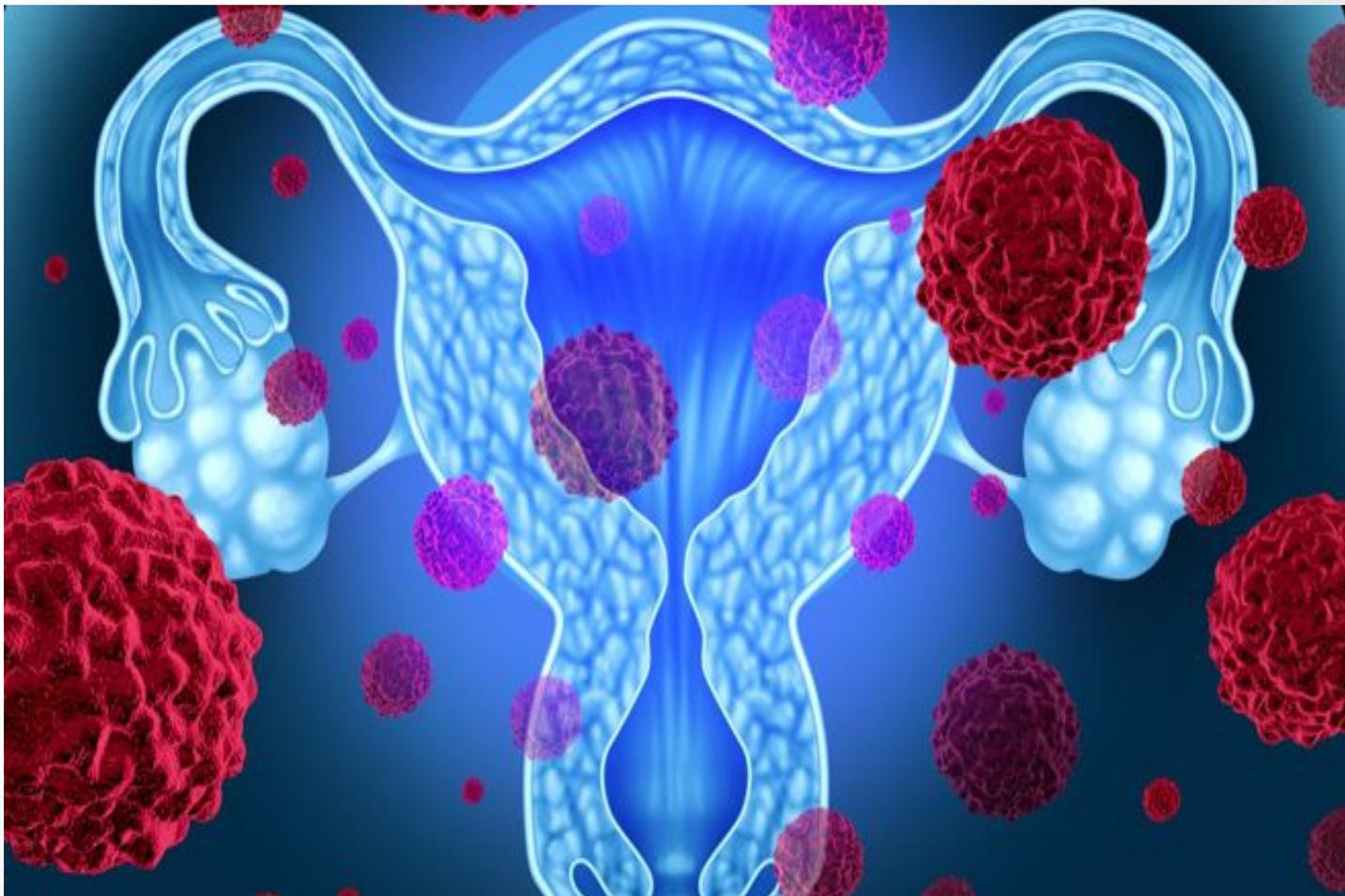


ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ



РАК ВУЛЬВЫ

- Рак вульвы – злокачественное онкозаболевание наружных половых органов у женщин.
 - Вульва включает в себя: лобок, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, большие железы преддверия влагалища (бартолиновые железы), девственная плева.
-

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Рак вульвы - одна из редких злокачественных опухолей женских половых органов. Заболеваемость составляет 2-3 на 100 тыс. женщин, при небольших колебаниях в зависимости от географических особенностей.
 - Смертность от рака вульвы не превышает 0,5 на 100 тыс. населения.
 - Рак вульвы поддается лечению, если выявляется на ранних стадиях. К сожалению, во многих странах, в том числе и в России, несмотря на наружную локализацию опухоли, диагноз устанавливают уже при распространенном процессе (III, IV стадии).
 - Рак вульвы - это болезнь женщин пожилого и старческого возраста: 80 % инвазивного рака вульвы диагностируется у женщин старше 55 лет, в том числе 30 % - в возрасте старше 75 лет.
-

Факторы риска:

- возраст старше 50, особенно старше 70 лет.
 - инфицирование вирусом папилломы человека
 - инфицирование вирусом иммунодефицита человека
 - склерозирующий лишай
 - меланома или атипичные невусы («атипичные родинки»), передающиеся по наследству
 - низкий социально-экономический статус
 - диспластические процессы наружных половых органов
 - злокачественные опухоли женских половых органов иной локализации
 - ожирение
 - артериальная гипертония
 - сахарный диабет
 - большое количество половых партнеров
 - курение.
-

Морфологическое строение

- Инвазивный плоскоклеточный рак вульвы составляет 90 % всех злокачественных опухолей вульвы.
 - Другими злокачественными опухолями вульвы являются:
 - меланома
 - Аденокарцинома
 - рак преддверия большой железы (бартолиновой), саркома.
-

Метастазирование

- Для рака вульвы характерен лимфогенный путь метастазирования.

Регионарными являются:

- ❖ поверхностные паховые лимфатические узлы;
 - ❖ в дальнейшем метастазирование идет в глубокие паховые, наружные и внутренние подвздошные лимфатические узлы.
 - ❖ Лимфатические сосуды вульвы тесно связаны между собой, в связи с чем возможно возникновение двусторонних и перекрестных метастазов.
 - ❖ При раке клитора поражаются паховые лимфатические узлы с обеих сторон.
-

Классификация

- Критерии выделения категорий T, N и M соответствуют стадиям FIGO. Ниже для сравнения приведены обе классификации
 - ✓ T - первичная опухоль
 - ✓ N - регионарные лимфатические узлы
 - ✓ M - отдаленные метастазы

 - ✓ G — гистопатологическая дифференцировка.
-

✓ T - первичная опухоль

- **Tx** - оценка первичной опухоли невозможна.
- **T0** - первичная опухоль не обнаружена.
- **Tis** - преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ).
- **T1** - опухоль в пределах наружных половых органов или промежности; ее размеры - до 2 см в наибольшем измерении:
 - опухоль в пределах наружных половых органов или промежности; ее размеры - до 2 см в наибольшем измерении, а глубина инвазии в строму - до 1 мм*;
- **T1b** - опухоль в пределах наружных половых органов или промежности; ее размеры - до 2 см в наибольшем измерении, а глубина инвазии в строму - более 1 мм*.

- **T2** - опухоль в пределах наружных половых органов или промежности, а ее размеры в наибольшем измерении - более 2 см.
 - **T3** - опухоль любых размеров с поражением нижнего отдела мочеиспускательного канала и (или) влагалища или заднего прохода.
 - **T4** - опухоль поражает одну из нескольких структур: верхнюю часть мочеиспускательного канала, слизистую оболочку мочевого пузыря и прямой кишки либо лобковую кость.
-

✓ N - регионарные лимфатические узлы

- **Nx**- состояние регионарных лимфатических узлов (бедренных и паховых) оценить невозможно.
 - **N0** - метастазов в регионарных лимфатических узлах нет.
 - **N1** - одностороннее поражение регионарных лимфатических узлов.
 - **N2** - двустороннее поражение регионарных лимфатических узлов.
-

✓ М - отдаленные метастазы

- **Мх** - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.
 - **М0** - нет признаков отдаленных метастазов.
 - **М1** - имеются отдаленные метастазы (метастазы в тазовые лимфатические узлы - М1).
-

✓ **G — гистопатологическая дифференцировка.**

- **Gx** — степень дифференцировки не может быть установлена.
 - **G1** — высокая степень дифференцировки.
 - **G2** — средняя степень дифференцировки.
 - **G3** — низкая степень дифференцировки.
 - **G4** — недифференцированные опухоли.
-

TNM	FIGO	Описание
Tx	—	Оценка первичной опухоли невозможна
T0	—	Первичная опухоль не обнаружена
Tis	0	Преинвазивная карцинома (<i>carcinoma in situ</i>)
T1	I	Опухоль в пределах наружных половых органов или промежности; ее размеры — не более 2 см в наибольшем измерении
T1a	IA	Опухоль в пределах наружных половых органов или промежности; ее размеры — не более 2 см в наибольшем измерении, а глубина инвазии в строуму — не более 1 мм
T1b	IB	Опухоль ограничена в пределах наружных половых органов или промежности; ее размеры — не более 2 см в наибольшем измерении, а глубина инвазии в строуму — более 1 мм
T2	II	Опухоль — в пределах наружных половых органов или промежности, а ее размеры в наибольшем измерении — более 2 см
T3	III	Опухоль любых размеров с поражением нижнего отдела мочеиспускательного канала и (или) влагалища или заднего прохода
T4	IVA	Опухоль поражает одну из следующих структур: верхнюю часть мочеиспускательного канала, слизистую оболочку мочевого пузыря и прямой кишки либо лобковую кость
N1	III	Одностороннее поражение регионарных лимфатических узлов
N2	IVA	Двустороннее поражение регионарных лимфоузлов
M1	IVB	Отдаленные метастазы имеются

Клиническая картина

- Симптоматика рака вульвы разнообразна. Иногда специфические симптомы могут отсутствовать. Чаще пациенты предъявляют жалобы на раздражение и зуд в области гениталий, дискомфорт. По мере роста опухоли и присоединения воспалительного компонента появляются жалобы на боли, наличие изъязвления или экзофитного образования, гнойные и кровянистые выделения.
- Вторичные симптомы развиваются в результате регионарного метастазирования и поражения соседних органов: отёк вульвы, лобка, конечностей, нарушение функции мочеиспускания, температура, общая слабость, утомляемость, снижение работоспособности.



ПРЕДРАК

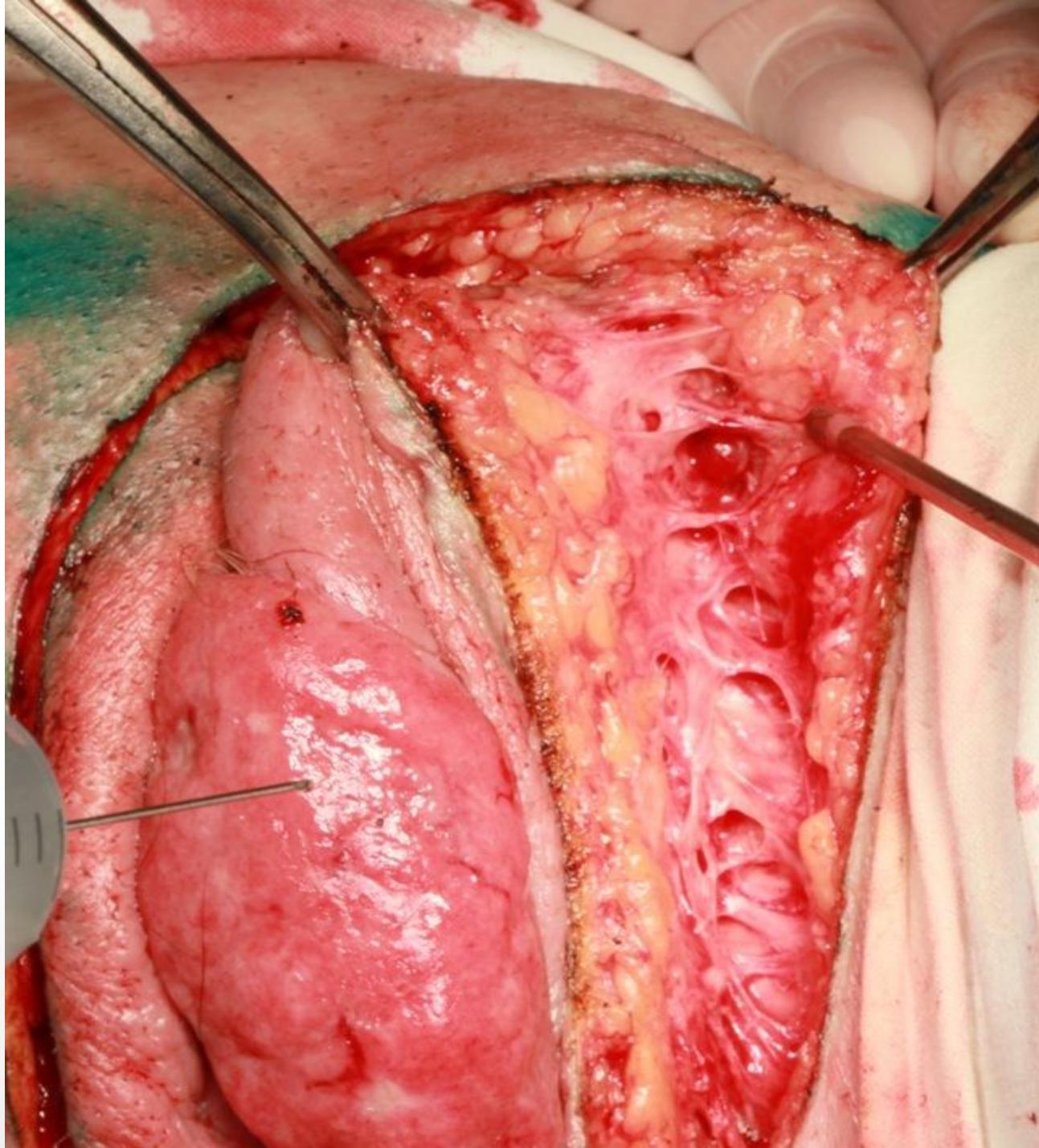
ВУЛЬВЫ



КЛИНИЧЕСКИ
ВЫРАЖЕННЫЙ
РАК

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЛАНОМА ВУЛЬВЫ







а



б



в



г



е



д

Диагностика

✓ АНАМНЕЗ

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

✓ 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**

- **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.

ЛЕЧЕНИЕ

- **I стадия** – оперативное лечение
 - **II – III стадия** – комбинированное (хирургическое и лучевое)
 - **IV – стадия** (рецидивы) – различные сочетания хирургического, лекарственного и лучевого методов
-

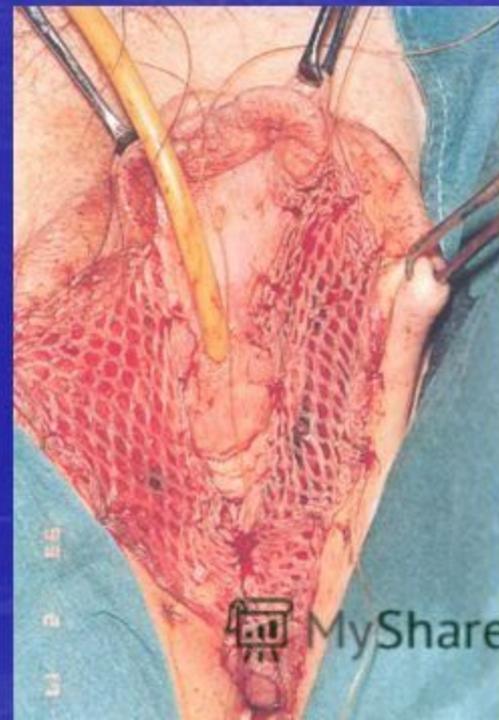
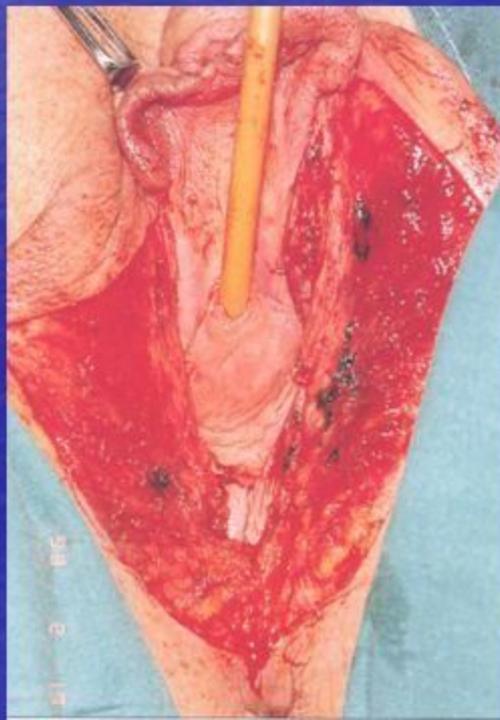
- **Стадия 0** Широкое иссечение на расстоянии 0,5–1,0 см от края поражения, лазерная абляция или их комбинация
 - При значительной протяжённости поражения — простая вульвэктомия. Инвазивный рак вульвы. Выбор адекватного лечения при раке вульвы индивидуален и зависит как от особенностей опухолевого процесса, так и от общего состояния пациентки
 - При выборе метода и объёма лечения необходимо рассматривать воздействие на первичную опухоль и зону паховых лимфатических узлов
 - При микроинвазивном раке вульвы (инвазия до 5 мм) проводят радикальную эксцизию (широкое иссечение со значительным захватом подлежащих тканей) или простую вульвэктомию.
-

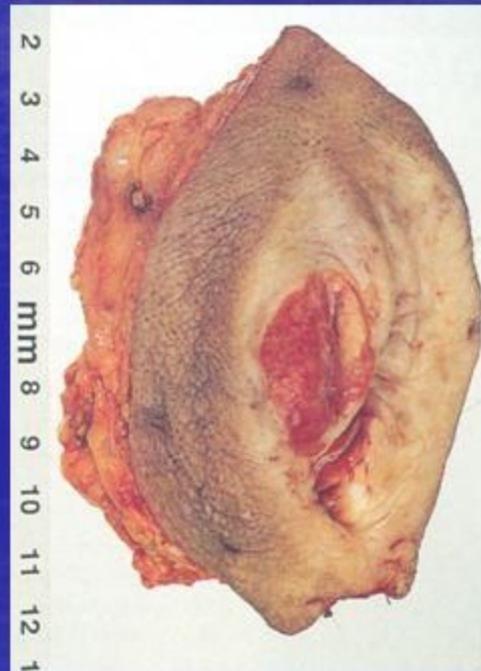
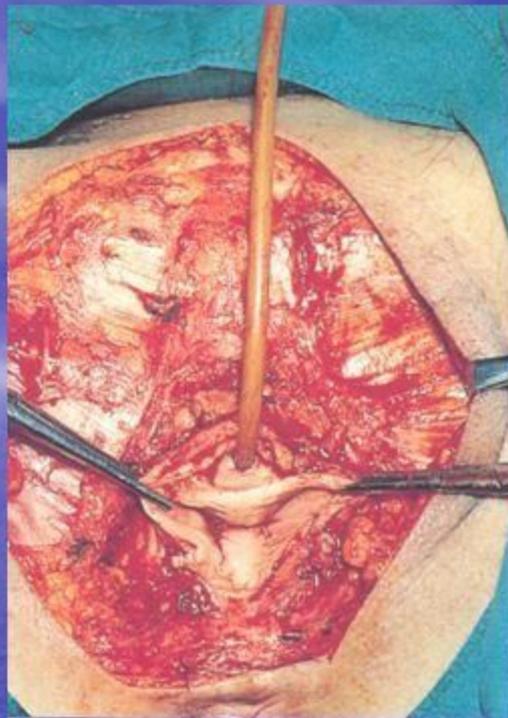
- Проведение лимфаденэктомии при лечении микроинвазивного рака не показано.
- При I стадии выполняют радикальную вульвэктомию с паховобедренной лимфаденэктомией на стороне поражения.
- Поражение контрлатеральных паховых лимфоузлов при T1 не превышает 1%.
- **Показаниями к двусторонней паховобедренной лимфаденэктомии считают:** медиальное расположение опухоли вульвы, особенно в зоне клитора.
- При осложнённом терапевтическом статусе пациентки возможно проведение профилактического дистанционного облучения паховобедренных зон электронным пучком и гаммаизлучением в суммарной очаговой дозе 40 Гр.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ВУЛЬВЫ

(стадия 0 – 5-летняя выживаемость – 100%)

- Простая вульвэктомия
 - Методы выбора:
 - а. широкое локальное иссечение
 - б. вульвэктомия с/без пересадки лоскута ткани





- **При II стадии** выполняют радикальную вульвэктомию с двусторонней паховобедренной лимфаденэктомией. При локализации опухоли в области клитора необходима паховобедренноподвздошная лимфаденэктомия.
- Целесообразность послеоперационной лучевой терапии определяют с учётом неблагоприятных факторов прогноза после гистологического изучения первичной опухоли и регионарных лимфатических узлов.

✓ **Показания для послеоперационного облучения регионарных зон:**

- два или более микрометастаза в паховых лимфоузлах;
- один или более макрометастаз (более 10 мм в диаметре);
- экстракапсулярный рост.
- Лучевую терапию на паховобедренные зоны проводят электронным пучком и гаммаизлучением, СОД — 46–50 Гр, облучение малого таза — 40–50 Гр.
- Выполнение двусторонней подвздошнообтураторной лимфаденэктомии при имеющихся множественных метастазах достоверно улучшает результаты по сравнению с послеоперационным облучением этих зон.

- **III стадия.** При резектабельных процессах (T1T2 N1 M0) лечение следует начинать с хирургического вмешательства в объёме радикальной вульвэктомии с двусторонней паховобедренной или паховобедренноподвздошной лимфаденэктомией.
- В послеоперационном периоде проводят дистанционное облучение на паховобедренные зоны и лимфатические узлы малого таза, СОД 50 Гр. При наличии клеток опухоли по краю резекции первичной опухоли проводят облучение вульварного кольца, СОД 40–50 Гр.
- При местнораспространённом раке вульвы (T3) для повышения резектабельности вначале проводят лучевую или химиолучевую терапию, как I этап комбинированного лечения. После этого определяют возможность выполнения хирургического лечения. Проводят облучение вульвы электронным пучком (СОД 35–40 Гр) и на зоны регионарного метастазирования при клинически определяемых метастазах в лимфатических узлах (СОД 40 Гр).

- **При химиолучевом лечении** для усиления эффекта лучевой терапии используют 5фторурацил© и цисплатин в качестве радиомодификаторов. Возможности лечения IV стадии рака вульвы (местнораспространенные формы) крайне ограничены и зависят от распространения опухоли, которая может вовлекать уретру, влагалище, мочевого пузыря, прямую кишку с инфильтрацией клетчатки.
 - Если возможно, проводят радикальную вульвэктомию и экзентерацию малого таза с удалением мочевого пузыря, прямой кишки (в зависимости от распространения опухоли), экстирпацией матки и влагалища.
 - При отсутствии прорастания мочевого пузыря и прямой кишки возможно выполнение радикальной вульвэктомии с последующей лучевой терапией на зоны регионарного метастазирования. При поражении влагалища проводят внутриволостную гамматерапию.
 - **При нерезектабельной опухоли** лечение начинают с лучевой или химиолучевой терапии и затем, если это становится возможным, выполняют операцию.
-

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

- Несмотря на совершенствование методик облучения, использование высокоэнергетических видов излучения и электронного пучка, достаточно высокая радиорезистентность рака вульвы и частое возникновение лучевых осложнений ограничивают терапевтические возможности лучевой терапии. В связи с этим лучевая терапия в самостоятельном плане может быть использована при наличии противопоказаний к операции.
- Облучение вульвы проводят электронным пучком, СОД — 36–40 Гр. Использование электронов различной энергии позволяет адекватно воздействовать на опухоль и уменьшить лучевую нагрузку на здоровые ткани. После стихания лучевой реакции выполняют второй этап лучевой терапии — брахитерапию: аппликационную, внутритканевую или внутрисполостную в зависимости от локализации остаточной опухоли до СОД — 60–70 Гр.
- Облучение зон регионарного метастазирования проводят до СОД 40 Гр, с последующим облучением метастатически пораженных лимфоузлов с уменьшенного поля до СОД 60 Гр.

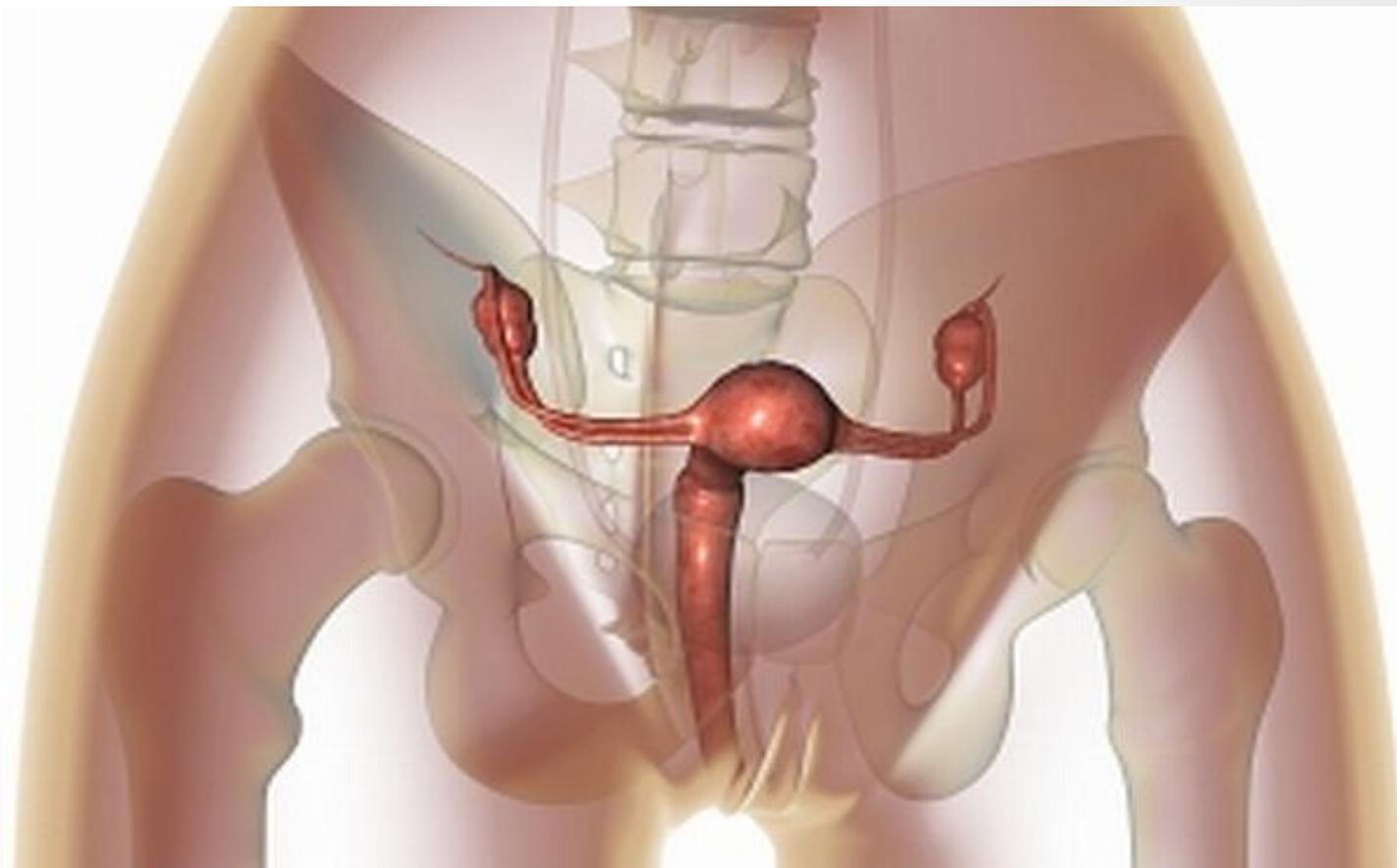
ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

- После проведения вышеописанных методов лечения необходимо динамическое наблюдение за больными не реже 1 раза в 3 мес первый год, 1 раза в 4–5 мес в течение второго года, затем 1 раз в 6 мес с проведением клинического, ультразвукового и рентгеновских методов исследования.

ПРОГНОЗ

- Зависит от размеров и локализации первичной опухоли и поражения регионарных лимфатических узлов.
-

РАК ВЛАГАЛИЩА



- Первичный рак влагалища диагностируют редко, опухоль составляет 1–2% всех злокачественных опухолей женских половых органов. Вторичные (метастатические) опухоли влагалища выявляют намного чаще. Метастатические опухоли влагалища чаще всего развиваются из РШМ, рака эндометрия, хорионкарциномы и саркомы матки, реже — из рака яичников и почки.
 - Средний возраст больных раком влагалища — 62 г. Опухоли влагалища имеют три возрастных пика заболеваемости.
-

- Первичные опухоли у детей до 5 лет представлены ботриоидными эмбриональными рабдомиосаркомами. В 14–20 лет — светлоклеточной аденокарциномой с трансплацентарным диэтилстильбэстроловым канцерогенезом (матери этих больных во время беременности получали диэтилстильбэстрол или сходные с ним нестероидные эстрогены). В старших возрастных группах в основном выявляют плоскоклеточный рак. Крайне редко у взрослых выявляют неэпителиальные злокачественные опухоли влагалища — саркомы и меланомы. У 30% пациенток с первичным раком влагалища в анамнезе отмечают преинвазивный или инвазивный РШМ. Риск возникновения рака влагалища после облучения малого таза возрастает в 300 раз.

- **Дисплазия** — предраковое заболевание влагалища. Патогномоничной макроскопической картины дисплазии влагалища не существует.
 - Преинвазивный рак влагалища (VAIN) выявляют в среднем на 10–12 лет раньше инвазивного. Более чем в 50% случаев он характеризуется мультицентрическим ростом.
-

Факторы риска возникновения рака влагалища:

- Хронические инфекции.
 - Постменопаузальная гипоэстрогения.
 - Облучение и иммуносупрессия.
 - Механические повреждения слизистой оболочки влагалища у пациенток с полным выпадением матки при использовании pessaries.
 - Реконструктивнопластические операции в анамнезе.
 - Курение.
 - РШМ.
-

✓ **T — первичная опухоль.**

- **Tx** — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
 - **To** — первичная опухоль не определяется.
 - **Tis** — преинвазивная карцинома (carcinoma in situ).
 - **T1** — опухоль ограничена влагалищем.
 - **T2** — опухоль захватывает паравагинальные ткани, но не распространяется до стенок таза.
 - **T3** — опухоль распространяется до стенок таза.
 - **T4** — опухоль прорастает слизистую оболочку мочевого пузыря и/или прямой кишки и/или распространяется за пределы таза.
-

✓ **N — регионарные лимфатические узлы.**

- Регионарные лимфатические узлы для верхних двух третей влагалища — тазовые; для нижней трети — паховобедренные лимфатические узлы.
 - **NX** — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.
 - **N0** — нет признаков поражения метастазами регионарных лимфатических узлов.
 - **N1** — метастазы в регионарных лимфатических узлах.
-

✓ **M — отдалённые метастазы.**

- **MX** — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.
 - **M0** — нет признаков отдаленных метастазов.
 - **M1** — есть отдаленные метастазы.
-

✓ **G** — гистопатологическая дифференцировка.

- **GX** — степень дифференцировки не может быть установлена.
 - **G1** — высокая степень дифференцировки.
 - **G2** — средняя степень дифференцировки.
 - **G3** — низкая степень дифференцировки.
 - **G4** — недифференцированные опухоли.
-

TNM	FIGO	Описание
Tx	x	Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
T0	—	Первичная опухоль не определяется
Tis	0	Преинвазивная карцинома (<i>carcinoma in situ</i>)
T1	I	Опухоль ограничена влагалищем
T2	II	Опухоль вовлекает паравагинальные ткани, но не распространяется на стенки таза
T3 и (или) N1	III	Опухоль распространяется на стенки таза, и (или) имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах
T3	IIIA	Опухоль распространяется на стенки таза
N1	IIIB	Метастазы в регионарных лимфатических узлах
T4 и (или) M1	IV	Опухоль вовлекает слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки и (или) распространяется за пределы таза и (или) имеются отдаленные метастазы*
T4	IVA	Опухоль вовлекает слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки и (или) распространяется за пределы таза
M1	IVB	Отдаленные метастазы

Клиника:

- На ранних стадиях заболевание часто протекает бессимптомно. Пациенток могут беспокоить ощущение «дискомфорта» и зуд. По мере роста опухоли больные предъявляют жалобы на бели, кровянистые выделения и боли. Бели носят жидкий, водянистый или гноевидный характер.
- Кровянистые выделения — самый частый клинический симптом. В начале заболевания кровянистые выделения носят характер контактных, возникают после полового акта. Боли различаются по характеру и интенсивности, иррадиируют в поясничную область, крестец, промежность. При прогрессировании опухоли (в результате метастазирования в регионарные лимфатические узлы, прорастания соседних органов, присоединения воспалительного компонента) может появиться отёк конечностей, нарушение функции кишечника и мочевыделительной системы, гипертермия, общая слабость, утомляемость.

- Преимущественный тип метастазирования — лимфогенный. Пути метастазирования определяются локализацией опухоли.
 - При поражении сводов и верхней трети влагалища метастазирование проходит как при РШМ — в подвздошные и obturatorные лимфатические узлы. Опухоли средней трети влагалища дают дополнительные метастазы в аноректальные и сакральные лимфатические узлы. При локализации опухоли в нижней трети поражаются паховобедренные лимфатические узлы, как при раке вульвы.
 - По гистологической структуре в 95% случаев опухоли влагалища представлены плоскоклеточным раком различной степени дифференцировки. Аденокарцинома влагалища встречается редко, в основном у молодых женщин.
 - Гистоструктура первичной аденокарциномы влагалища разнообразна: мезонефроидная светлоклеточная, эндометриоидная аденокарцинома, а также диморфный железистоплоскоклеточный рак.
-

Диагностика:

- 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

- **0 стадия (TisNOMO)** - хирургическое лечение осуществляют только у молодых пациенток с локализацией опухоли в верхней трети влагалища. Выполняется экстирпация матки с удалением верхней половины влагалища. Лучевая терапия заключается в проведении только эндовагинального облучения.
- Лучевая терапия (внутриполостная терапия) 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. Основным методом лечения инвазивного рака влагалища — лучевая терапия, которая состоит из дистанционного облучения, внутриполостной и внутритканевой терапии.

- **I стадия (T1N0M0)** - хирургическое лечение осуществляют только у молодых пациенток с локализацией опухоли в верхней трети влагалища. Выполняется радикальная экстирпация матки II-III типа с подвздошной лимфаденэктомией. Сочетанная лучевая терапия - сочетание эндовагинальной радиотерапии с дистанционным облучением зон регионарного лимфооттока.
- **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
- **IVA стадия (T4N0M0)** - симптоматическая терапия, возможно выполнение экзентерации таза.

- **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).

РАК ШЕЙКИ МАТКИ



Актуальность

Поскольку заболевание широко распространено, имеет длительный период развития и преклиническую фазу (предрак-дисплазии), которая может быть выявлена с помощью скриннинговых тестов, а также имеются эффективные методы уточнения диагноза и лечения , возможно проведение популяционного скриннинга.

Актуальность

- Доказано, что при раке данной локализации выживаемость больных зависит от стадии заболевания на момент постановки диагноза.
- Диагностику рака шейки матки и предопухолевых состояний проводят на основании результатов микроскопического цитологического исследования мазков из шейки матки.
- Внедрение скриннинговых программ снижает заболеваемость раком шейки матки на 60-90% в течение 3 лет после их внедрения.

Актуальность

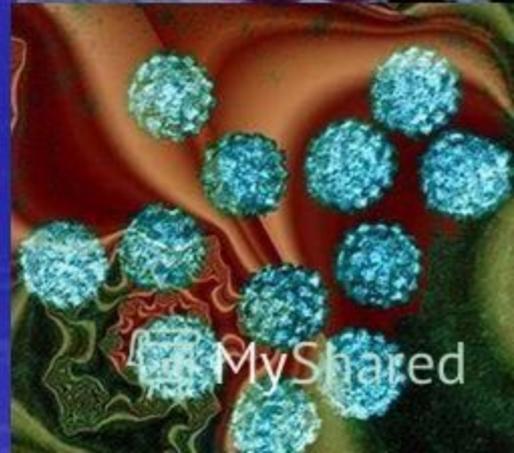
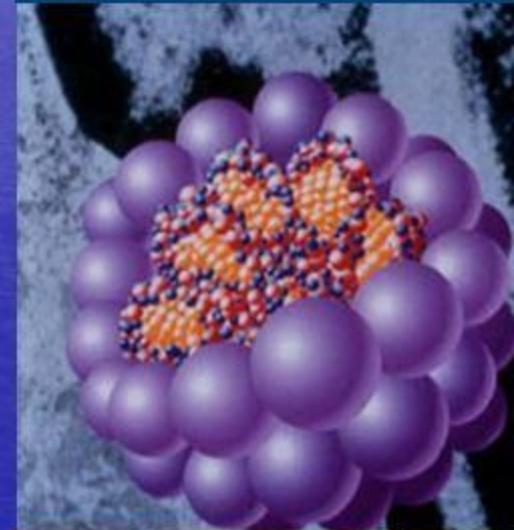
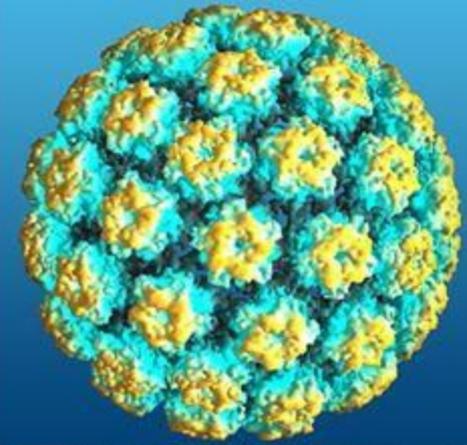
Отказ пациентов от скриннинговых мероприятий и позднее обращение к врачу приводит к невозможности радикального лечения вследствие запущенности болезни, наличия регионарных и отдаленных метастазов.



Эпидемиология

Известны следующие факторы риска рака шейки матки.

- Инфицирование штаммами вируса папилломы человека высокого онкогенного риска (штаммы 16,18,31,33,45 и др.), которое обычно происходит половым путем – важнейший фактор риска развития рака шейки матки.



Эпидемиология

- Другие факторы включают раннее начало половой жизни и наступление первой беременности, большое количество половых партнеров в течение жизни, СПИД, частые беременности в анамнезе, отягощенный семейный анамнез.



Эпидемиология

- Курение - независимый фактор риска, повышающий риск развития болезни в 2-4 раза.



ФОНОВЫЕ ПРОЦЕССЫ

- Гиперпластические процессы, связанные с гормональными нарушениями:
 - эндоцервикоз (простой, пролиферирующий);
 - полип (простой, пролиферирующий, эпидермизирующий);
 - папилломы;
 - лейкоплакия (без атипии);
 - эндометриоз.
- Воспаление:
 - эктопия;
 - цервициты.
- Посттравматические процессы:
 - разрывы;
 - эктропион;
 - рубцовые изменения;
 - шеечно-влагалищные свищи.

ПРЕДРАКОВЫЕ СОСТОЯНИЯ

- Дисплазии.
- Лейкоплакия с атипией.
- Эритроплакия.
- Аденоматоз.



TNM	FIGO	Описание
Tx	—	Оценка первичной опухоли невозможна
T0	—	Первичная опухоль не обнаружена
Tis	0	Преинвазивная карцинома (<i>carcinoma in situ</i>)
T1	I	Опухоль ограничена в пределах матки (распространение на тело матки не является важным признаком)
T1a	IA	Инвазивный рак выявляют только при микроскопии. Максимальная глубина инвазии в строму достигает 5 мм, а максимальные размеры — до 7,0 мм. Выявление опухолевых эмболов в сосудах не влияет на классификацию
T1a1	IA1	Инвазия опухоли в строму — не более 3 мм, а ее размеры — до 7 мм
T1a2	IA2	Инвазия опухоли в строму — более 3 мм, но не более 5 мм, а ее размеры — до 7 мм
T1b	IB	Макроскопическая опухоль в пределах шейки матки либо микроскопическая опухоль, превышающая по показателям группы T1a2 /IA2
T1b1	IB1	Макроскопическая опухоль размером до 4 см в наибольшем измерении
T1b2	IB2	Макроскопическая опухоль размером более 4 см
T2	II	Опухоль распространяется за пределы матки, но не поражает стенку таза и нижнюю треть влагалища
T2a	IIA	Опухоль без поражения клетчатки параметрия
T2b	IIB	Опухоль с поражением клетчатки параметрия
T3	III	Опухоль распространяется на стенку таза и (или) нижнюю треть влагалища, а также все случаи рака шейки матки с гидронефрозом или нефункционирующей почкой
T3a	IIIA	Вовлечение нижней трети влагалища без поражения стенки таза

TNM	FIGO	Описание
T3b	IIIb	Распространение на стенку таза, сочетание с гидронефрозом или нефункционирующей почкой
T4	IVa	Опухоль, распространяющаяся за пределы малого таза либо прорастающая слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки*
N1	IVb	Регионарные метастазы имеются
M1	IVb	Отдаленные метастазы

- **N** - регионарные лимфатические узлы
 - **Nx** - состояние регионарных лимфоузлов оценить невозможно.
 - **N0** - метастазов в регионарных лимфоузлах нет.
 - **N1** - метастазы в регионарных лимфоузлах имеются
-

- **M** - отдаленные метастазы
 - **Mx** - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.
 - **M0** - нет признаков отдаленных метастазов.
 - **M1** - имеются отдаленные метастазы.
-

Стадии рака шейки матки



Карцинома только в шейке матки

Рак распространяется за пределы шейки матки

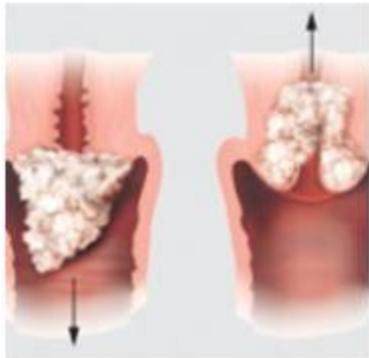
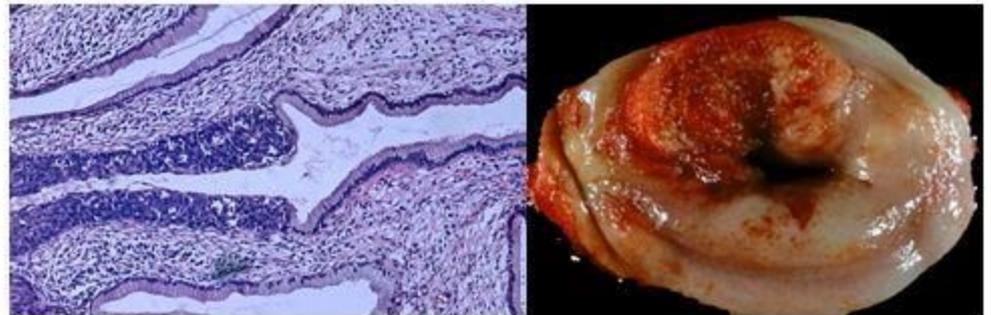
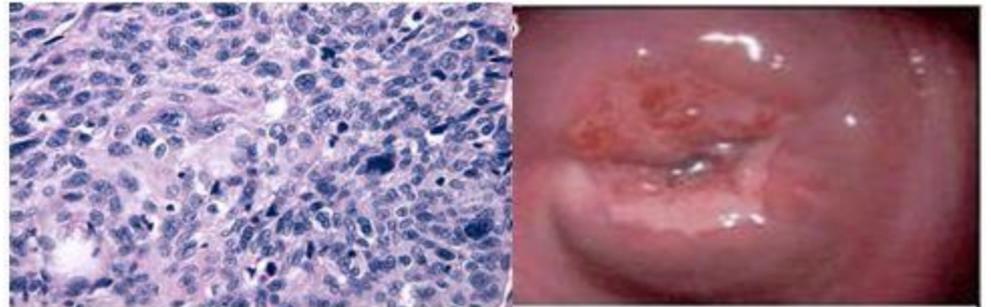


Рак шейки матки –

это злокачественное новообразование, возникающее в области шейки матки.

Гистологическая классификация:

- Плоскоклеточный рак
- Аденокарцинома



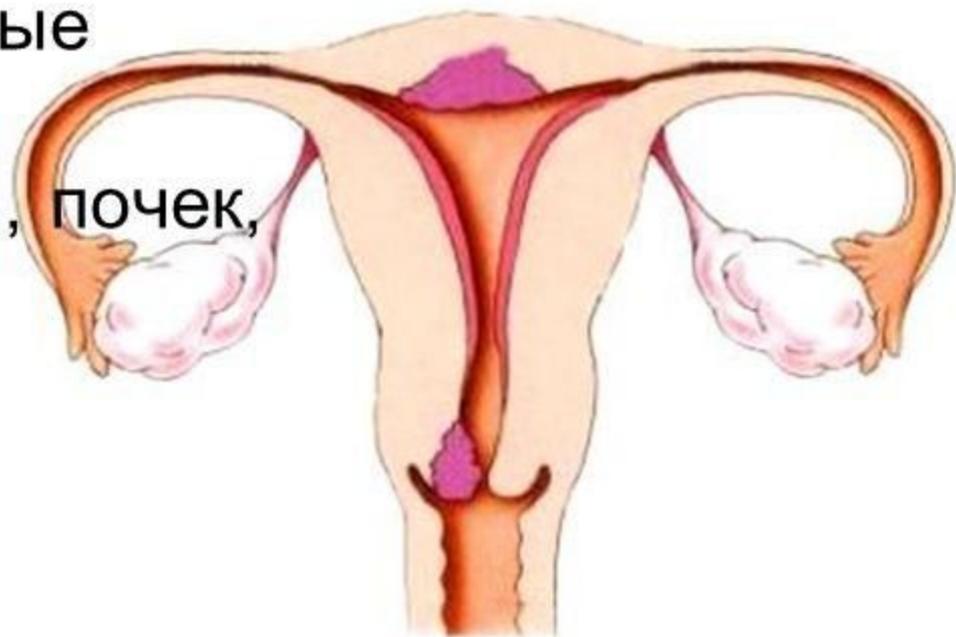
Рост:

- Экзофитный
- Эндофитный

Симптомы

При опросе:

- Контактные кровяные выделения
- Ациклические кровотечения
- Гноевидные, зловонные выделения
- Боли в области матки, почек, поясницы
- Лихорадка
- Похудание
- Нарушение функции соседних органов



При гинекологическом исследовании:

Экзофитный рост:

- Разрастания по типу цветной капусты красного, серо-зеленого или белесоватого цвета, легко разрушающиеся и кровоточащие при прикосновении
- При распаде гноевидные или цвета мясных помоев выделения с зловонным запахом
- Наложения фибрина серого цвета



Эндофитный рост:

- Увеличение шейки матки
- Бочкообразная форма, неровная бугристая поверхность и неравномерная розово-марморная окраска шейки матки
- Инфильтраты в параметрии, малом тазу при ректовагинальном исследовании



Дополнительные методы исследования

При начальных формах:

- Цитология
- Кольпоскопия – патологические сосуды, изменение окраски очага, неровность поверхности, ацето-белый эпителий, отрицательная проба Шиллера



Нормальная
шейка матки



ЦИН 1*
и фоновые
заболевания
шейки матки:

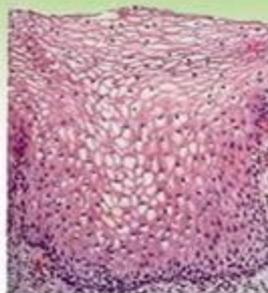
- эктропион
- эрозия шейки матки
- лейкоплакия
- дискератоз



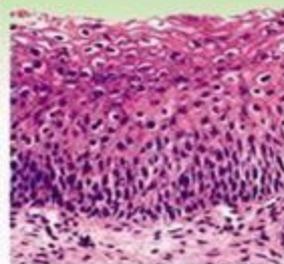
ЦИН 2, 3
(средняя и тяжелая
дисплазии)



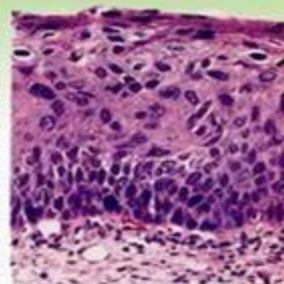
Инвазивный рак
шейки матки



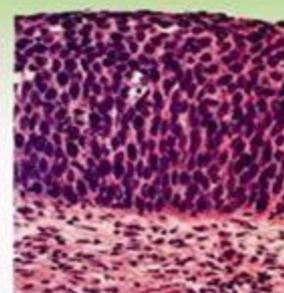
Normal



CIN I



CIN II



CIN III

- Биопсия шейки матки
- Исследование крови на наличие маркера рака шейки матки SCC (антиген плоскоклеточной карциномы), РЭА (раковоэмбриональный антиген) и TPS (тканевой полипептид)
- Эхография цервикального канала

Дополнительные методы исследования

При начальных формах:

- Цитология
- Кольпоскопия – патологические сосуды, изменение окраски очага, неровность поверхности, ацето-белый эпителий, отрицательная проба Шиллера



Нормальная
шейка матки



ЦИН 1*
и фоновые
заболевания
шейки матки:

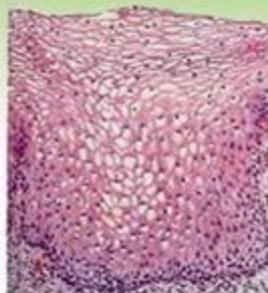
- эктропион
- эрозия шейки матки
- лейкоплакия
- дискератоз



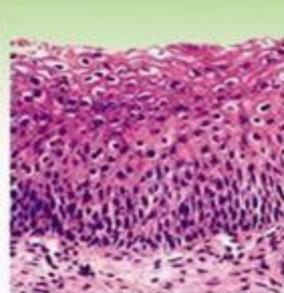
ЦИН 2, 3
(средняя и тяжелая
дисплазии)



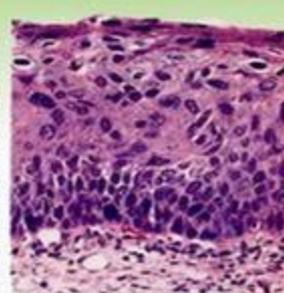
Инвазивный рак
шейки матки



Normal



CIN I



CIN II



CIN III

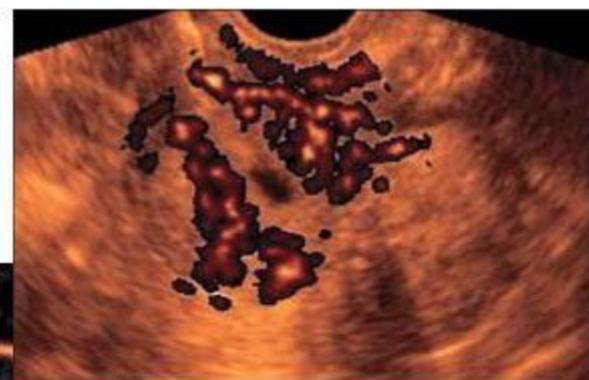
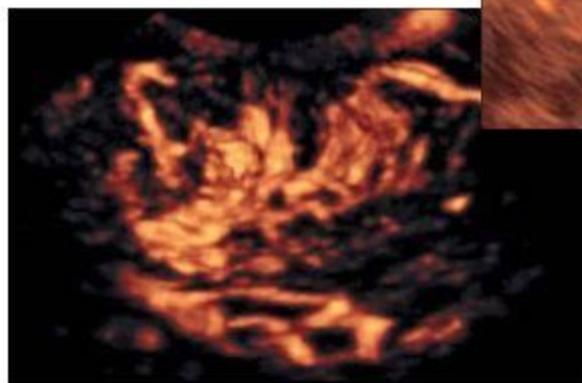
- Биопсия шейки матки
- Исследование крови на наличие маркера рака шейки матки SCC (антиген плоскоклеточной карциномы), РЭА (раковоэмбриональный антиген) и TPS (тканевой полипептид)
- Эхография цервикального канала

**При изменении
цитологической
картины или наличии
эхографических
признаков патологии:**

- Гистероцервикоскопия
- Выскабливание цервикального канала с гистологическим исследованием соскоба
- Конусовидная биопсия шейки матки

**Для определения стадии
процесса:**

- Ректороманоскопия
- КТ
- МРТ
- Ангиография
- Лимфография
- УЗИ



ЛЕЧЕНИЕ:

- **0 стадия** - конизация шейки матки (электро-, лазерная или ножевая) с выскабливанием цервикального канала. Экстирпация матки выполняется, если опухоль распространяется за пределы края выполненного конуса или женщинам пострепродуктивного возраста. При противопоказаниях к хирургическому лечению рекомендуется только внутрисполостная лучевая терапия до СОД 35-50 Гр на точку А.
- Результаты лечения приближаются к 100 %.

- **IA1 стадия** - тотальная гистерэктомия I типа. Сохранение яичников молодым женщинам. Как исключение - выполнение конизации шейки молодым женщинам, желающим сохранить фертильность, при условии опухоленегативных краев конуса. При противопоказаниях к хирургическому лечению рекомендуется внутриволостная лучевая терапия до СОД 50-60 Гр на точку А.
 - **IA2 стадия** - радикальная гистерэктомия с подвздошной лимфаденэктомией II типа. При противопоказаниях к хирургическому лечению рекомендуется сочетанная лучевая терапия с СОД 65-70 Гр на точку А и 40 Гр - на точку В.
-

- **IB1 стадия** - результаты хирургического и лучевого лечения идентичны и достигают 85-90 %. Молодым пациенткам предпочтительнее хирургическое лечение в объеме радикальной гистерэктомии II типа с подвздошной лимфаденэктомией и последующей послеоперационной дистанционной терапией в дозе 40 Гр на точку В. При противопоказаниях к хирургическому лечению и пожилым пациенткам проводится сочетанная лучевая терапия с СОД 65-70 Гр на точку А и 40 Гр - на точку В.
- **IB2 стадия** - результаты хирургического и лучевого лечения идентичны и достигают 75-80 %. При выборе хирургического метода лечения рекомендуется неoadъювантная химиолучевая терапия. Доза неoadъювантной лучевой терапии - до 20-30 Гр на точку В в сочетании с цисплатиновой химиотерапией. Операция в объеме радикальной гистерэктомии II-III типа с подвздошной лимфаденэктомией с продолжением послеоперационного дистанционного облучения до СОД 40-50 Гр на точку В.

- Пожилым пациенткам или при противопоказаниях к хирургическому лечению назначается сочетанная лучевая терапия также
 - с цисплатиновой химиотерапией. СОД составляет на точку А 70-75 Гр, на точку В - 40-55 Гр. В пяти рандомизированных исследованиях показаны более высокие результаты (на 10-15 %) при проведении химиолучевой терапии, чем только лучевой. Химиотерапию назначают на фоне лучевой терапии цисплатином в монорежиме (цисплатин - 40мг/м² еженедельно до 6 нед) или в комбинации с 5-фторурацилом длительными инфузиями.
-

- • **IIA стадия** - химиолучевая терапия, как при IB2 стадии. У молодых пациенток предпочтительнее комбинированное лечение с хирургическим компонентом после неoadъювантной химиолучевой терапии, как при IB2 стадии с последующей адъювантной лучевой терапией.
 - • **IIB стадия** - химиолучевая терапия. Молодым пациенткам показано проведение комбинированного лечения.
-

- • **III стадия** - химиолучевая терапия.
 - • **IV стадия** - паллиативная лучевая терапия.
Химиотерапия цисплатином, капецитабином, ифосфамидом, паклитакселом, иринотеканом и др.
При IVA стадии может быть выполнена операция тазовой экзентерации.
-

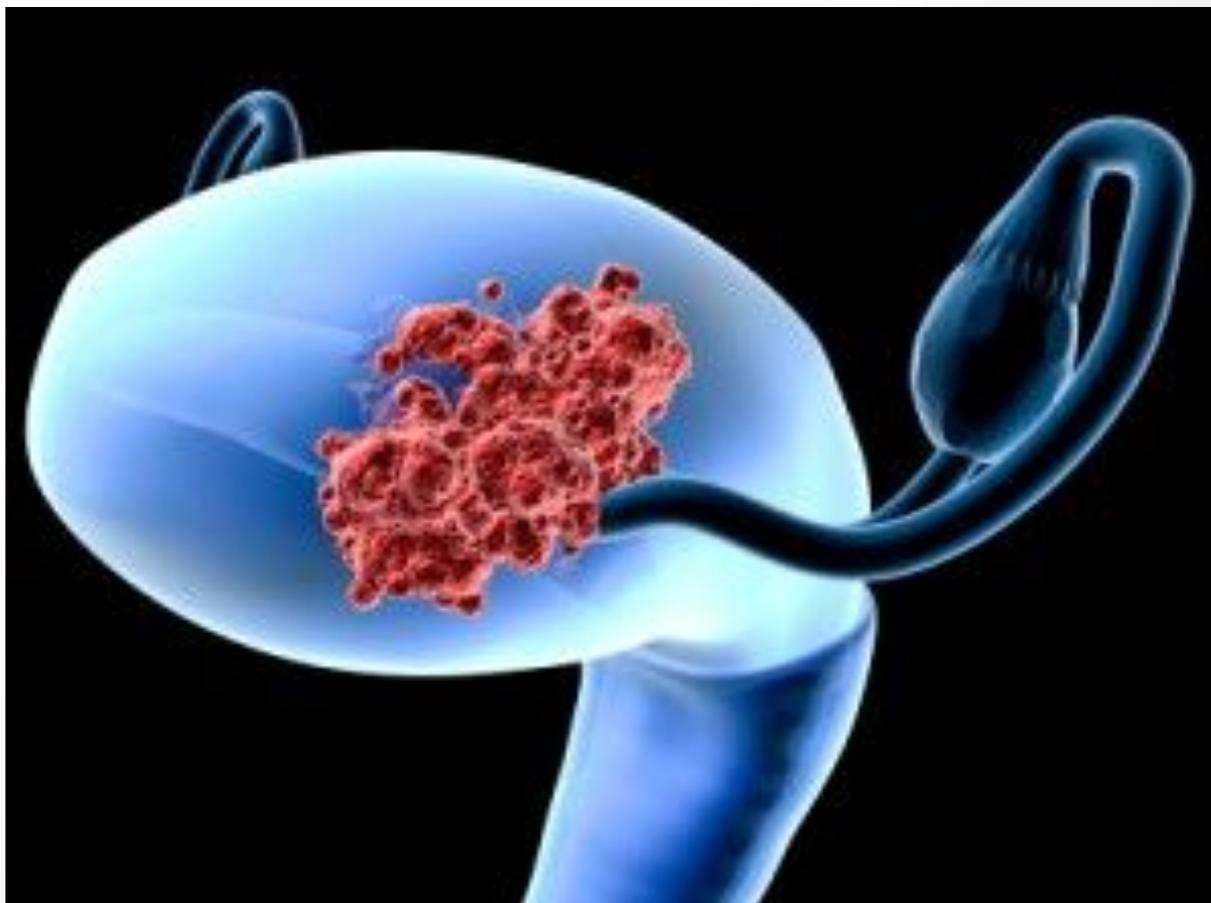
- **ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ**

- Периодические осмотры больных из 3й клинической группы должны включать: оценку жалоб, общий и гинекологический осмотр, цитологическое исследование мазков с культи 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.
-

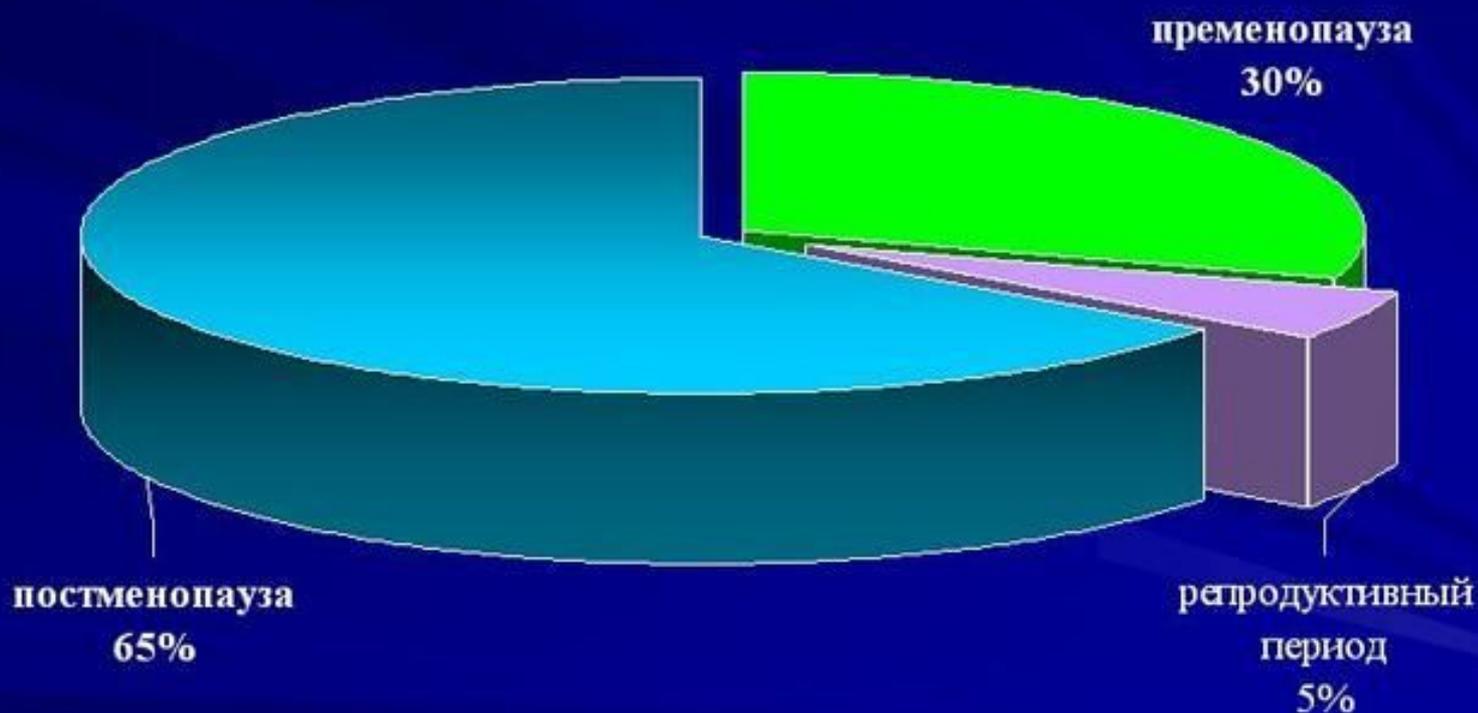
- **ПРОГНОЗ**

- 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.

РАК ЭНДОМЕТРИЯ



Возрастная характеристика



Факторы риска

- бесплодие
- нарушение менструального цикла, связанные с ановуляцией, гиперэстрогеномией
- отсутствие родов
- поздняя менопауза
- ожирение, сахарный диабет, наличие синдрома Штейн-Левенталя, гиперпластических процессов эндометрия,
- Наличие гормонопродуцирующих опухолей яичников и гормонозависимых опухолей (в анамнезе рак молочной железы)
- применение тамоксифена при лечении больных раком молочной железы

Патологическая анатомия

Рак тела матки в 80% - аденокарцинома, которая имеет три степени дифференцировки:

- Высокодифференцированный рак (G 1)
- Умереннодифференцированный рак (G 2)
- Низкодифференцированный рак (G 3)

К редким морфологическим формам рака тела матки относятся:

железисто-плоскоклеточный рак	- 15-25%
светлоклеточный рак (мезонефроидный)	- 5%
плоскоклеточный рак	наблюдается редко
муцинозный рак	- 5%
серозно-папиллярный у 3-4% пациенток,	
недифференцированный рак	- 6%
синхронный рак эндометрия и яичников	- 1,4-3,8%

- **Классификация Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO, 1988)**
- **Стадия IA** - опухоль ограничена эндометрием.
- **Стадия IB** - инвазия менее чем на 1/2 толщины миометрия.
- **Стадия IC** - инвазия более чем на 1/2 толщины миометрия.
- **Стадия IIA** - опухоль захватывает только эндоцервикальные железы.
- **Стадия IIB** - инвазия в строму шейки.
- **Стадия IIIA** - распространение опухоли на серозную оболочку и (или) придатки, а также (или) положительные результаты перитонеального цитологического исследования.
- **Стадия IIIB** - метастазы во влагалище.
- **Стадия IIIC** - метастазы в тазовые и (или) парааортальные лимфатические узлы.
- **Стадия IVA** - распространение опухоли на мочевой пузырь и (или) слизистую оболочку кишечника.
- **Стадия IVB** - отдаленные метастазы, в том числе в брюшные и (или) паховые лимфатические узлы.

- Классификация рака эндометрия по системе TNM

- ✓ T - первичная опухоль.

- **Tis** - преинвазивная карцинома.
 - **T1** - карцинома, ограниченная телом матки.
 - **T1a** - полость матки не увеличена.
 - **T1b** - полость матки увеличена (по зонду более 8 см).
 - **T2** - переход на шейку матки.
 - **T3** - переход на нижнюю треть влагалища и параметров.
 - **T4** - переход на прямую кишку, мочевой пузырь или распространение опухоли за пределы малого таза.
-

✓ N - региональные лимфатические узлы

- **NX-** недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.
 - **N0-** метастазы в регионарных лимфатических узлах не определяются.
 - **N1-** метастазы в регионарных лимфатических узлах таза.
-

✓ **M** - отдаленные метастазы.

- **M0-** нет отдаленных метастазов.
 - **M1-** есть отдаленные метастазы.
-

Клинические признаки

- кровотечение в период после менопаузы (90%)
- гнойные, иногда с примесью крови выделения и боли, что обычно свидетельствует о распространенности опухолевого процесса в малом тазу и метастатическом поражении лимфатических узлов
- у 1-5% больных клинические проявления заболевания отсутствуют.
- Женщины молодого возраста с ненормальными кровотечениями, которые имеют постоянный характер или возобновляются, особенно с наличием ожирения, гипертонической болезни, сахарного диабета и отсутствием овуляции нуждаются в тщательном обследовании на предмет исключения патологии эндометрия

Диагностика

- **Тщательный анализ анамнеза**, включая изучение сопутствующей генитальной (состояние репродуктивной системы, течение пременопаузального периода, сроки наступления менопаузы, гиперпластические процессы эндометрия, использование антиэстрогенов) и экстрагенитальной патологии (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, нарушение углеводного обмена и функции печени, злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта, отягощенная онкологическая наследственность).
- **Двуручное гинекологическое исследование**, включая ректовагинальный осмотр позволяют определить размеры матки, ее консистенцию, форму, наличие инфильтратов в параметрах, инфильтрацию крестцово-маточных связок, наличие опухолевых образований в придатках матки.
- **Цитологическое исследование аспирата из полости матки**
- **Ультразвуковая томография органов малого таза;**
- **Рентгенологическое исследование** (гистеросальпингография, компьютерная и магнитнорезонансная томография);
- **Гистероскопия и гистологическое исследование**, полученного материала при отдельном диагностическом выскабливании матки
- **Определение содержания в сыворотке крови опухолевого маркера**

Лечение

На I этапе лечения рака тела матки, у 90-95% больных производится операция в различных объемах

- экстирпация матки с придатками
- экстирпация матки с придатками с забрюшинной лимфаденэктомией
- расширенная пангистерэктомия

Показаниями к селективной забрюшинной лимфаденэктомии являются:

- ❖ светлоклеточный, папиллярный серозный или плоскоклеточный рак
- ❖ низкодифференцированная аденокарцинома
- ❖ инвазия опухоли мышечной оболочки матки более чем на 1/2 ее толщины (1С стадия)
- ❖ переход на перешеек или шейку матки (II стадия)
- ❖ размер опухоли более 2 см
- ❖ распространение опухоли за пределы матки
- ❖ наличие метастазов в лимфатические узлы

Лечение больных при I стадии

- У больных с Ia стадией высоко- и умереннодифференцированной аденокарциномы, а также при отсутствии раковых эмболов в лимфатических щелях производится только пангистерэктомия.
- При Ia стадии низкодифференцированной аденокарциномы лечение дополняется внутрисполостной лучевой терапией, которая также проводится и при Ib стадии высоко- и умеренно дифференцированного РТМ.
- При Ib стадии низкодифференцированного рака эндометрия после операции показана дистанционная лучевая терапия на область малого таза или внутрисполостная лучевая терапия. Целесообразно применение лучевой терапии также больным со IIa стадией высоко- и умереннодифференцированной аденокарциномы эндометрия

Лечение больных II-IV стадии

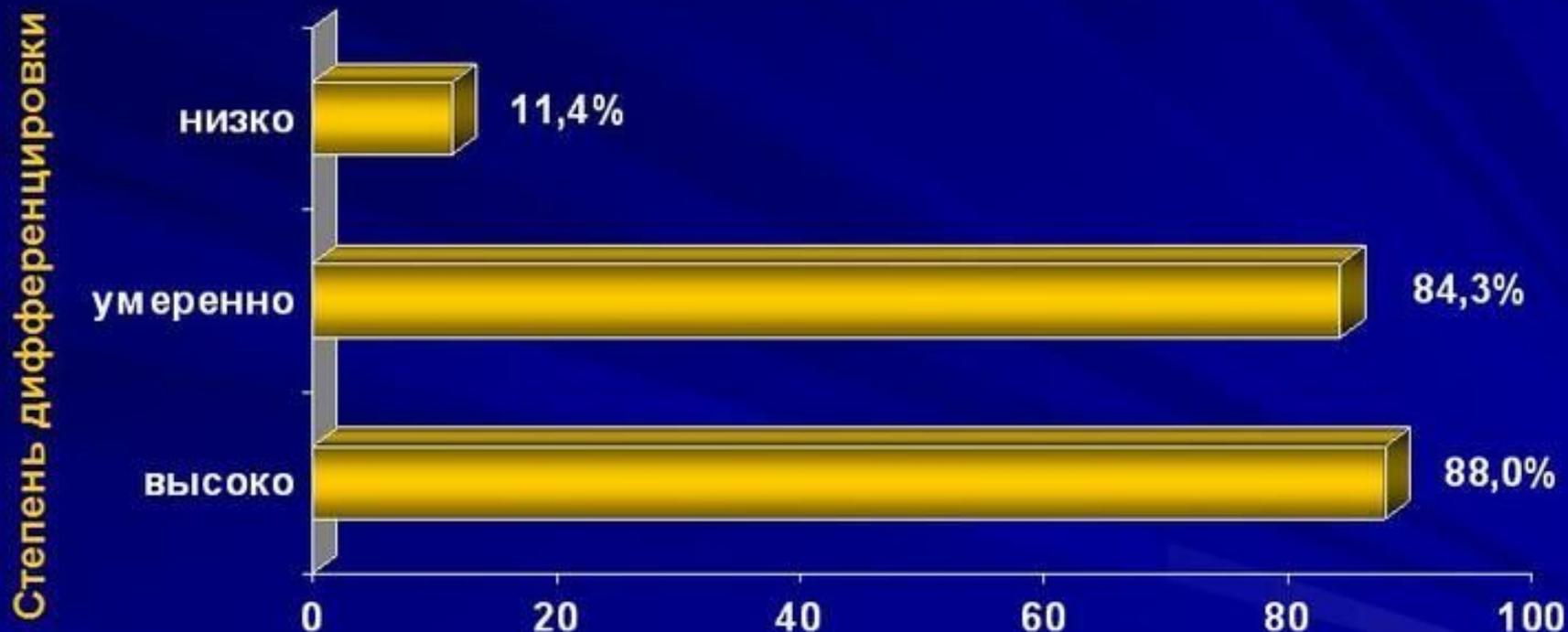
- При Ic, IIb, IIIa стадиях показано проведение дистанционной лучевой терапии на область малого таза и внутрисполостная лучевая терапия, а также это лечение проводится при I-II стадиях, когда раковые эмболы выявлены в лимфатических щелях.
- При IIIa,b,c стадиях высоко-, умеренно- и низкодифференцированном раке эндометрия (при IIIa стадии объем операции дополняется удалением большого сальника) на послеоперационном этапе используется химио-гормоно-лучевое лечение. Гормонотерапия включается в комплекс лечебных мероприятий в связи с наличием у больных рецептороположительных опухолей по прогестерону и по эстрадиолу. При поражении парааортальных лимфатических узлов необходимо наружное облучение этой области.
- При IV стадии рака эндометрия с учетом общего состояния больной, данных обследования, особенностей распространения опухолевого процесса возможно применение лучевой и химио-гормонотерапии.

АГТ по поводу рака эндометрия

На эффективность гормонотерапии при лечении РТМ влияют такие факторы:

- как гистологическая дифференцировка опухоли,
- стадия опухолевого процесса,
- период времени от установления диагноза до начала лечения,
- продолжительность безрецидивного периода,
- содержание рецепторов прогестерона и эстрадиола в опухоли.

Пятилетняя выживаемость в случае использования 17-ОПК



- Эффект регрессии РТМ наблюдается в 5 раз чаще при высоко-дифференцированных опухолях, чем при аденокарциномах со сниженной степенью зрелости

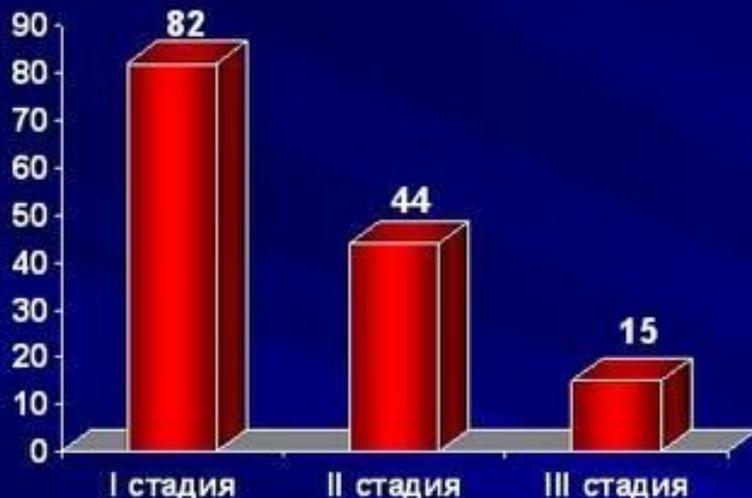
Химиотерапия при раке тела матки

- Химиотерапия применяется у больных диссеминированным раком эндометрия, а также при возникновении рецидива и метастазов заболевания. Следует отметить, что в большинстве наблюдений ремиссия бывает кратковременной, при этом медиана продолжительности жизни больных составляет 4-8 месяцев.
- Наиболее эффективными являются схемы полихимиотерапии, состоящие из комбинации доксирубина и цисплатины, а также циклофосфамида. Их применение позволяет получить ремиссию у 38-76% больных. В последнее время появились работы, дающие основание рассчитывать на возможное использование с получением клинического эффекта таксола и паклитаксела, как в режиме моно-, так и полихимиотерапии, увеличивая эффективность лечения до 64%.



Выживаемость в зависимости от клинических признаков (общая выживаемость больных раком эндометрия колеблется от 73% до 82%)

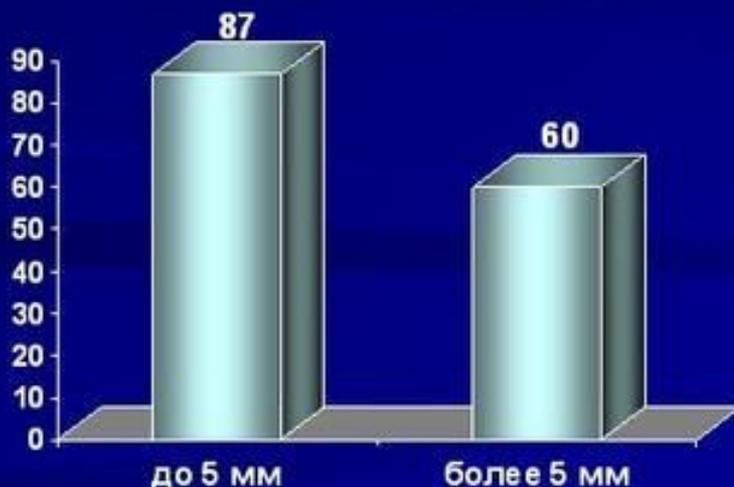
Стадия заболевания



Степень дифференцировки



Глубина инвазии



Возраст



- **ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ**

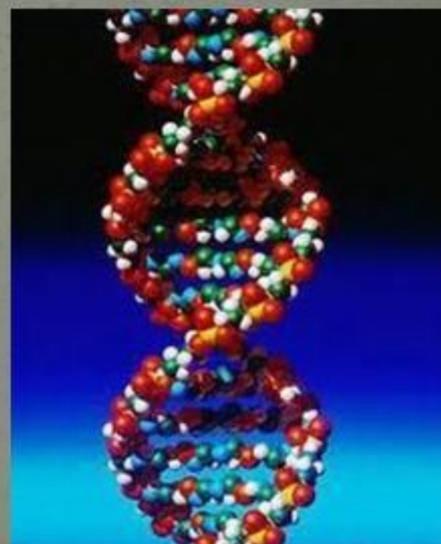
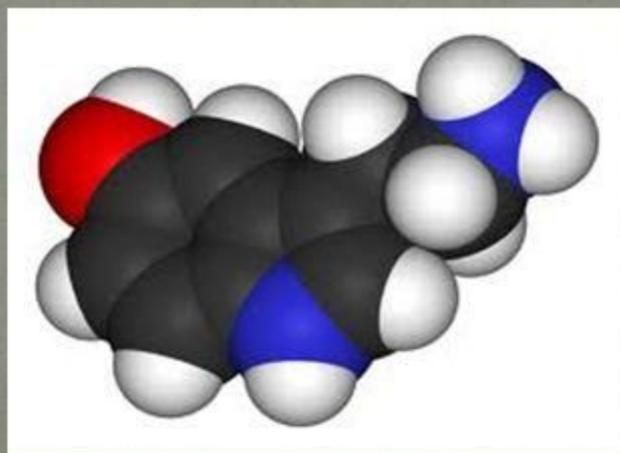
- Органосохраняющее лечение опухолей любой локализации необходимо обеспечить тщательным динамическим наблюдением лечащего врача онкологического учреждения совместно с гинекологом-эндокринологом. Полноценность гормональной реабилитации подтверждают восстановлением фертильности или наступлением овуляторных менструальных циклов. Ведение беременности и родов обеспечивают акушеры-гинекологи в соответствии с акушерской ситуацией.
- При отсутствии специфических симптомов рецидива показано общее и гинекологическое обследование. Достаточно тщательным (по стандарту) считают обследование один раз в 4 мес в течение первого года, один раз в 6 мес — в течение второго года, один раз в год — в последующем. Рентгенологический контроль органов грудной клетки следует проводить не реже одного раза в год. Определение онкомаркера СА125 в качестве рутинного метода обследования не рекомендуют.

РАК ЯИЧНИКОВ



Этиология

- Экзогенные факторы
- Эндогенные факторы:
 - генетические
 - гормональные
 - иммунологические



TNM	FIGO	Описание
T1b	IB	Опухоль в пределах обоих яичников, при этом опухоль на его поверхности отсутствует, а капсула яичника интактна. В асцитической жидкости и промывных водах брюшной полости злокачественные клетки отсутствуют
T1c	IC	Опухоль в пределах одного или обоих яичников с наличием следующих признаков: разрыв капсулы яичника, опухоль на поверхности яичника либо опухолевые клетки в асцитической жидкости и промывных водах брюшной полости
T2	II	Опухоль ограничена малым тазом
T2a	IIA	Распространение на (и (или) метастазы в) матку и (или) маточные трубы. Опухолевые клетки в асцитической жидкости и промывных водах брюшной полости отсутствуют
T2b	IIB	Распространение на (и (или) метастазы в) другие органы малого таза. Опухолевые клетки в асцитической жидкости и промывных водах брюшной полости отсутствуют
T2c	IIC	Сочетание признаков T2a и T2b с обнаружением опухолевых клеток в асцитической жидкости и промывных водах брюшной полости
T3 и (или) N1	III	Имеются метастазы по брюшине за пределами малого таза
T3a	IIIA	Имеются микроскопические метастазы по брюшине за пределами малого таза
T3b	IIIB	Имеются макроскопические метастазы по брюшине за пределами малого таза размером до 2 см в наибольшем измерении
T3c и (или) N1	IIIC	Имеются макроскопические метастазы по брюшине за пределами малого таза размером более 2 см в наибольшем измерении
M1	IV	Отдаленные метастазы (за исключением метастазов в брюшину) имеются

✓ N - регионарные лимфатические узлы

- **Nx** - состояние регионарных лимфатических узлов оценить невозможно.
- **N0** - метастазов в регионарных лимфатических узлах нет.
- **N1** - метастазы в регионарных лимфатических узлах имеются.

✓ M - отдаленные метастазы

- **Mx** - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.
 - **M0** - нет признаков отдаленных метастазов.
 - **M1** - имеются отдаленные метастазы.
-

✓ **G** - гистопатологическая дифференцировка

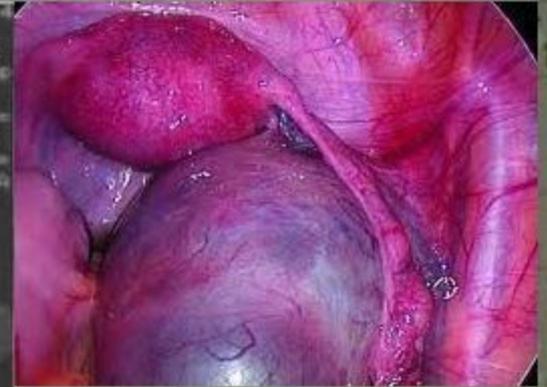
- **Gx** - степень дифференцировки не может быть установлена.
 - **G1** - высокая степень дифференцировки.
 - **G2** - средняя степень дифференцировки.
 - **G3** - низкая степень дифференцировки или недифференцированные опухоли.
-

Клиника и диагностика

1. Скрытое течение
2. Синдром желудочно-кишечной диспепсии
3. Жалобы со стороны мочевыделительной системы
4. Утомляемость, субфибрилитет.
5. Боли внизу живота
6. Нарушение менструации
7. Бимануальное исследование

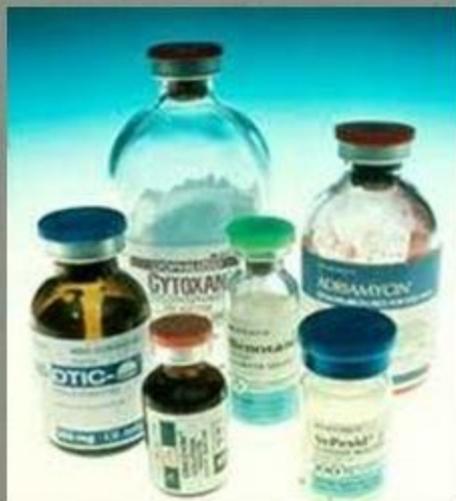
Диагностика

- Определение опухолевого маркёра СА125
- УЗИ , КТ и МРТ органов малого таза
- Лапароскопия с биопсией
- Эндоскопические исследования



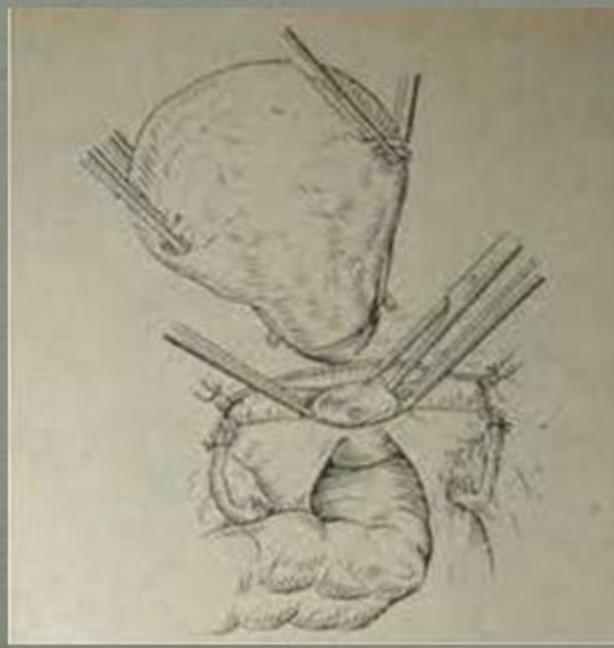
Лечение

1. Хирургия
2. Химиотерапия
3. Лучевая терапия



Хирургическое лечение

Надвлагалищная ампутация или экстирпация матки с двухсторонней овариосальпингоэктомией и резекцией большого сальника



Хирургическое лечение

У больных с III и IV стадии необходимо проводить операции



Химиотерапия

Монохимиотерапия

Полихимиотерапия



Схема СНФР

- Циклофосфан
- Гексаметилмеламин
- Циснегатин
- Фторурацил



Осложнения химиотерапии

Рвота, понос, нарушения функции печени, аутоиммунные нарушения, токсическое поражение легких, миокарда и т.д.

Легкие

Средние

Тяжелые



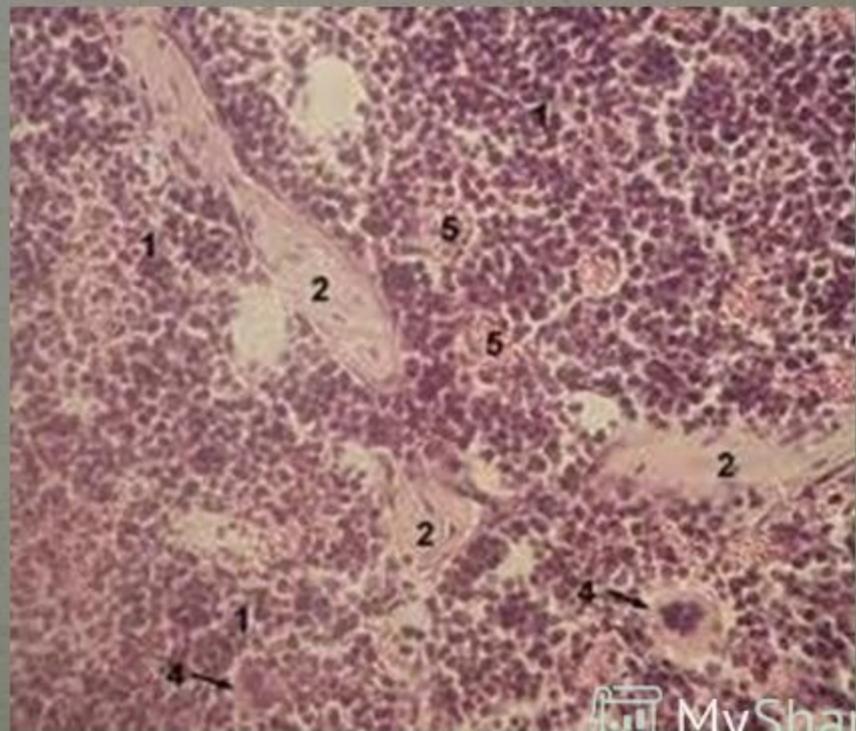
dreamstime.com

Осложнения химиотерапии

Миелоидная депрессия

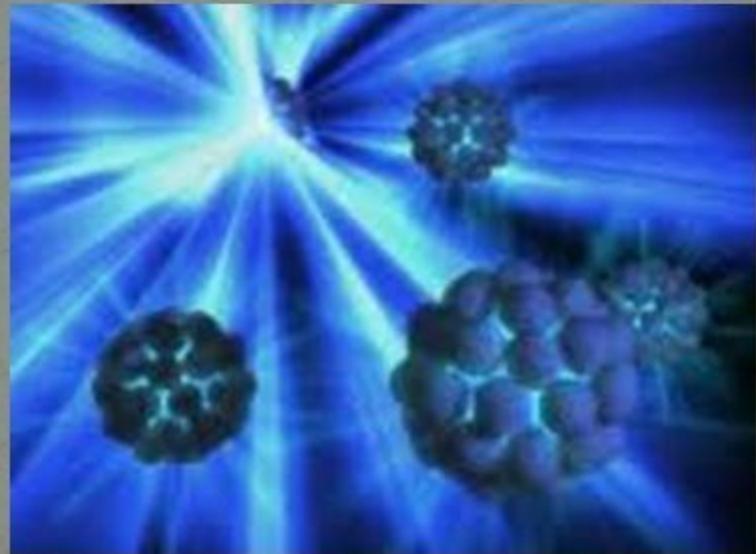
Лейкоциты ниже $2,5 \times 10^9 / \text{л}$

Тромбоциты ниже $120-80 \times 10^9 / \text{л}$



Лучевая терапия

При любых стадиях и формах рака яичника показана лучевая терапия.



Прогноз

Пятилетняя выживаемость составляет 40%



Опухоли яичников низкой степени злокачественности

Около 15% эпителиальных опухолей

Хороший прогноз течения заболевания

Уровень 15 летней выживаемости 92%

