**СЛАЙД 1**

**ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ: РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА**

**Белкина Л. В.,**

**заведующая специализированным кабинетом**

**акушерства и гинекологии БУ ДПО ОО ЦПК РЗ, к.м.н.**

**СЛАЙД 2**

В современной медицине результаты научных исследований и наблюдений под­тверждают, что между действием повреждающего фактора и по­явлением рака проходит значительный промежуток времени, характеризующийся развитием ряда воспалительных и дистро­фических процессов, именуемых предраковым заболеванием. Медицинские работники уже давно считают предраковые заболевания важным звеном в развитии злокачественной опухоли.

Термин «предраковое заболевание» возник впервые после Международного конгресса врачей-дерматологов в Лондоне в 1896 году. В дальнейшем понятие «предрак» стало широко использоваться в отношении заболеваний различных органов, на фоне которых происходит развитие онкологических заболеваний. Для предупреждения развития рака важным является раннее выявление данных заболеваний и их своевременное и качественное лечение.

Что такое «предраковые заболевания»? Предраковые заболевания – это патологические процессы и состояния, которые создают наи­более благоприятную почву для злокачественного роста, хотя и не обязательно заканчиваются развитием злокачественной опухоли.

Современные ученые предполагают, что злокачественные новообразование практически никогда не развиваются в здоровом организме, и каждому раку предшествует определенное предраковое заболевание. Считается, что процесс перехода нормальных клеток в опухоль имеет промежуточные этапы, диагностировать которые можно с помощью морфологических методов, изучая структуру тканей и клеток.

С другой стороны, известны случаи неопластического роста de novo, то есть в структурно неизмененной ткани, но, вероятнее всего, у таких пациентов просто не удалось зафиксировать стадию предрака, поскольку опухоль образовалась и выросла стремительно.

Выявление предраковых заболеваний позволяет выделять пациентов с повышенным риском возникновения рака, проводить систематическое наблюдение за ними и своевременно начинать лечение.

Некоторые онкологи считают, что основной причиной возникновения предраковых заболеваний является слабое, но длительно повторяющееся повре­ждение различных участков тела.

Предраковые заболевания проявляются разнообразными признаками, связанными с нарушением тех или иных функций пораженных органов. Нередко они скрываются под масками обычных заболеваний, что приводит к сложностям в [диагностике](http://wincancer.ru/onkologiya/diagnostika.html).

Предраковые заболевания характеризуется достаточно длительным течением.

**СЛАЙД 3**

Выделяют следующие виды предраковых заболеваний: факультативные и облигатные.

*Факультативные предраковые заболевания* менее опасны, так как далеко не всегда переходят в злокачественный процесс, однако также требуют внимательного медицинского наблюдения. К факультативным предраковым заболеваниям относят различные хронические болезни, сопровождающиеся атрофическими и дистрофическими изменениями тканей, а также нарушением регенерации клеток.

*Облигатные предраковые заболевания* – это ранняя онкологическая патология, рано или поздно перерождающаяся в рак.

**СЛАЙД 4**

К ним относят *дисплазию* тканей и органов, которая сопровождается нарушением равновесия между процессами размножения и созревания клеток. В большинстве органов дисплазия развивается на фоне предшествующего увеличения количества клеток (гиперплазии), связанного с хроническим воспалением (рис. 1).

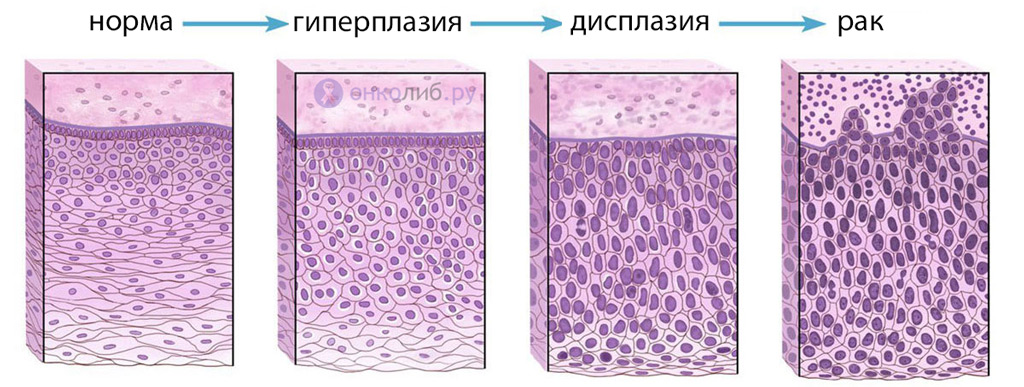


Рис. 1. Типичный ряд трансформаций здоровой ткани в рак.

**СЛАЙД 5**

Существует три степени дисплазии: слабо выраженная (I степень), умеренно выраженная (II степень) и выраженная (III степень).

Определяющий критерий степени дисплазии – выраженность атипии (изменения структуры клеток). Атипия не является синонимом малигнизации.

Со временем дисплазия может развиваться в различных направлениях – прогрессировать или, наоборот, регрессировать. Чем больше выражена дисплазия, тем меньше вероятность ее обратного развития и восстановления нормального строения ткани.

Облигатные предраковые заболевания требуют обязательного медицинского наблюдения и проведения комплекса мероприятий, направленных на предотвращение рака.

При диагностическом обследовании чрезвычайно важно не только определить наличие предракового заболевания, но и оценить степень риска превращения данного заболевания в рак.

Перерождение предракового заболевания в рак - это, как правило, результат одновременного слияния нескольких факторов, повреждающих здоровые физиологические процессы жизнедеятельности и регенерации тканей.

**СЛАЙД 6**

Определяющими факторами перерождения являются такие, как гормональный дисбаланс, хроническое воспаление, наличие сахарного диабета, нарушение регуляторной функции нервной системы и др.

Предраковые заболевания — процесс обратимый. В тех слу­чаях, когда защитные реакции организма успешно противодей­ствуют болезни, предраковый и даже раковый про­цессы, чаще всего в их начальных стадиях развития, могут быть ликвидированы. Такое утверждение согласуется не только с данными экспери­ментальных исследований, но и клинических наблюдений. Всем известны случаи самоизлечения, а также факты обратного разви­тия некоторых раковых и предраковых заболеваний.

Учение о предраковых заболеваниях дает возможность наиболее эффективно проводить профилактику злокачественных новообразований. Несомненно, чем глубже будут наши знания, тем многограннее и эффективнее станут методы профилактики и ранней диагностики онкологических заболеваний.

Теоретически, в любой части организма можно встретить то или иное предраковое изменение при соответствующих неблагоприятных условиях, но отдельные органы заслуживают особого внимания. Наиболее часто предраковые заболевания встречаются при патологии желудочно-кишечного тракта и в гинекологической практике.

Предраковые заболевания в гинекологии широко распространены и составляют очень серьезную проблему, поскольку встречаются в любом возрасте, часто у молодых женщин репродуктивного возраста. Многие пациентки еще не успели реализовать свои репродуктивные планы, а предраковые заболевания могут поставить их под угрозу, не говоря уже о вероятности развития смертельно опасной патологии.

**СЛАЙД 7**

Рассмотрим предраковые заболевания органов женской репродуктивной системы.

**СЛАЙД 8**

ВУЛЬВА. Актуальность проблемы:

- частота обращения женщин за медицинской помощью по поводу заболеваний вульвы составляет всего 5% (95% пациенток не доходят до медицинского наблюдения);

- 11% пациенток сами обращают внимание медицинских работников на наличие патологических симптомов на вульве (пигментация, депигментация, гиперемия, бляшки, сухость слизистой оболочки и т. д.);

- имеется расхождение в диагнозах и трактовке симптомов, так как существует несколько классификаций заболеваний вульвы.

К предраковым заболеваниям вульвы относят дисплазию вульвы (интраэпителиальную неоплазию или сокращенно VIN). Выраженная или тяжелая дисплазия вульвы является облигатным предраком. Специфической клиники дисплазии вульвы нет. Фоном, на котором может развиться дисплазия вульвы, часто является дистрофическое поражение вульвы и воспалительные заболевания вульвы, особенно вирусной этиологии.

Женщин, имеющих следующие жалобы, необходимо относить в группу риска по развитию предраковых заболеваний вульвы, а в дальнейшем и рака вульвы:

- зуд и жжение в области вульвы;

- контактные кровянистые выделения;

- сухость слизистой оболочки;

- жжение при мочеиспускании;

- эпизоды неудержания и недержания мочи;

- рецидивирующие инфекции мочевых путей.

**СЛАЙД 9**

Методы диагностики дисплазии вульвы:

- визуальный осмотр вульвы;

- постановка Шиллер-теста;

- расширенная вульвоскопия;

- взятие мазков-отпечатков с поверхности вульвы;

- биопсия вульвы.

Важным в диагностике является обследование на ИППП, особенно ВПЧ и ВПГ, исследование биоценоза влагалища.

**СЛАЙД 10**

Роль акушерок и медицинских сестер заключается:

- в обучении женщин методам самообследования вульвы с целью ранней диагностики всех заболеваний вульвы, в том числе, предраковых;

- в проведении бесед, касающихся многих вопросов, например, сексуальной культуры и гигиены наружных половых органов, медицинской активности, ответственности за свое здоровье.

**СЛАЙД 11**

ВЛАГАЛИЩЕ. Информация по предраковым заболеваниям влагалища крайне скудная. Предраковое заболевание влагалища – дисплазия. Встречается в возрасте от 20 до 80 лет. В репродуктивном возрасте сочетается с дисплазией вульвы или шейки матки. Чаще всего локализуется в верхней трети влагалища, на «3» и «9» часах.

К факторам риска развития дисплазии влагалища относят:

-хронические инфекции влагалища;

- курение;

- использование пессариев;

- иммуносупрессивную терапию (ВИЧ/СПИД).

**СЛАЙД 12**

К методам диагностики дисплазии влагалища относят:

- вагиноскопию;

- прицельную биопсию;

- мазки на цитологию.

Ошибки первичной диагностики онкологической патологии влагалища, на которые следует обратить внимание, прежде всего, акушеркам смотровых кабинетов:

* использование зеркал Куско для осмотра стенок влагалища (с этой целью должны использоваться только ложкообразные зеркала!!!);
* нарушение правил осмотра при использовании зеркал Симса (вначале проводится осмотр передней стенки влагалища, а затем задней стенки влагалища).

**СЛАЙД 13**

ШЕЙКА МАТКИ. Предраковым заболеванием шейки матки является дисплазия шейки матки (цервикальная интраэпителиальная неоплазия, сокращенно CIN).

Дисплазия и рак шейки матки имеют общие этиологию и патогенез. В настоящее время доказана этиологическая роль вируса папилломы человека (ВПЧ) в возникновении данной патологии. Вирус и его генетический материал обнаруживаются в 98% наблюдений в эпителиальных клетках при умеренной, тяжелой дисплазии и раке шейки матки. Серотипы ВПЧ 16 и 18 обусловливают около 80% рака шейки матки и тяжелой дисплазии.

Специфической клиники дисплазии шейки матки нет. Пациентки могут предъявлять жалобы на контактные кровотечения, неприятные ощущения внизу живота, усиление выделений из половых путей. У многих пациенток жалобы могут отсутствовать.

**СЛАЙД 14**

Основным методом диагностики дисплазии шейки матки является цитологическое исследование. Существует 2 вида цитологического исследования:

- традиционный - приготовление мазков с окраской по Папаниколау (ПАП-тест);

- альтернатива традиционному методу – жидкостная цитология с использованием системы CytoScreen.

Главное требование при проведении забора мазка на цитологию – получение адекватного клеточного материала. В работе акушерок смотровых кабинетов данное требование является определяющим.

**СЛАЙД 15**

С 2017 г. работа по ранней диагностике предраковых заболеваний шейки матки проводится на основании следующего нормативного документа - клинические рекомендации (протоколы диагностики и ведения больных) МЗ РФ «Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки с позиции профилактики рака». Для акушерок смотровых кабинетов информация, представленная в данном документе, является руководством к действию, особенно правила взятия мазков на цитологию.

**СЛАЙД 16**

ЭНДОМЕТРИЙ. В эндометрии выделяют фоновые процессы и предраковые заболевания. К фоновым процессам относят:

- железистая гиперплазия эндометрия;

- полипы эндометрия.

Предраковые заболевания эндометрия:

- атипическая гиперплазия эндометрия;

- аденоматоз (очаговый или диффузный);

- аденоматозные полипы эндометрия;

- железисто-кистозная гиперплазия и полипы эндометрия в постменопаузе;

- рецидивирующая железисто-кистозная гиперплазия и полипы эндометрия в репродуктивном периоде или перед менопаузой.

**СЛАЙД 17**

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) представляют собой чрезвычайно важную, сложную и многогранную проблему практической онкогинекологии.

Факторы риска развития гиперплазии эндометрия:

- раннее и позднее менархе;

- поздняя менопауза;

- отсутствие родов;

- высокий уровень андрогенов;

- высокий уровень холестерина;

- нарушения менструального цикла, связанные с ановуляцией;

- сахарный диабет;

- ожирение;

- хронический эндометрит;

- эстрогенпродуцирующие опухоли яичников (фолликулярная киста и др.);

- менопаузальная гормональная монотерапия эстрогенами

**СЛАЙД 18**

Диагностика гиперплазии эндометрия проводится с использованием следующих методов:

1. УЗИ органов малого таза с оценкой толщины эндометрия. В репродуктивном возрасте исследование рекомендуется проводить на 5-7 день цикла (в норме толщина эндометрия 3-6 мм).

Критерии гиперплазии эндометрия:

* в репродуктивном возрасте – более 7 мм;
* в постменопаузе до 3-х лет – более 5 мм;
* в постменопаузе более 3-х лет - более 4 мм.

2. Гидросонография.

3. Гистероскопия (I фаза цикла).

4. Цитологическое исследование аспирата из полости матки (методики получения аспирата различные).

5. Раздельное диагностическое выскабливание матки.

Для акушерок и медицинских сестер важным является умение правильно собрать анамнез, оценить жалобы пациентки, заподозрить нарушения менструальной функции, эндокринную патологию. Женщины, входящие в группу риска по развитию онкологической патологии эндометрия, должны быть своевременно направлены на консультацию к врачу (гинеколог, онколог, терапевт, эндокринолог и др.).

**СЛАЙД 19**

ЯИЧНИКИ. Предраковым заболеванием яичников является серозная папиллярная цистаденома. По классификации ВОЗ относится к пограничным опухолям, малигнизация до 50%. Факторы, способствующие формированию данной патологии, изучены недостаточно, однако ведущая роль отводится гормональным нарушениям, наследственному фактору, различным стрессам и наличию онкогенных вирусов (ВПЧ тип 16 и 18, ВПГ тип 2). Опухоль может иметь размер от нескольких мм до 30-35 см. Характерным признаком серозной папиллярной цистаденомы является двусторонняя локализация.

При наличии малых размеров опухоли пациентки жалоб не предъявляют. По мере прогрессирования новообразования отмечаются следующие симптомы:

- тянущие боли внизу живота и в области поясницы;

- ациклические кровянистые выделения;

- боли при активных движениях и/или в момент полового акта;

- болезненные ощущения при совершении акта дефекации или мочеиспускании; иногда – асцит.

**СЛАЙД 20**

При первичном выявлении цистаденомы необходимо внимательно собрать анамнез, оценить жалобы, провести гинекологический осмотр, УЗИ органов малого таза.

К уточняющим методам диагностики относят:

- диагностическая лапароскопия;

- пункционная биопсия опухоли под контролем УЗИ;

- цитологическое исследование;

- колоноскопия, рентгенография легких, ФГДС;

- определение опухолевых маркеров.

В работе акушерок смотровых кабинетов необходимо умение правильно собрать анамнез, оценить жалобы пациентки. При проведении бимануального обследования осторожно и тщательно проводить пальпацию яичников, обращая внимание на двустороннюю патологию. Главное – своевременно направить пациентку на консультацию к врачу.

**СЛАЙД 21**

МОЛОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА. Самым распространенным заболеванием молочных желез у женщин является мастопатия.

По определению ВОЗ (1984), мастопатия — это фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов, а также широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы.

Согласно клинико-рентгенологической классификации выделяют диффузную фиброзно-кистозную и узловую фиброзно-кистозную мастопатии.

**СЛАЙД 22**

По степени пролиферативной активности эпителия различают:

- мастопатия без пролиферации эпителия (I степень);

- мастопатия с пролиферацией эпителия (II степень);

- мастопатия с атипической пролиферацией эпителия (III степень).

Риск малигнизации зависит от степени пролиферации эпителия:

- I степень – риск от 0,5% до 0,8%;

- II -III степень – риск от 20,8% до 41,5%.

Пролиферативные формы мастопатии – предраковое заболевание молочной железы.

**СЛАЙД 23**

### Диагностика мастопатии:

1*.*Анамнез (учитывают факторы риска).

*2.*Осмотр молочных желез*.*

*3.*Пальпация молочных желез*.*

*4.*Маммография.

5. УЗИ молочных желез.

6. Пункционная биопсия с цитологическим исследованием аспирата.

7. По показаниям секторальная резекция измененного участка и его гистологическое исследование.

**СЛАЙД 24**

Роль акушерок и медицинских сестер в ранней диагностике мастопатии:

- умение правильно собрать анамнез, оценить жалобы пациентки (усиливаются во вторую фазу цикла);

- умение квалифицированно провести осмотр и пальпацию молочных желез, оценить пальпаторную картину на наличие патологических отклонений (грубая дольчатость, тяжистость, мелкая зернистость - характерные симптомы мастопатии);

- обучение женщин правилам самообследования молочных желез;

- беседы по тематике здорового образа жизни.

**СЛАЙД 25**

Существует несколько заблуждений о раке, одно из которых гласит: «Профилактика не имеет никакого значения». Действительно ли это так? Можно ли предупредить развитие онкологической патологии? Можно, но, к сожалению, не всегда, и поэтому приходится чаще говорить только о снижении риска развития предраковых заболеваний и рака. Происходит это потому, что устранить воздействие канцерогенных факторов часто не представляется возможным.

Наиболее эффективными мероприятиями первичной профилактики являются, прежде всего, те, которые составляют спектр здорового образа жизни:

- отказ от табакокурения;

- отказ от употребления алкогольных напитков;

- нормализация массы тела;

- изменение питания;

- регулярная физическая активность.

Соблюдение этих мероприятий позволяет снизить онкологическую заболеваемость до 15%.

**СЛАЙД 26**

Большую помощь пациентам оказывают акушерки и медицинские сестры, так как основной объем гигиенического обучения и воспитания населения проводят именно они. Кроме того, акушерки и медицинские сестры принимают участие во вторичной профилактике онкологической патологии - в ранней диагностике предраковых заболеваний и рака.

Чтобы эта помощь была грамотной, эффективной, действительно приносила пользу пациентам, акушерки и медицинские сестры должны:

- постоянно повышать теоретический уровень знаний по вопросам онкологической патологии;

- уметь квалифицированно проводить онкологические осмотры населения;

- соблюдать принцип онкологической настороженности.

- оказывая помощь пациентам, не забывать следить за своим собственным здоровьем.

**СЛАЙД 27**

Благодарю за внимание!