факторов. В связи с этим улучшения результатов лечения достигают в основном за счёт увеличения продолжительности жизни больных раком стадий I и II, в то время как показатели таковой при стадии III остаются стабильными.