

Казахстанско-Российский Медицинский Университет

Кафедра акушерство и гинекологии

СРС

На тему: «Рак шейки матки и
беременность»

Подготовила: студентка 4 курса
Факультета ОМ

Биболатова Айгерим

Проверила: Жаксылыкова А.А.

Алматы 2017г.

**Рак шейки матки (РШМ) —
заболевание, очень опасное для
здоровья и жизни женщин.**

**Характеризуется атипией клеток
эндоцервикса или экзоцервикса
(нарушением дифференцировки,
наличием полиморфизма,
метастатическим ростом).**

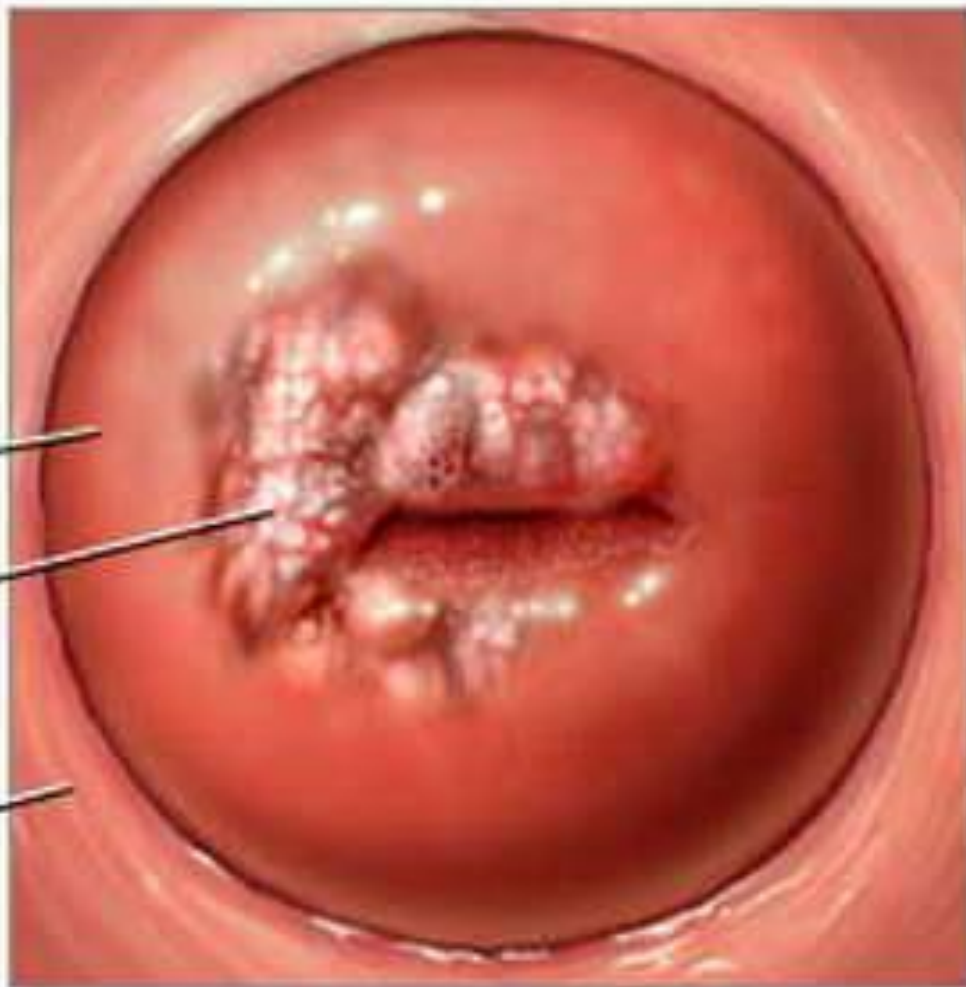
**Опухоль встречается во многих
странах мира с различной
частотой.**



Шейка матки

Раковая опухоль

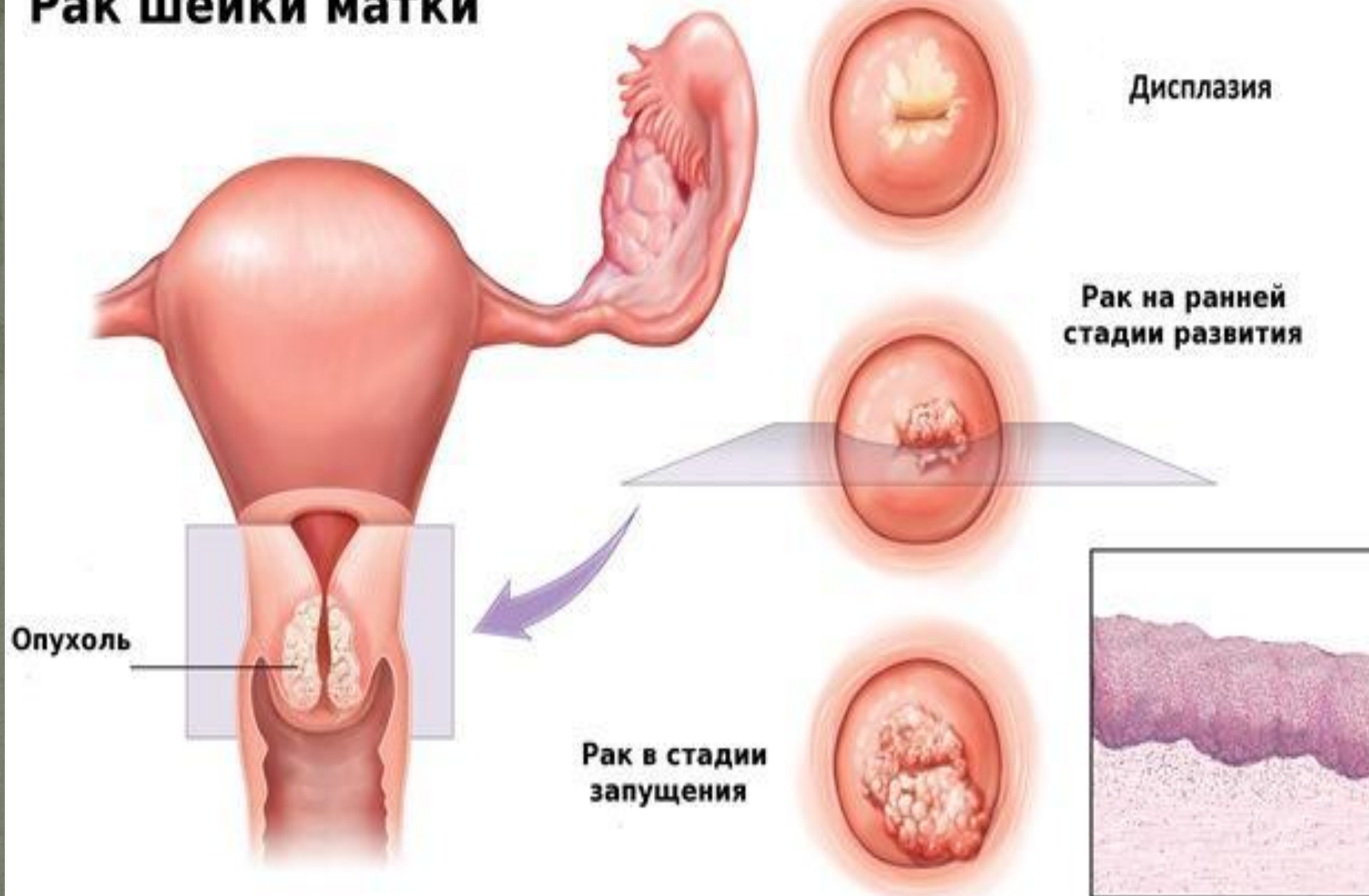
Стенка влагалища



КОД ПО МКБ₁₀

- M80.5-M80.8 Плоскоклеточные новообразования.
- N86 Эрозия и эктропион шейки матки.
- N87 Дисплазия шейки матки.
- N88 Другие невоспалительные болезни шейки матки.

Рак шейки матки



Частота РШМ в разных странах варьирует, составляя в среднем 10–12 новых случаев на 100 000 женского населения в год. Благодаря организованной сети смотровых кабинетов, женских консультаций и цитологических лабораторий стало возможным выявлять рак на 0–Ia стадиях, при которых излечение составляет 100%. Тем не менее из-за несвоевременной диагностики ежегодно умирает от 4 до 5 на 100 000 женщин.

У беременных среди злокачественных опухолей на первом месте стоит РШМ, составляя от 0,17 до 4,1%. Сочетание беременности и РШМ встречается редко: беременность отмечается только у 1,3–4,2% больных РШМ.

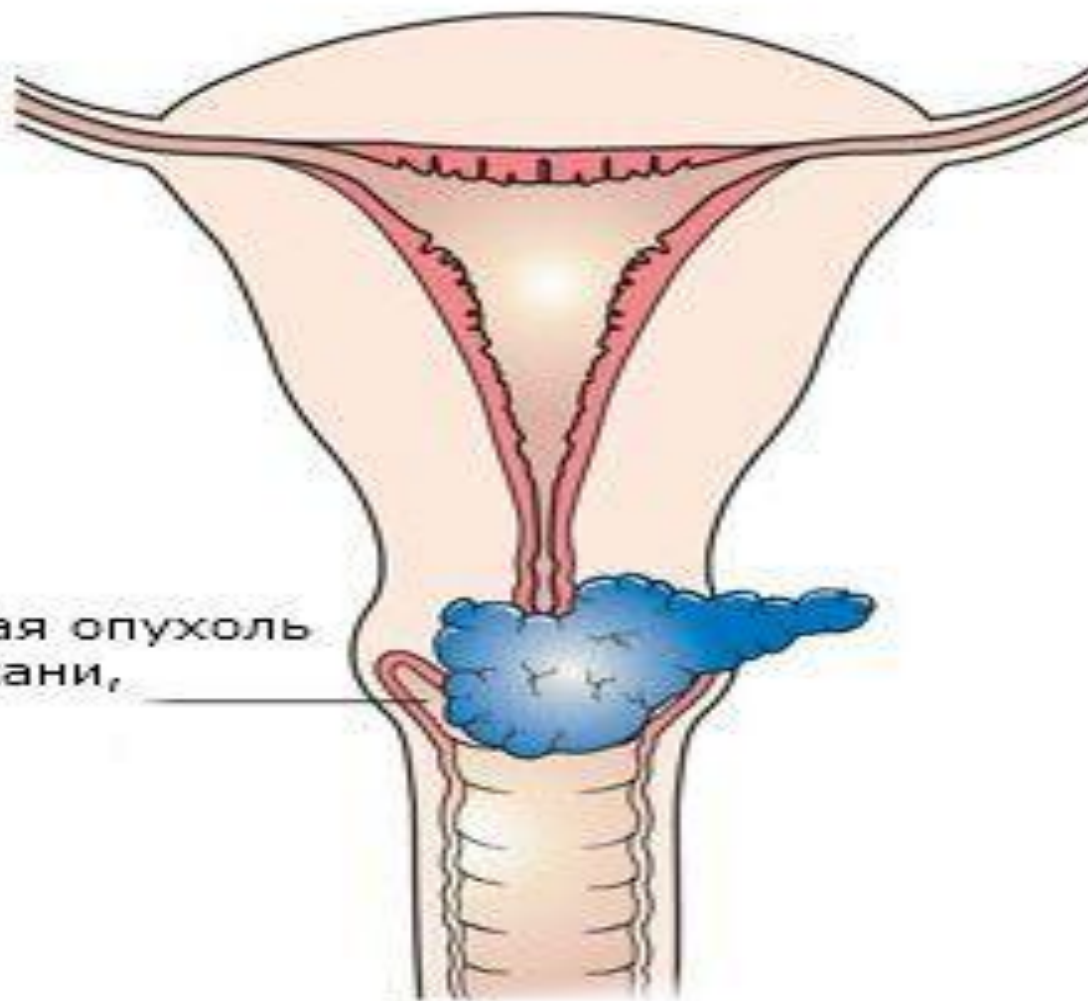
**МАКРОПРЕПАРАТ
МАТКИ ПРИ РАКЕ
ШЕЙКИ МАТКИ И
БЕРЕМЕННОСТИ
СРОКОМ 5 МЕСЯЦЕВ**



КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

TNM	Шейка матки	FIGO
Tis	In situ	0
T1	Ограничена маткой	I
T1a	Диагностируется только микроскопически	IA
T1a1	Глубина <3 мм, ширина <7 мм	IAI
T1a2	Глубина >3–5 мм, ширина <7 мм	IAII
T1b	Клиническая и гистологическая картина в большей степени выражена, чем при T1a2	IB
T1b1	<4 см	IBI
T1b2	>4 см	IBII
T2	Ограничена маткой без перехода на стенки таза или нижнюю треть влагалища	II
T2a	Нет параметриев	IIA
T2b	Параметрии	IIB
T3	Переход на нижнюю треть влагалища/стенки таза/гидронефроз	III
T3a	Нижняя треть влагалища	IIIA
T3b	Стенки таза/гидронефроз	IIIB
T4	Переход на слизистую мочевого пузыря/слизистую прямой кишки/за пределы таза	IVA
M1	Отдалённые метастазы	IVB

Злокачественная опухоль прорастает в ткани, окружающие шейку матки



Стадия 2В рака шейки матки



Нормальная шейка



1 стадия рака



2 стадия рака



3 стадия рака



3 стадия рака



4 стадия рака

ЭТИОЛОГИЯ (ПРИЧИНЫ) РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Риск заболеваемости РШМ имеет непосредственную связь с сексуальной и генеративной функциями женщины:

- данное заболевание очень редко встречается у девственниц;
- частота РШМ выше у замужних женщин, чем у одиноких;
- заболеваемость выше у женщин, которые рано вышли замуж или рано начали половую жизнь;
- риск заболеваемости возрастает у женщин, имеющих много половых партнеров или повторно выходящих замуж за мужчин, имевших много сексуальных партнеров;

- заболеваемость связана с социальноэкономическими условиями (заболеваемость высока в группах женщин с низким социальным статусом);
- риск развития заболевания повышается при курении и длительном приеме оральных контрацептивов;
- на частоту заболевания также может влиять число беременностей, циркумцизия, а также наличие ВПГ-2 или ВПЧ (все эти данные требуют дополнительной проверки). Ассоциация ВПЧ с развитием рака шейки матки в последнее время находит всё большее подтверждение, так как ВПЧ 16 и 18 типов обнаруживается в опухолевом компоненте при инвазивных формах РШМ.

ПАТОГЕНЕЗ

Основным проявлением прогрессии опухоли является снижение степени дифференцировки.

- Низкодифференцированный рак выявляется в 2 раза чаще у беременных, чем у небеременных.

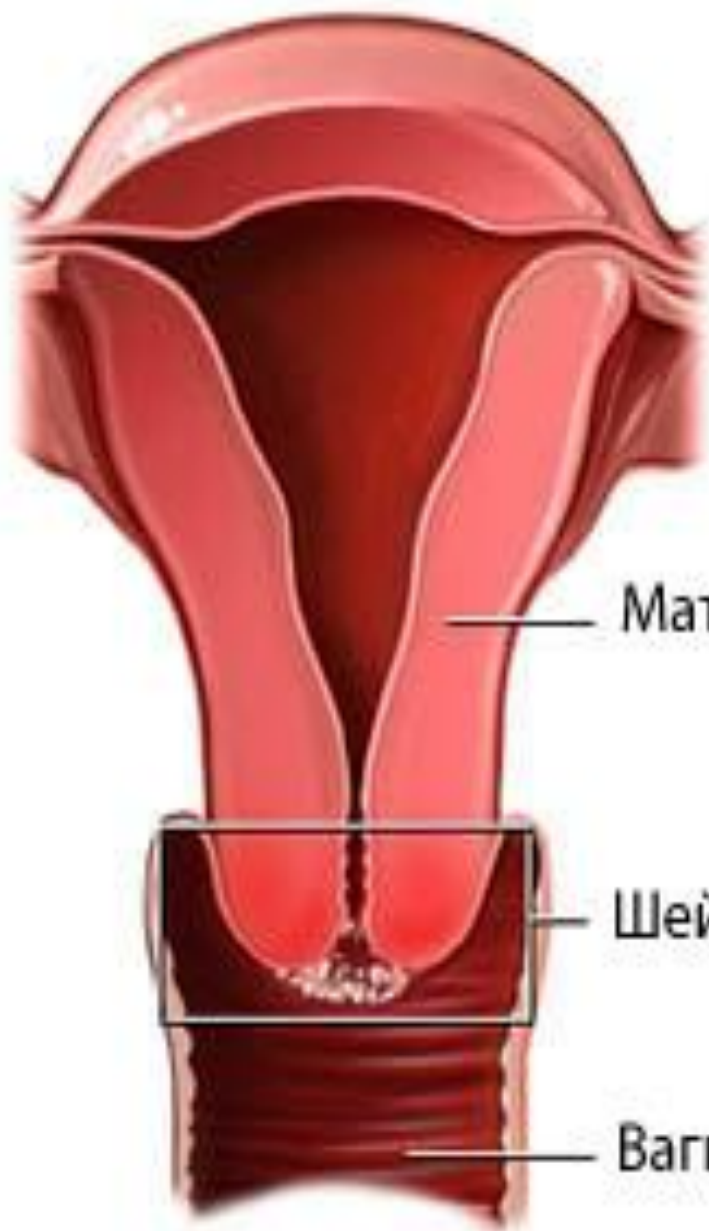
Этот факт свидетельствует о высокой злокачественности РШМ у беременных.

Неблагоприятным фактором является также глубокая инвазия опухоли.

- В 73% случаев у больных РШМ I стадии, оперированных во время или непосредственно после беременности, глубина прорастания опухоли в строму превышала 1 см. У небеременных этот показатель не превышал 30%.

Снижение дифференцировки и склонность к метастазированию способствуют быстрому распространению рака за пределы шейки матки, при этом метастазы в регионарных лимфатических узлах обнаруживаются в 2 раза чаще у беременных, чем у небеременных пациенток.

- Способность опухоли к метастазированию реализуется уже в первом триместре беременности, тогда как на более поздних сроках нарастает степень поражения регионарного лимфатического аппарата. Однако в I триместре беременности симптом маточного кровотечения нередко расценивается как начинающийся выкидыш, а во II и III триместрах — как акушерская патология: предлежание или ПОНРП.

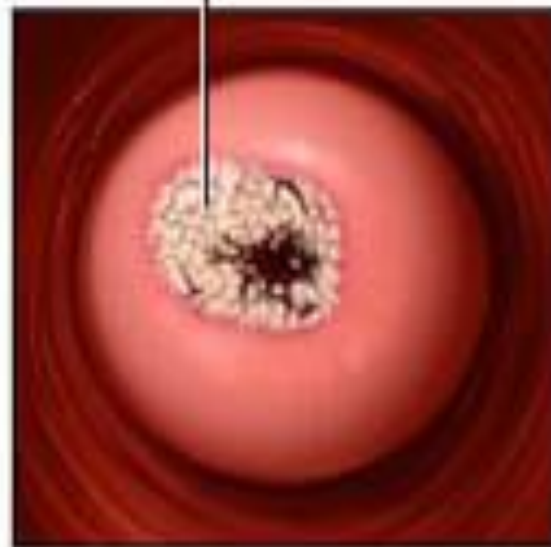


Матка

Шейка матки

Вагина

Область распространение рака



Шейка матки
вид спереди

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА (СИМПТОМЫ) РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Клиническая картина обусловлена:

- формой роста опухоли (эндофитная, экзофитная, смешанная или язвенно-инфильтративная);
- стадией заболевания;
- вариантом распространения заболевания (вагалищный, маточный, параметральный или метастатический).

ДИАГНОСТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

АНАМНЕЗ

Выявляются следующие патологические признаки:

- бели (водянистые или сукровичные цвета «мясных помоев» с гнилостным запахом);
- кровотечения (контактные, при физическом напряжении или ациклические);
- боли;
- нарушение функций соседних органов;
- ухудшение общего состояния больной.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Необходимо проводить осмотр шейки матки в зеркалах (ректовагинальную и бимануальную пальпации) с одновременным взятием мазков с поверхности влагалищной части шейки матки и из цервикального канала, так как цитологическое исследование мазков играет ведущую роль в распознавании РШМ.

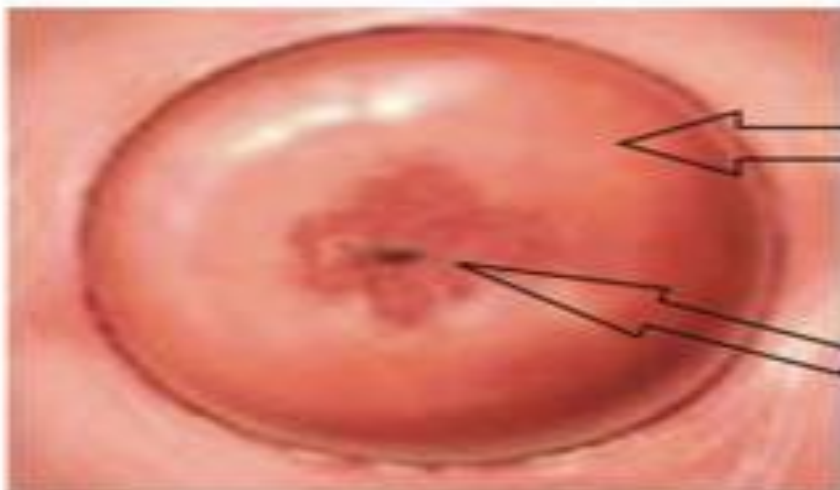
- Применение данных методов диагностики показано на любом сроке беременности.

Здоровая шейка матки



**Многослойный
плоский
эпителий**

Шейка матки с патологией



**Многослойный
плоский
эпителий**

**Эктопия
(цилиндрический
эпителий
на поверхности
шейки матки)**

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

При подозрении на РШМ необходимы следующие лабораторные исследования:

- взятие мазков на онкоцитологию, что позволяет обнаружить преклинические формы рака на 0–Ia стадии, когда шейка не имеет видимых изменений;
- проведение пробы Шиллера, что позволяет разграничить нормальную (гликогенсодержащую) слизистую от патологически измененной (не содержащих гликоген) тканей с целью последующего проведения биопсии йоднегативных пятен;
- проведение молекулярногенетической диагностики ВПЧ с использованием Digene–теста, благодаря которому возможно определить количество единиц вируса; такие данные терапевтически более значимы: если мы знаем концентрацию вируса в организме, то можем прогнозировать развитие болезни и принимать необходимые терапевтические меры.

Применение данных методов диагностики показано на любом сроке беременности.

мазок из шейки матки на онкоцитологию



МЦ "МАРИНА"



вариант нормы

шейка в зеркалах

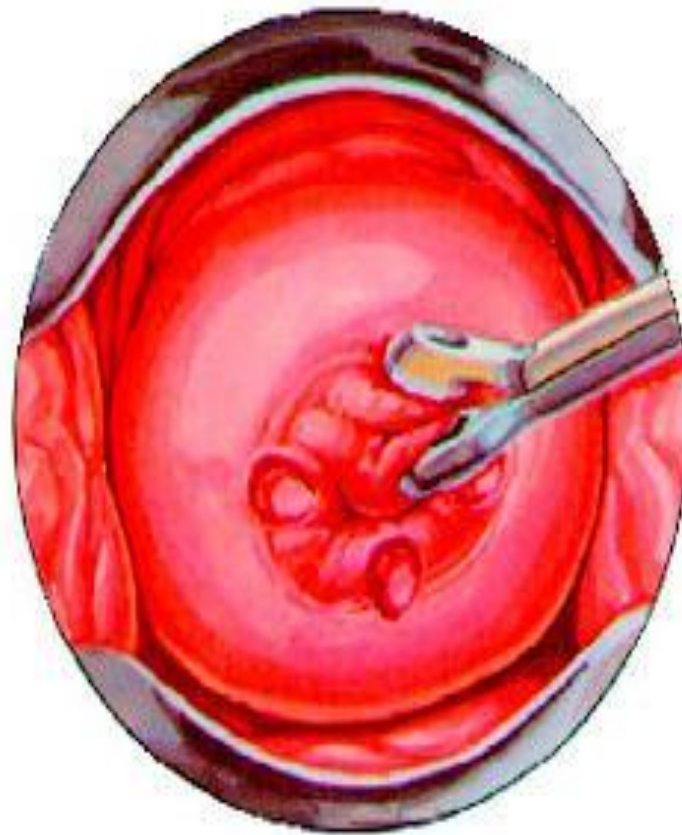
**равномерное окрашивание
проба Шиллера**

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

При необходимости следует провести специальное обследование беременной:

- инцизионную биопсию очага поражения шейки матки (инфильтрации, изъязвления или опухоли с явными клиническими проявлениями) на границе измененной и нормальной ткани, при этом необходимо избегать получения некротических и воспалительных изменений, которые обычно сопровождают рост опухоли и протекают под этой маской;
- биопсию следует проводить в стационарных условиях из-за опасности возникновения кровотечения;
- полное обследование эндоцервикального канала (при отсутствии явного роста) путем выскабливания или аспирации в зависимости от патанатомического состояния шейки матки;

БИОПСИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

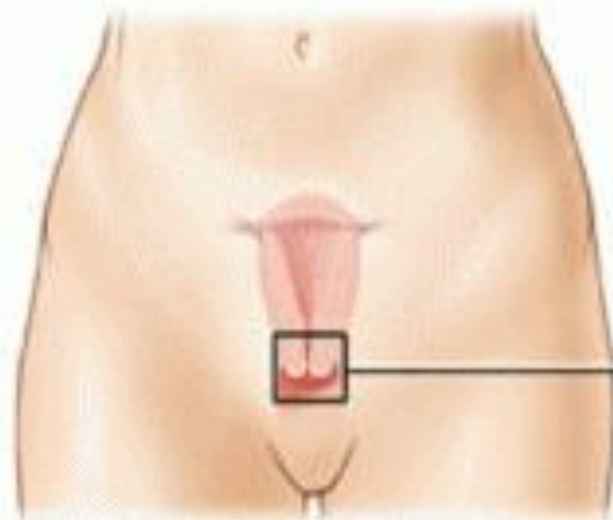


Взятие материала для биопсии из области зоны трансформации.

- кольпоскопическое обследование с применением операционного микроскопа для точного установления границ патологического процесса, прицельной биопсии и удаления;
- цистоскопию, проведение которой позволяет определить вовлечение в процесс мочевого пузыря;
- конусовидную биопсию у пациенток с позитивной цитологией, но без явных проявлений (эта диагностическая процедура является терапевтической, и одновременно позволяет выявлять очаги возможного развития рака на месте).

Применение данных методов диагностики показано на любом сроке беременности.

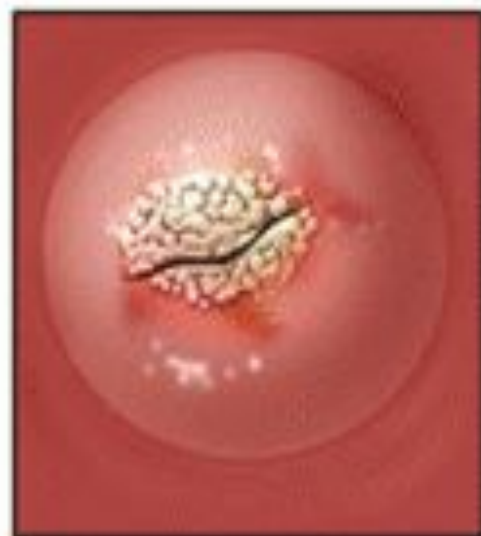
Кольпоскоп



Шейка
матки



Нормальная шейка матки



Рак

СКРИНИНГ

Проведение цитологического скрининга, а именно взятие мазков на онкоцитологию с эктоцервикса и эндоцервикса, позволило получить сведения о частоте выявления РШМ у беременных (диагностируется у 0,34%), при этом частота преинвазивного рака составила 0,31%, инвазивного — 0,04%.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

РШМ следует дифференцировать с доброкачественными заболеваниями шейки матки (эктопия, эктропион, цервицит) на основании данных цитологического исследования мазка и кольпоскопии.

ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Во всех случаях показана консультация онколога.

ПРИМЕР ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

Беременность 5–6 недель. Cancer coli uteri in situ.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

При РШМ in situ в I триместре беременности лечение заключается в прерывании беременности и конусовидной эксцизии шейки матки. матки.

Во II и III триместрах осуществляется диагностическое кольпоскопическое и цитологическое наблюдение. Через 2–3 месяца после родоразрешения проводится конусовидная эксцизия шейки матки.

У женщин, страдающих преинвазивным и микроинвазивным РШМ, но желающих иметь детей, возможно осуществление функциональнощадящих методов лечения:

- электрокоагуляции;
- криодеструкции;
- ножевой и лазерной ампутации шейки



Также сегодня получила широкое распространение радиоволновая хирургия (аппараты «Сургитрон», «Визалиус»).

- Радиоволновая хирургия — нетравматический метод разреза и коагуляции мягких тканей без их разрушения.

Эффект разреза при радиоволновой хирургии достигается за счёт тепла, которое образуется при контакте электрода, передающего высокочастотные радиоволны, с мягкими тканями. Точечное нагревание фактически испаряет клетку.

процесс радиоволновой коагуляции



Коагуляция эррозии шейки матки

Для обезболивания применяют внутривенный наркоз кетамином.

- Послеоперационные осложнения немногочисленны и возникают редко. Косметические результаты намного превышают результаты после применения других хирургических методов:

- традиционной хирургии;
- электрохирургии (электрокоагуляции и диатермокоагуляции);
- лазерной деструкции и криодеструкции (воздействия низкими температурами).

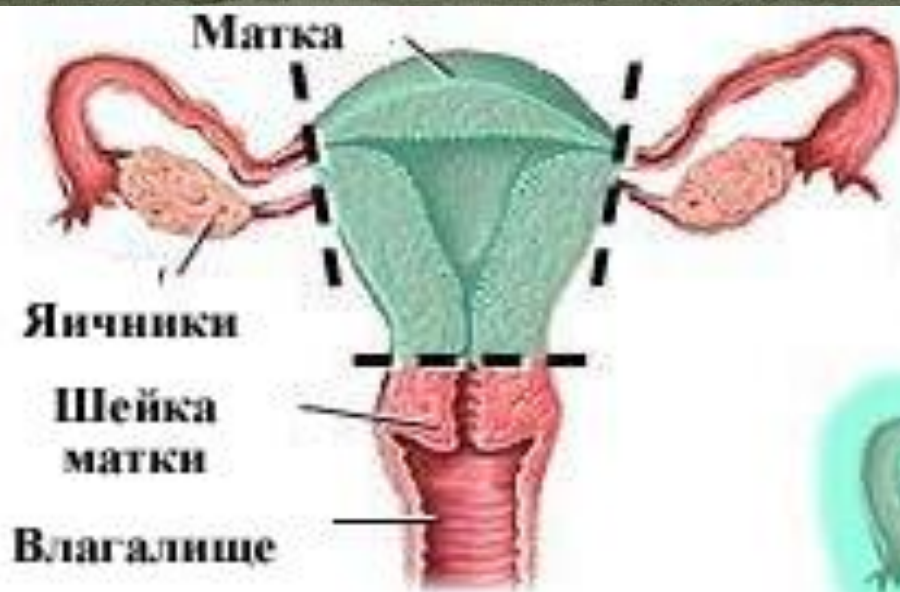
- В этом случае беременность и роды не оказывают неблагоприятного влияния на течение основного заболевания.

- Диспансерное наблюдение после функциональнощадящего лечения начальных форм РШМ в 1-й год включает в себя обследование пациентки не менее 6 раз, во 2-й год — 4 раза, и в последующем — 2 раза в год.

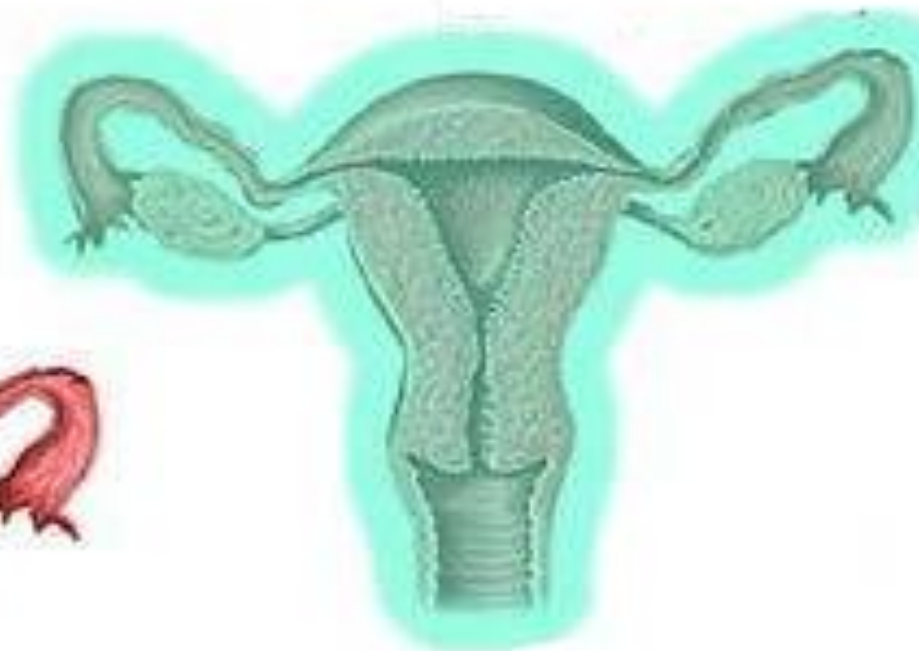


Лечение зависит от стадии заболевания и срока беременности:

- в случае Ia стадии заболевания в I или II триместре беременности или после родов проводится экстирпация матки с верхней третью влагалища;
- в случае Ib стадии в I или II триместре беременности или после родов осуществляется расширенная экстирпация матки; в послеоперационном периоде при глубокой инвазии и регионарных метастазах проводится дистанционное облучение;
- если Ib стадия заболевания диагностирована в III триместре беременности, проводится КС с последующей расширенной экстирпацией матки, при этом в послеоперационном периоде проводится дистанционная лучевая терапия;
- в случае IIa стадии в I, II или III триместре беременности проводится расширенная экстирпация матки с последующим дистанционным облучением;

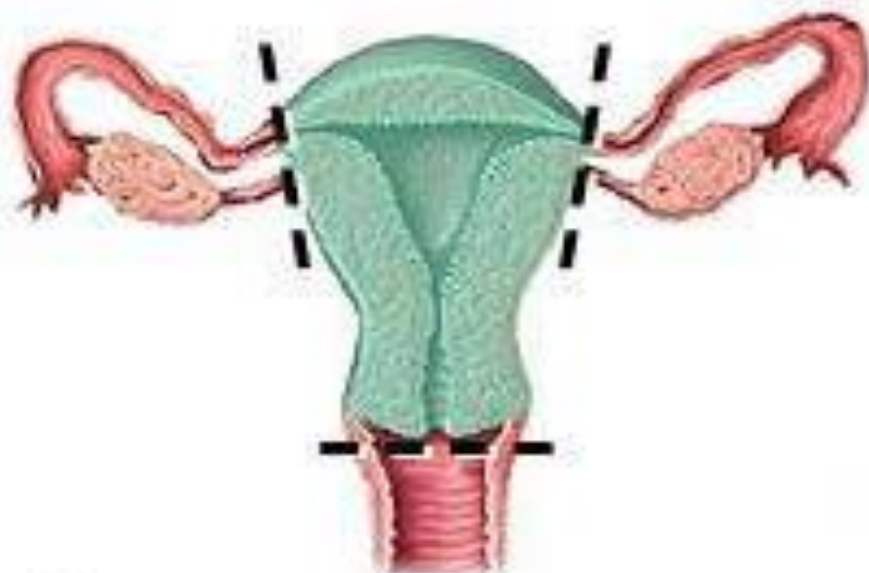


Во время гистерэктомии может быть удалена матка, шейка матки, и яичники



Радикальная гистерэктомия

Частичная



Простая гистерэктомия

- если IIa стадия заболевания диагностирована в послеродовом периоде, лечение заключается в предоперационном облучении, выполнении расширенной экстирпации матки и проведении дистанционного облучения в послеоперационном периоде при глубокой инвазии и регионарных метастазах;

· в случае IIb стадии заболевания в I триместре беременности или после родов проводится сочетанное лучевое лечение (внутриполостное и дистанционное), при этом лечение в I триместре начинают с искусственного прерывания беременности в I триместре при II и III стадиях заболевания;

- если IIb стадия заболевания диагностирована во II или III триместре беременности, проводится КС и сочетанное лучевое лечение в послеоперационном периоде по вышеизложенной схеме;

· в случае III стадии заболевания в I триместре беременности и после родов лечение начинают с сочетаннолучевой терапии;

- если III стадия заболевания диагностирована во II или III триместре беременности, лечение начинают с операции КС с последующей сочетанной лучевой терапией.

· При проведении лапаротомий для обезболивания используют эндотрахеальный наркоз.

СРОКИ И МЕТОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Планировать наступление беременности целесообразно не ранее чем через 2 года после функционально-щадящего лечения патологии шейки матки. Ведение родов через естественные родовые пути не противопоказано (родоразрешение путем КС осуществляется только по акушерским показаниям).

- Отмечается повышение частоты невынашивания беременности и преждевременных родов по сравнению со здоровыми женщинами.
- Наблюдается более высокий уровень ПС (11%).

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Частота рецидивов после органосохраняющего лечения начальных форм РШМ составила 3,9%, при этом частота рецидивов в популяции — 1,6–5,0%. Частота наступления беременности после органосохраняющего лечения начальных форм РШМ составляет от 20,0 до 48,4%.

- После органосохраняющего лечения возможно развитие следующих осложнений:
 - бесплодия;
 - невынашивания беременности (ИЦН);
 - ранений мочевого пузыря, мочеточника и кишки.

ПРОФИЛАКТИКА

Первичная профилактика РШМ заключается в предупреждении половой передачи причинно-значимых вирусов.

Перспективна вакцинация. Кроме того, отказ от курения тоже позволит снизить частоту заболевания РШМ.

Вторичная профилактика РШМ достигается посредством цитологического скрининга и лечения предраковых заболеваний.

·Благодаря эффективности метода, который является неотъемлемой частью государственных программ во многих развитых странах, наметилась чёткая тенденция к снижению инвазивных форм РШМ и заболеваемости в целом.

·Для эффективной вторичной профилактики необходимо следующее:

- персонал должен быть достаточно подготовлен, чтобы правильно провести забор мазков на цитологическое исследование и интерпретировать результаты;
- система здравоохранения должна координировать чёткое выполнение разработанных методов и следить за этапностью лечебно-диагностических мероприятий.

ПРОГНОЗ

При выполнении полного комплекса диагностических мероприятий возможно поставить диагноз предракового состояния и начальных форм РШМ на 0–Ia стадиях в 90–95% случаев. Прогноз в этом случае благоприятный.

• Беременность является неблагоприятным фактором прогноза РШМ. Начиная со II триместра беременности протекание с лечением ухудшает прогноз заболевания на 5% каждый месяц.

Спасибо за внимание!!!