

«Фоновые, предраковые
заболевания
шейки и тела матки».

«Рак шейки матки и рак тела матки»

■ *К фоновым заболеваниям шейки матки относятся:*

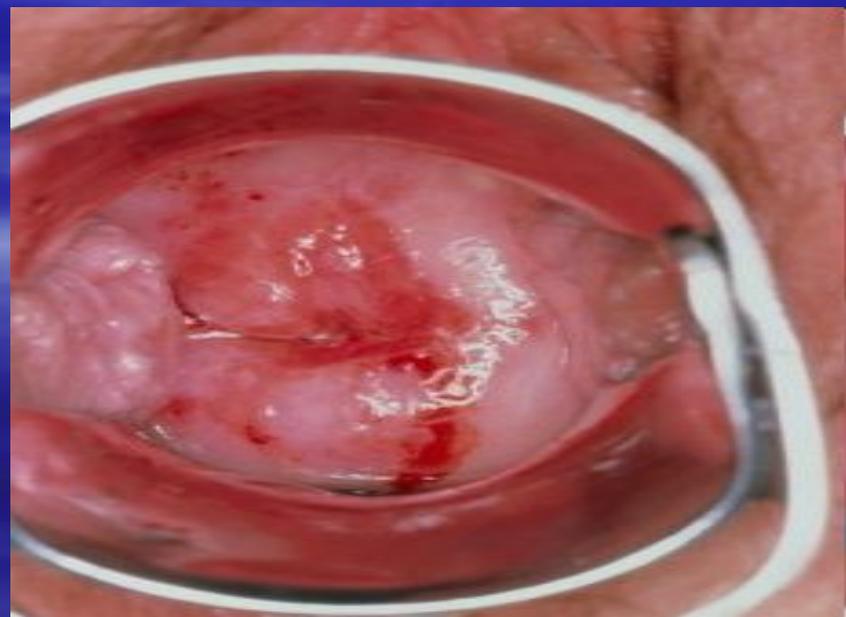
- - истинная эрозия;
- - псевдоэрозия(эктопия);
- - полип цервикального канала;
- - лейкоплакия;
- - папиллома.
- - эктропион

К предраковым процессам шейки матки относится:

- - дисплазия эпителия (слабая, умеренная, тяжелая).

Истинная эрозия

- Истинная эрозия это дефект эпителия, отсутствие его на значительном участке эктоцервикса и обнажение соединительнотканной стромы.
- При осмотре на зеркалах: участок гиперемии, легко кровоточащий.
- При кольпоскопии: участок красного цвета, лишенный эпителия, иоднегативен.
- Лечение: этиотропная местная противовоспалительная терапия.



Псевдоэрозия

- Это распространение однослойного цилиндрического эпителия шейечного канала за пределы наружного зева на эктоцервикс, в норме покрытый многослойным плоским эпителием.
- При осмотре на зеркалах: вокруг наружного зева ярко-красная зернистая или бархатистая поверхность, легко травмируется.
- Цитологическая картина: большое количество пролиферирующего цилиндрического эпителия.
- Лечение: при неосложненной форме не требуется, при осложненной форме - антибиотикотерапия + ДЭК (диатермоэлектрокоагуляция)



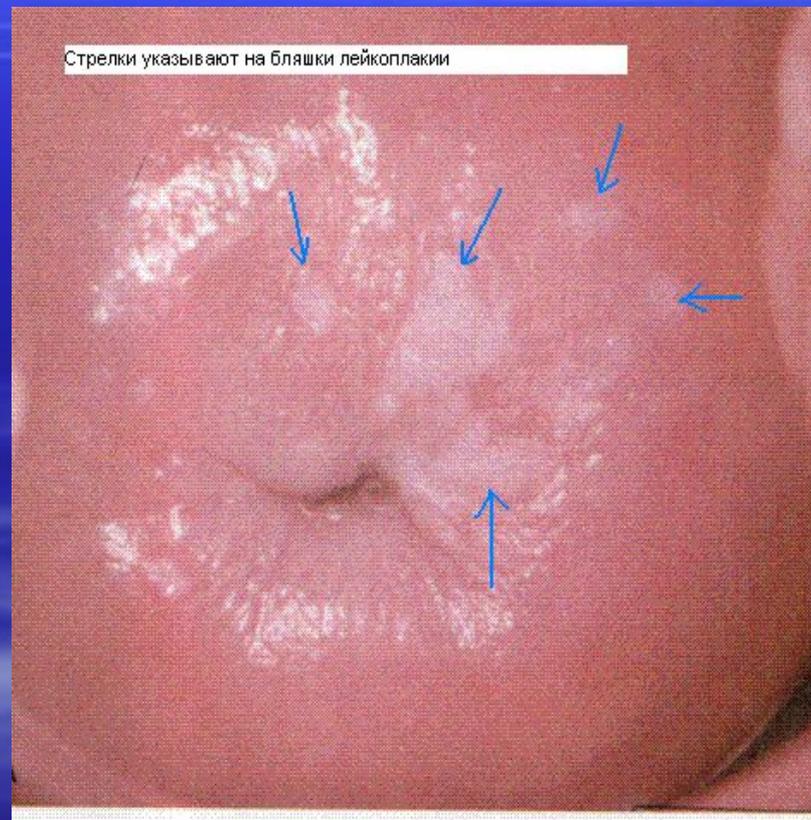
Эррозированный эктропион

- Это выворот слизистой оболочки цервикального канала.
- При осмотре на зеркалах: В отличие от псевдоэрозии при сближении передней и задней губы шейки матки венчик гиперемии вокруг зева исчезает
- Кольпоскопия: эктопия, деформация наружного зева.
- Цитологическая картина соответствует псевдоэрозии.
- Лечение: конизация шейки матки, клиновидная или конусовидная ампутации



Лейкоплакия

- Это избыточное ороговение эпителия (греч. Leukos placia – белая бляшка)
- При осмотре на зеркалах: белое пятно или бляшка, спаянная с подлежащей тканью (не снимается тампоном).
- Кольпоскопически: белые пятна с зернистой поверхностью и перламутровым отливом, йоднегативен.
- Лечение: криодеструкция, конизация, клиновидная или конусовидная ампутация шейки матки. Не применять различные мази и масла обладающие биостимуляторным эффектом.



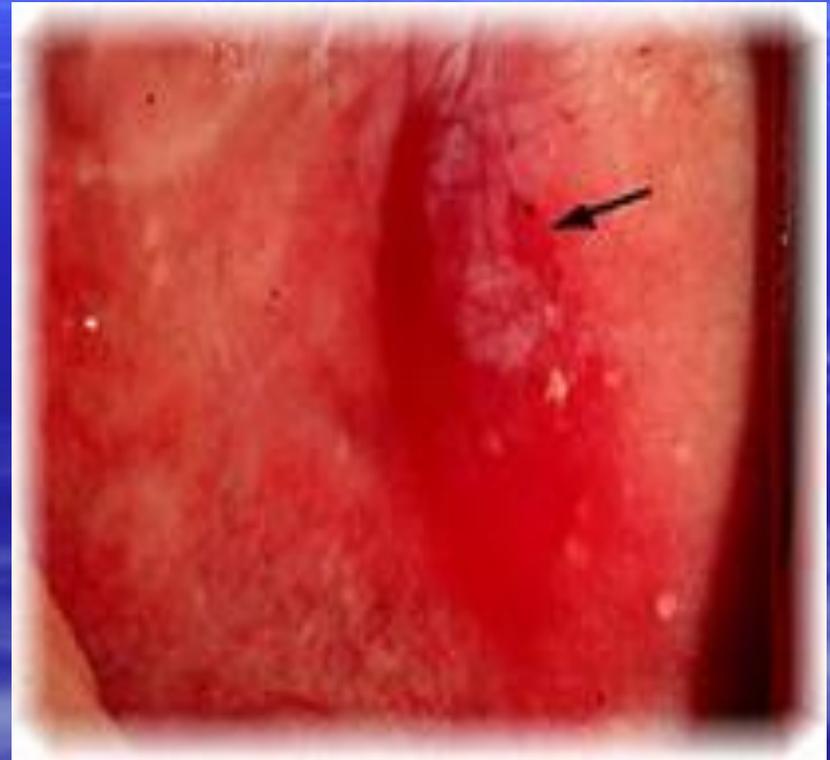
Папилломы

- Доброкачественные образования вследствие инфицированности папилломовирусной инфекцией.
- При осмотре на зеркалах: бородавчатые разрастания розового или белесоватого цвета, в виде розеток.
- Кольпоскопия: папилломатозные разрастания состоящие из отдельных сосочков.
- Удаление папиллом с помощью криодеструкции, лазерное или электрохирургическое иссечение.



Эритроплакия

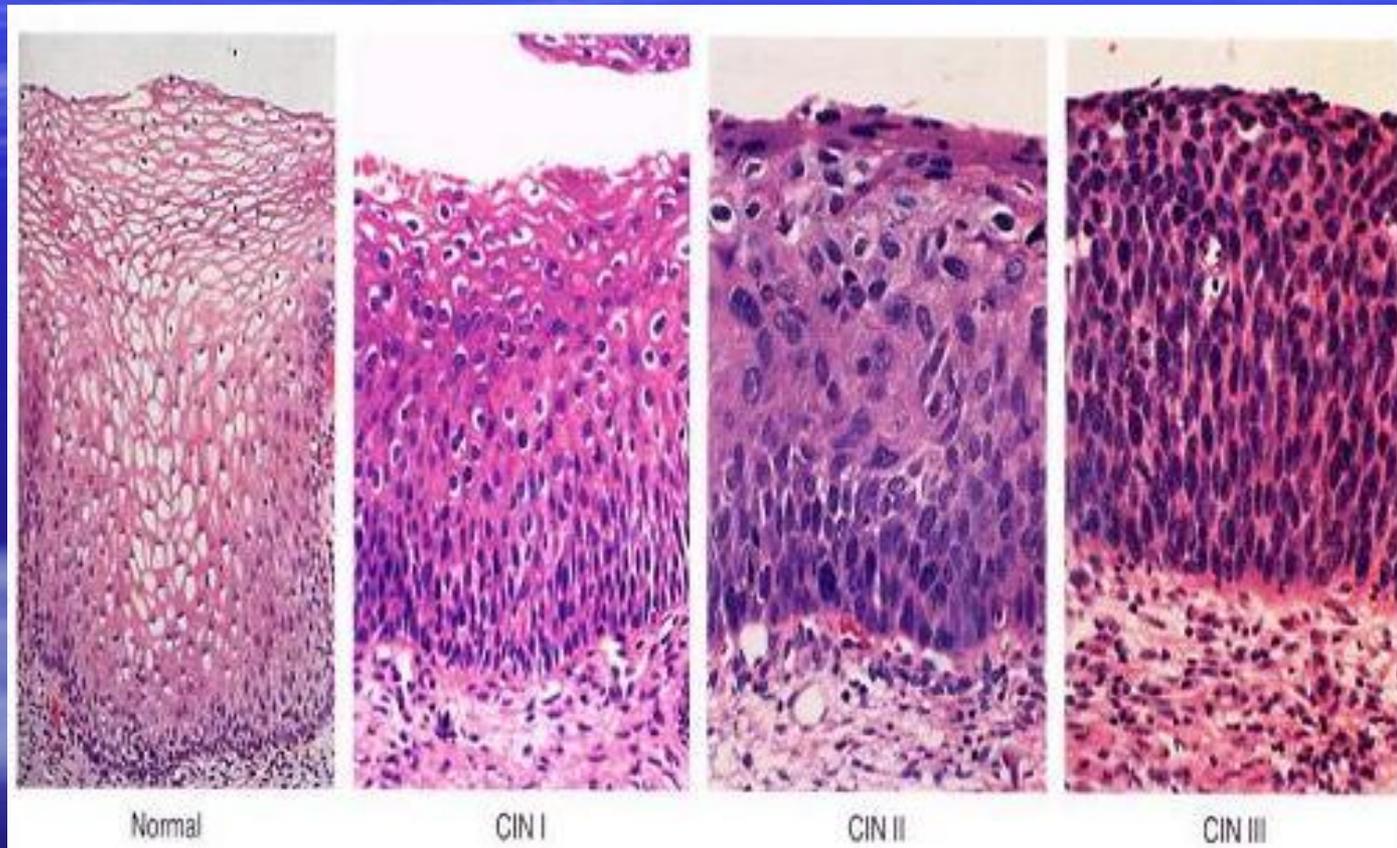
- Уплотнение и истончение пласта многослойного плоского эпителия за счет атрофии функционального и промежуточного слоев.
- При осмотре на зеркалах: участки гиперемии неправильной формы, легко кровоточат.
- Лечение то же что и при лейкоплакии.



Дисплазия

- Дисплазия это атипия клеток среднего и базального слоя эпителия шейки матки с нарушением слоистости, но без вовлечения в процесс поверхностного слоя и стромы.
- Не может быть диагностирована при осмотре на зеркалах. Диагноз дисплазия ставится на основании цитологических и гистологических данных.
- Классификация: Слабая дисплазия (I ст.),
Умеренная дисплазия (II ст.)
Тяжелая дисплазия (III ст.)
- Лечение: : Слабая дисплазия (I ст.), умеренная дисплазия (II ст.) диатермокоагуляция, криодеструкция (до 40 лет), конизация шейки матки (старше 40 лет.) Тяжелая дисплазия (III ст.) ампутация шейки матки, экстирпация матки.

Степени дисплазии



- **В МИРЕ КАЖДЫЕ 8 МИНУТ одна женщина умирает от рака шейки матки !!!!!!!**
- **Рак шейки матки** - является злокачественной опухолью, которую можно предупредить, поскольку ему предшествует длительный предраковый процесс.



■ ***Факторы риска рака шейки матки:***

- раннее начало половой жизни;
- ранняя первая беременность;
- большое число половых партнеров;
- инфицирование вирусом папилломы человека
- венерические заболевания в анамнезе;
- низкий социально-бытовой и культурный уровень пациентки и ее партнера;
- длительный прием оральных контрацептивов;
- курение.

Пациентки группы риска должны проходить осмотр не реже 1 раза в 6 мес с применением расширенной кольпоскопии, цитологического исследования мазков, а при необходимости и с использованием инвазивных методов обследования.

Эпидемиология

- В мире наиболее часто встречается в странах Латинской Америки, Восточной и Южной Африки, Южной и Юго-Восточной Азии. Наиболее низкая заболеваемость в странах Северной Америки и Европы, в Китае и странах Западной Азии.
- В Казахстане наиболее высокая в Акмолинской, Атырауской, Костанайской, Карагандинской, Восточно-Казахстанской областях. Низкая заболеваемость в Мангыстауской, Кызыл-Ординской, ЮКО.

- **Гистологические типы опухоли:**

- плоскоклеточный рак (85-95%):

- - ороговевающий

- - неороговевающий

- аденокарцинома (5-15%).

- **Макроскопическая классификация:**

- **экзофитная** форма

- **эндофитная** форма

- (эндофитные формы имеют худший прогноз).

- **Классификация по TNM:**

- T0 стадия - рак *in situ*.

- T1 - опухоль ограничена шейкой матки.

 - T1a - микроинвазивный рак шейки матки, который подразделяется:

 - T1a₁ - глубина инвазии не более 3 мм и диаметре опухоли до 7 мм;

 - T1a₂ - глубина инвазии от 3 до 5 мм при диаметре опухоли 7;

- T1b – клинически видимая опухоль, ограниченная шейкой.

- T2 - опухоль распространяется за пределы матки, но без прорастания стенки таза или нижней трети влагалища.

 - T2a – без инвазии параметрия

 - T2в - с инвазией параметрия

 - , не доходящая до стенок таза.

- T3 - опухоль шейки матки с распространением на стенку таза и (или) вовлечением нижней трети влагалища.

- T4 - опухоль прорастает соседние органы либо распространяется за пределы малого таза.

- **N – регионарные лимфатические узлы**
- **NX недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.**
- **N0 нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.**
- **N1 имеется поражение регионарных лимфатических узлов.**

- **M – отдаленные метастазы**
- **M0 нет признаков отдаленных метастазов.**
- **M1 имеются отдаленные метастазы.**

Клиника и проявления

- Клинические проявления начальных форм рака шейки матки (рак *in situ*, микроинвазивный рак) отсутствуют. Характерными для рака шейки матки являются **контактные кровяные выделения**, реже бывают **ациклические кровотечения**. Однако появление кровяных выделений обычно соответствует инвазивному раку. Пациентки могут предъявлять жалобы на гнойные, зловонные выделения, боли (в том числе в области поясницы, почек), лихорадку, похудание, нарушения функции соседних органов. Как правило, подобная симптоматика соответствует неоперабельным и запущенным формам рака.



Рис. 13.1. Подозрение на рак шейки матки. (Из: Бауэр Х.-К. Цветной атлас кольпоскопии. М., 2002. – С. 219).

Диагностика

- - сбор анамнеза;
- - смотр в зеркалах, бимануальное и ректовагинальное исследование;
- - соскоб цервикального канала и шейки матки с последующим цитологическим исследованием;
- - кольпоскопия с прицельной биопсией шейки матки);
- - ректороманоскопию;
- - цистоскопию;
- - УЗИ органов малого таза;
- - КТ;
- - МРТ;
- - ангио- и лимфографию.



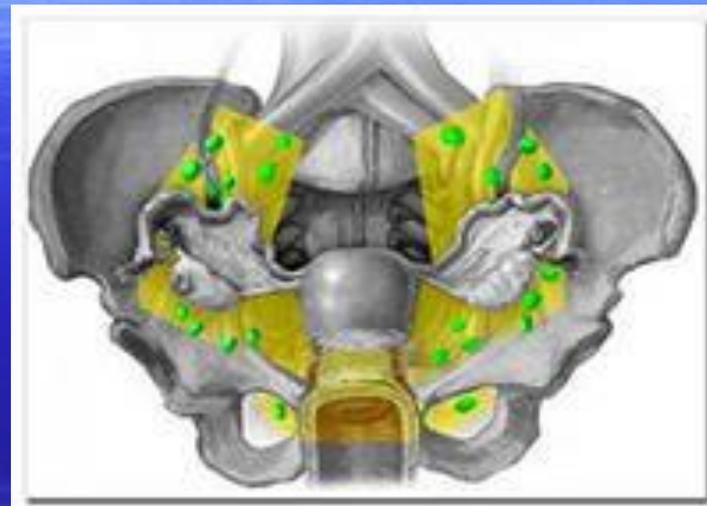
- Наибольшее признание в диагностике получила **проба Шиллера** (1928). Она заключается в прикладывании ватного тампона, смоченного в люголевом растворе, к шейке матки. При этом нормальный эпителий слизистой окрашивается в темно-бурый цвет, а эрозии, лейкоплакии, гиперкератоз, карциноматозный эпителий не воспринимают окраски и выглядят бледными пятнами с четкими границами на темно-коричневом фоне. Пробу Шиллера целесообразно производить перед биопсией, а биопсию брать из йод-негативных участков.

Проба Шиллера



Лечение РШМ

- Основные 3 направления:
 - - метод сочетанной лучевой терапии
 - - метод комбинированного лечения
 - - хирургический метод лечения



- Преинвазивный рак (Ca in situ): конусовидная эксцизия (конизация шм.)
- I ст.: расширенная экстирпация матки с придатками (операция Вертгейма) + адъювантная дистанционная гамма терапия.
- II ст. и III ст. только сочетанная лучевая терапия (внутриполостная и дистанционная гамма терапия)
- IV ст. паллиативная лучевая терапия.

Прогноз

- Прогноз при раке шейки матки во многом зависит от стадии, на которой было диагностировано заболевание и проведено лечение.
- При 1 стадии большинство больных живет 5 и более лет без признаков заболевания.
- И, напротив, при 4 стадии большинство больных не доживает до 5-ти летнего рубежа, умирая от распространения опухоли или осложнений, которые она вызвала.

РАК ТЕЛА МАТКИ

Эпидемиология РТМ.

- В странах Азии заболеваемость РТМ ниже чем на североамериканском континенте и территории Западной и Северной Европы.
- В Казахстане высокая заболеваемость в г. Алматы, Павлодарской области, Акмолинской области, Карагандинской области, Северо-Казахстанской области, низкая – в ЮКО, Кызыл-Ординской области, Мангистауской области.

- К фоновым процессам тела матки относятся:

- - железистая гиперплазия эндометрия;
- - железисто-кистозная гиперплазия эндометрия;
- - полипы эндометрия.

- К предраковым процессам тела матки относится:

- - атипичная гиперплазия эндометрия.



Патогенетические варианты

- **1. Гормонозависимый патогенетический вариант**
Характеризуется проявлениями хронической гиперэстрогении в сочетании с нарушениями жирового и углеводного обменов
- 2. Гормоннезависимый патогенетический вариант**
эндокринно – обменные нарушения выражены нечетко или отсутствуют

Классификация

- T – первичная опухоль
- Tx Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
- T0 Первичная опухоль не определяется
- Tis 0 Преинвазивная карцинома (carcinoma in situ)
- T1 I Опухоль ограничена телом матки*
- T1a Ia Опухоль ограничена эндометрием или врастающая на глубину до половины миометрия
- T1b Ib Опухоль, врастающая на глубину более половины миометрия
- * Поражение только желез эндоцервикса следует расценивать как I стадию
- T2 II Опухоль распространяется на шейку матки, но не выходит за пределы матки
- T3 или N1 Локальное и/или местное распространение опухоли за пределы матки, соответствующее T3a,b, N1 и FIGO IIIa,в,с
- T3a IIIa Опухоль распространяется на серозную оболочку и/или придатки

- **T3a IIIa** Опухоль распространяется на серозную оболочку и/или придатки
- матки (непосредственное распространение или метастатическое поражение)
- **T3b IIIb** Поражение влагалища (непосредственное распространение или метастатическое поражение)
- **T4 IVa** Опухоль распространяется на слизистую оболочку мочевого пузыря и/или кишки** или распространяется далеко за пределами таза
- **N** - метастазы в регионарные лимфатические узлы
- **Nx** Невозможно оценить регионарные лимфоузлы ***
- **N0** Метастазы в регионарных лимфатических узлах не выявляются
- **N1 IIIc** Метастазы в тазовых и/или парааортальных лимфатических узлах
- **M** - отдаленные метастазы
- **M0** Отдаленные метастазы не определяются

Клиника

- Кровянистые выделения из влагалища.
- Бели: при раке обычно обильные, жидкие, серозные, гнойные или с примесью крови.
- Боли: являются поздним симптомом заболевания.

Диагностика

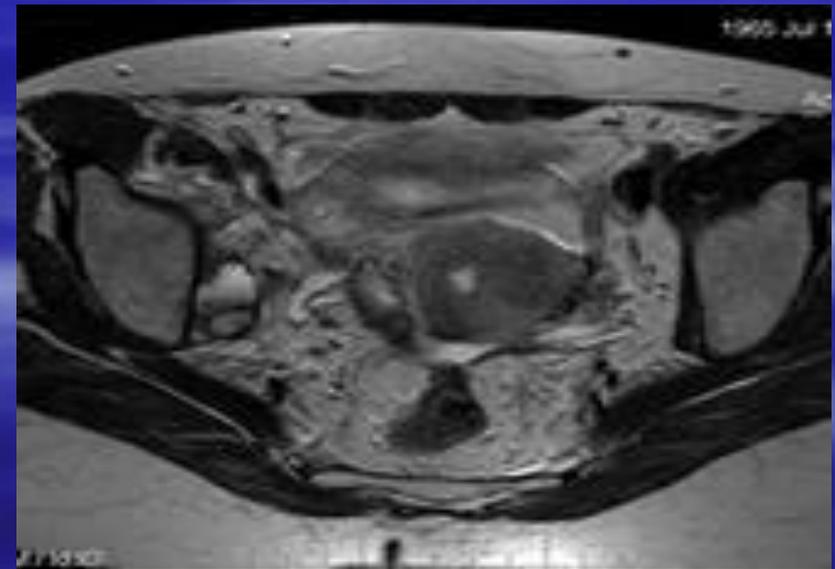
- Анамнез: следует обратить внимание на особенности менструальной и генеративной функции, наличие эндокринных нарушений.
- Общий осмотр: локализация, величина, контуры, подвижность, консистенция, подвижность опухоли, признаки асцита.
- Ректо-вагинальное исследование

Лучевые методы диагностики

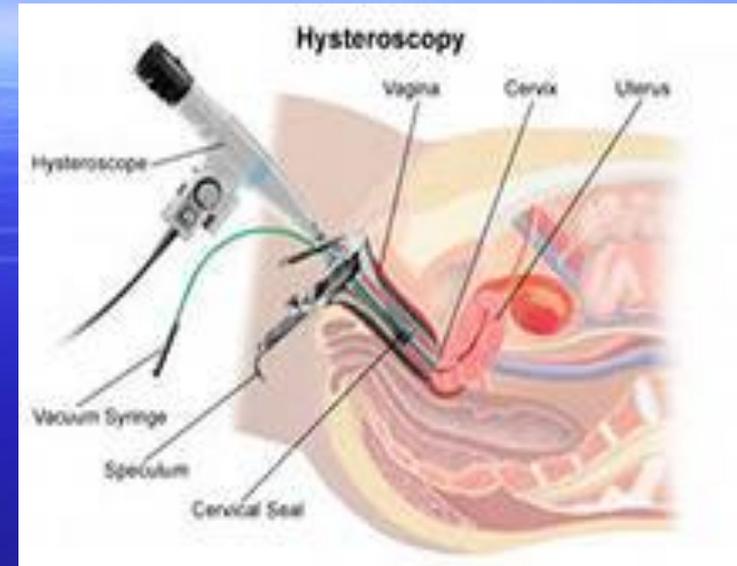
УЗИ ОМТ: При злокачественном поражении эндометрия увеличивается толщина слизистой оболочки до 20 мм. Контуры слизистой нечеткие и неровные.



КТ ОМТ: определение локализации, размера, плотности опухоли, сдавление или прорастание опухолью окружающих тканей, состояние лимфатических узлов.



- Гистероскопия – метод эндоскопического исследования применяемый для изучения состояния слизистой оболочки матки и обнаружения в ней новообразований, при ГС выполняется прицельная биопсия, пробное выскабливание, полипэктомия с целью гистологической верификации.



Гистоцитологическое исследование

- Цитологическое исследование аспирата эндометрия (высокая степень достоверности)
- Гистоцитологическое исследование (является наиболее достоверным методом)

Лечение

- I стадия: при высокодифференцированных опухолях- экстирпация матки с придатками. При низкодифференцированных экстирпация матки с придатками с лимфодиссекцией подвздошных лимфоузлов + адъювантная лучевая терапия.
- II стадия: расширенная экстирпация матки с придатками с лимфодиссекцией подвздошных лимфоузлов + адъювантная сочетанная лучевая терапия.
- III стадия: экстирпация матки с придатками с лимфодиссекцией подвздошных лимфоузлов, резекция большого сальника + адъювантная сочетанная лучевая терапия + гормонотерапия+ химиотерапия.
- IV стадия: паллиативная ДЛТ + гормонохимиотерапия или симптоматическая терапия

Прогноз

- Прогноз зависит от стадии, степени дифференцировки и гистологического типа опухоли, глубины инвазии миометрия, возраста, наличия метастазов.
- 5 летняя выживаемость при I ст. – 82%, при II ст. – 65%, при III ст.- 44%, при IV – 15%.