

Рак шейки и тела матки

Рак шейки матки

К факторам риска относятся:

- раннее начало и большая продолжительность половой жизни,
- частая смена сексуальных партнеров,
- категория женщин относящихся к группам малообеспеченного населения.

В этиологии развития рака шейки матки ведущее значение принадлежит вирусам, особенно:

Herpes virus 2

Papillomo virus hominis.

ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. Гиперпластические, связанные с гормональными нарушениями:

Эндоцервикоз:

простой
пролиферирующий (с новообразованием желез)
заживающий (перекрытие многослойным плоским
эпителием)

Полип:

простой
пролиферирующий (с новообразованием желез)
эпидермизирующий

Папиллома (покровный эпителий без признаков атипии)

Лейкоплакия (простая форма)

Эндометриоз

ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

2. Воспалительные:

Истинные эрозии

*Цервициты разной этиологии:
острый
хронический*

3 . Посттравматические:

Разрывы

Эктропион

Рубцовые изменения

Шеечно - влагалищные свищи

ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. Гиперпластические, связанные с гормональными нарушениями:

Эндоцервикоз:

простой
пролиферирующий (с новообразованием желез)
заживающий (перекрытие многослойным плоским
эпителием)

Полип:

простой
пролиферирующий (с новообразованием желез)
эпидермизирующий

Папиллома (покровный эпителий без признаков атипии)

Лейкоплакия (простая форма)

Эндометриоз

ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

2. Воспалительные:

Истинные эрозии

*Цервициты разной этиологии:
острый
хронический*

3 .Посттравматические:

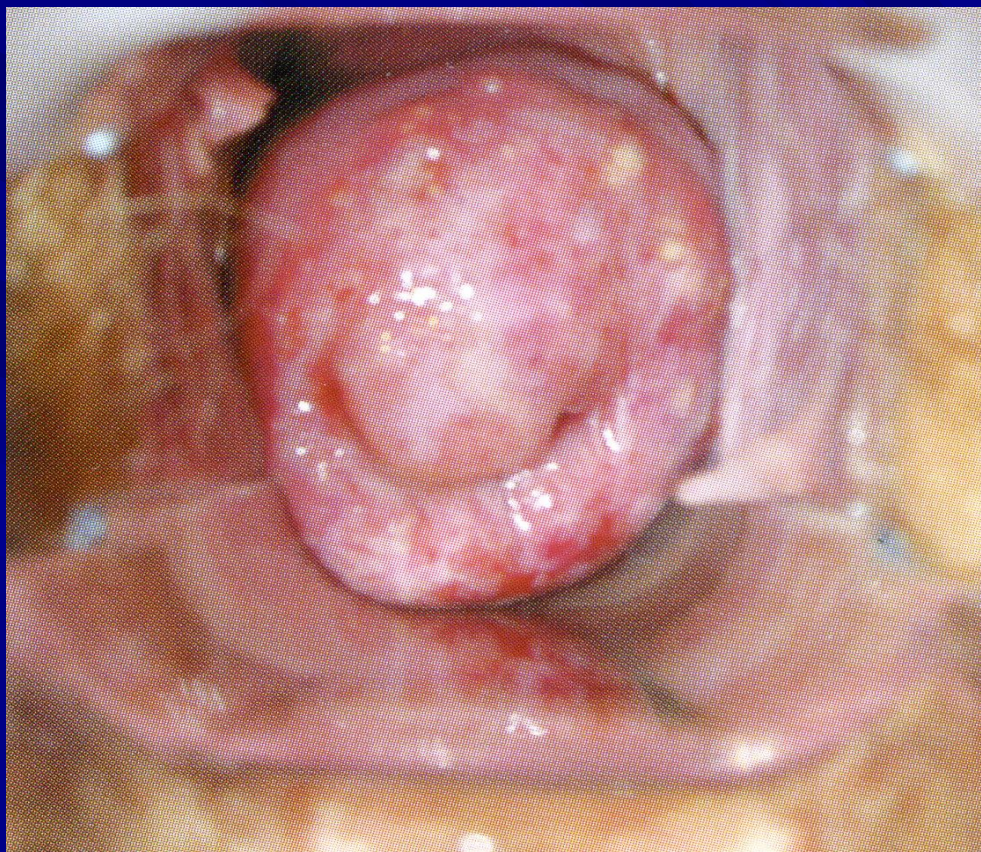
Разрывы

Эктропион

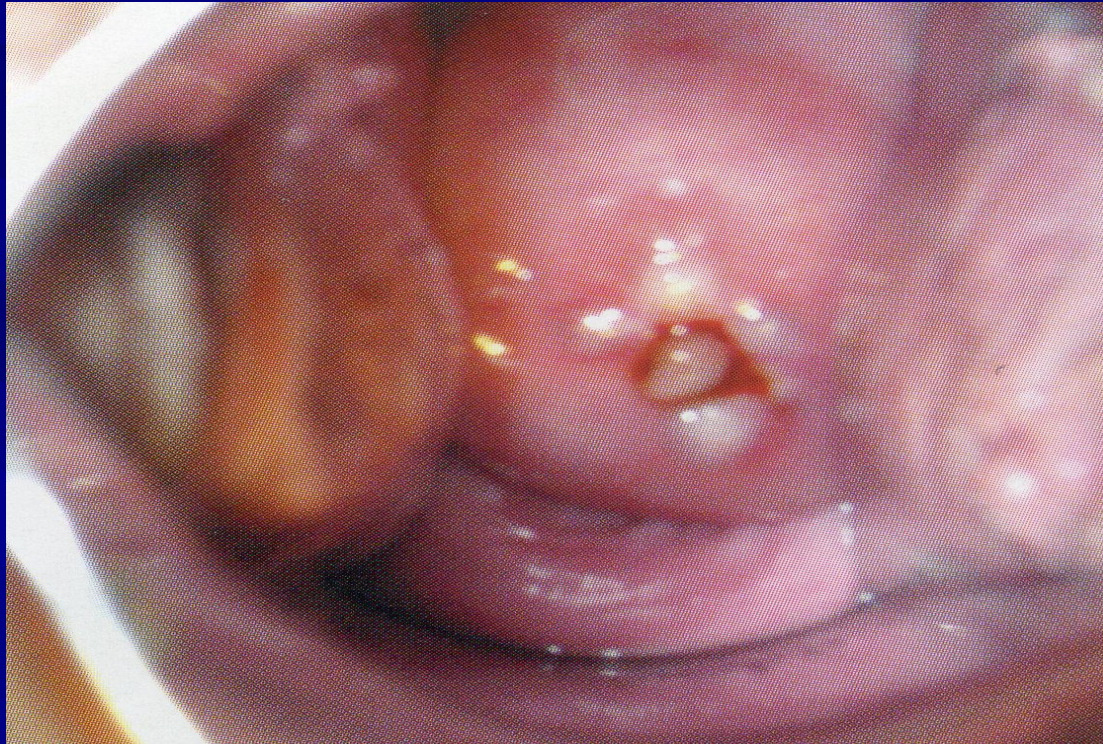
Рубцовые изменения

Шеечно - влагалищные свищи





Эктопия шейки матки с множественными ретенционными кистами



Множественные ретенционные кисты шейки матки

без вовлечения в процесс поверхностного слоя и стромы.

Истинным предраком является дисплазия-атипия эпителия шейки матки с нарушением «слоистости», но без вовлечения в процесс поверхностного слоя и стромы.

ПРЕДРАКОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Дисплазия, возникающая на неизмененной шейке или в области фоновых процессов:

- > слабо выраженная
- > умеренно выраженная
- > выраженная

Лейкоплакия с явлениями атипии клеток

Эритроплакия

Аденоматоз

Под термином «Ca in situ» принято понимать патологию покровного эпителия шейки матки, во всей толще которого имеются гистологические признаки рака, утрата слоистости и полярности, но отсутствует инвазия в подлежащую строму.

РАК

ПРЕКЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

Рак in situ

Рак in situ с началом инвазии

Микрокарцинома

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

Плоскоклеточный рак:

- > ороговевающий
- > неороговевающий

Железистый с различной степенью дифференцировки

Светлоклеточный мезонефральный рак

Низкодифференцированный

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПО СТАДИЯМ (Минздрав СССР, 1985 г.)

0 стадия - преинвазивный рак (Ca in situ).

Ia стадия - опухоль, ограниченная шейкой матки с инвазией в строму не более 3 мм (диаметр опухоли не должен превышать 1 см) - микроинвазивный рак.

Iб стадия - опухоль ограничена шейкой матки с инвазией более 3 мм.

IIa стадия - рак инфильтрирует влагалище, не переходя на его нижнюю треть и/или распространяется на тело матки.

IIб стадия - рак инфильтрирует параметрий на одной из обеих сторон, не переходя на стенку таза.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПО СТАДИЯМ

(Минздрав СССР, 1985 г.)

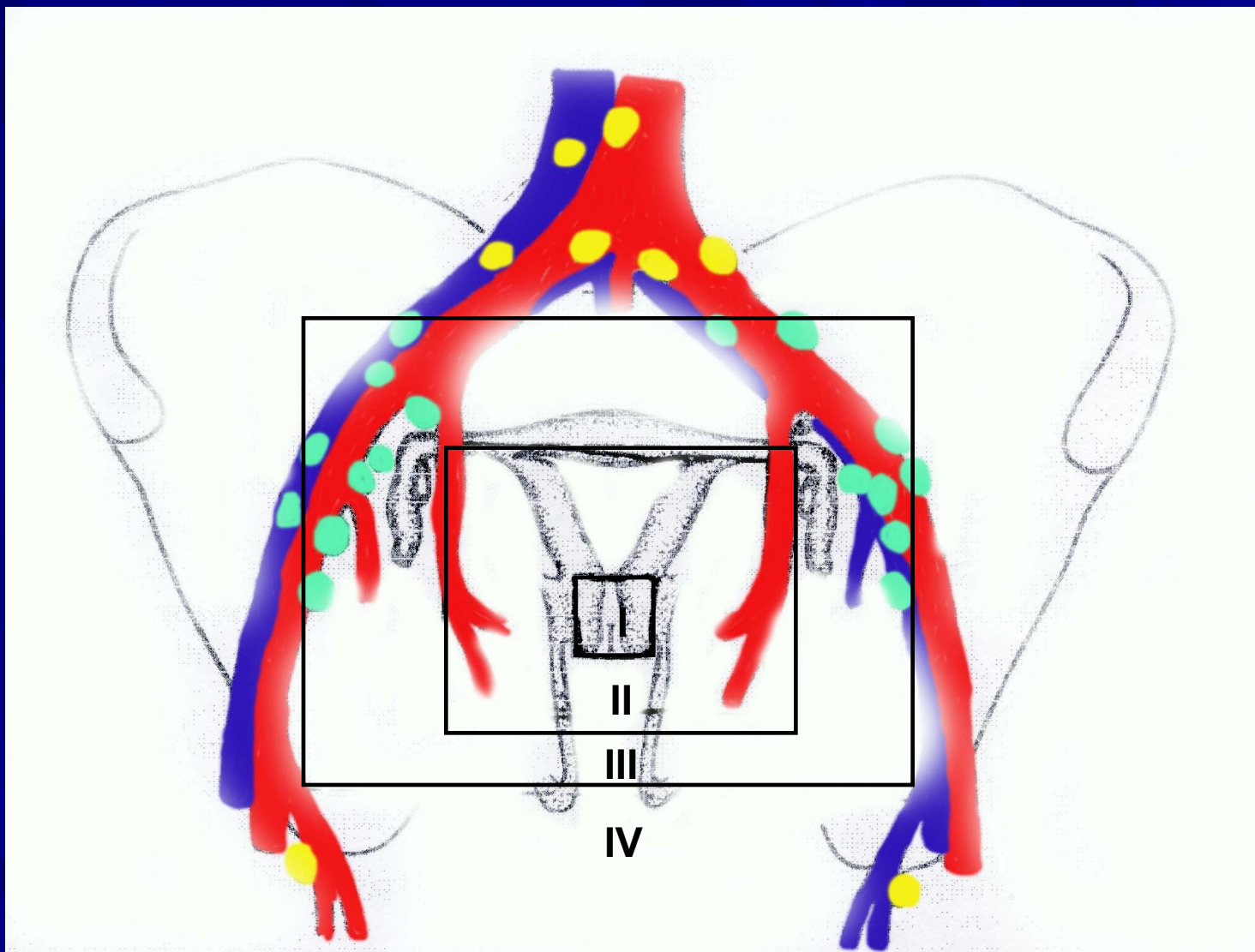
IIIa стадия - рак инфильтрирует нижнюю треть влагалища и/или имеются метастазы в придатках матки; регионарные метастазы отсутствуют.

IIIб стадия - рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах до стенки таза и/или имеются регионарные метастазы в лимфатических узлах таза, и/или определяются гидронефроз и нефункционирующая почка, обусловленные стенозом мочеточника.

IVa стадия - рак прорастает мочевой пузырь и/или прямую кишку.

IVб стадия - определяются отдаленные метастазы за пределами таза.

Схема классификация рака шейки матки по стадиям



МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПО СИСТЕМЕ TNM (1985 г.)

T - первичная опухоль

Tis- преинвазивный рак (Ca in situ).

T1 - рак, ограниченный шейкой матки.

T1a - микроинвазивная карцинома (инвазия до 3 мм).

T1b - инвазивная карцинома.

T2 - рак, распространяющийся за пределы шейки матки, но не достигающий стенок таза, и/или рак, вовлекающий стенки влагалища без распространения на ее нижнюю треть, и/или рак переходящий на тело матки.

T2a - рак, инфильтрующий только влагалище или тело матки (без инфильтрации параметриев).

T2b - рак, инфильтрующий параметрий.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПО СИСТЕМЕ TNM (1985 г.)

T3 - рак, инфильтрующий нижнюю треть влагалища, и/или параметрии до стенок таза (отсутствует свободное пространство между опухолью и стенкой таза).

T3a - карцинома вовлекает нижнюю треть влагалища.

T3b - карцинома распространяется до стенок таза и/или вызывает гидронефроз или отсутствие функции почки вследствие сдавления мочеточника опухолью.

T4 - рак, выходящий за пределы малого таза или инфильтрирующий слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки (наличие буллезного отека недостаточно для отнесения к символу T4).

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПО СИСТЕМЕ TNM (1985 г.)

N - регионарные лимфатические узлы таза

N_0 - метастазы в регионарных лимфатических узлах не выявляются.

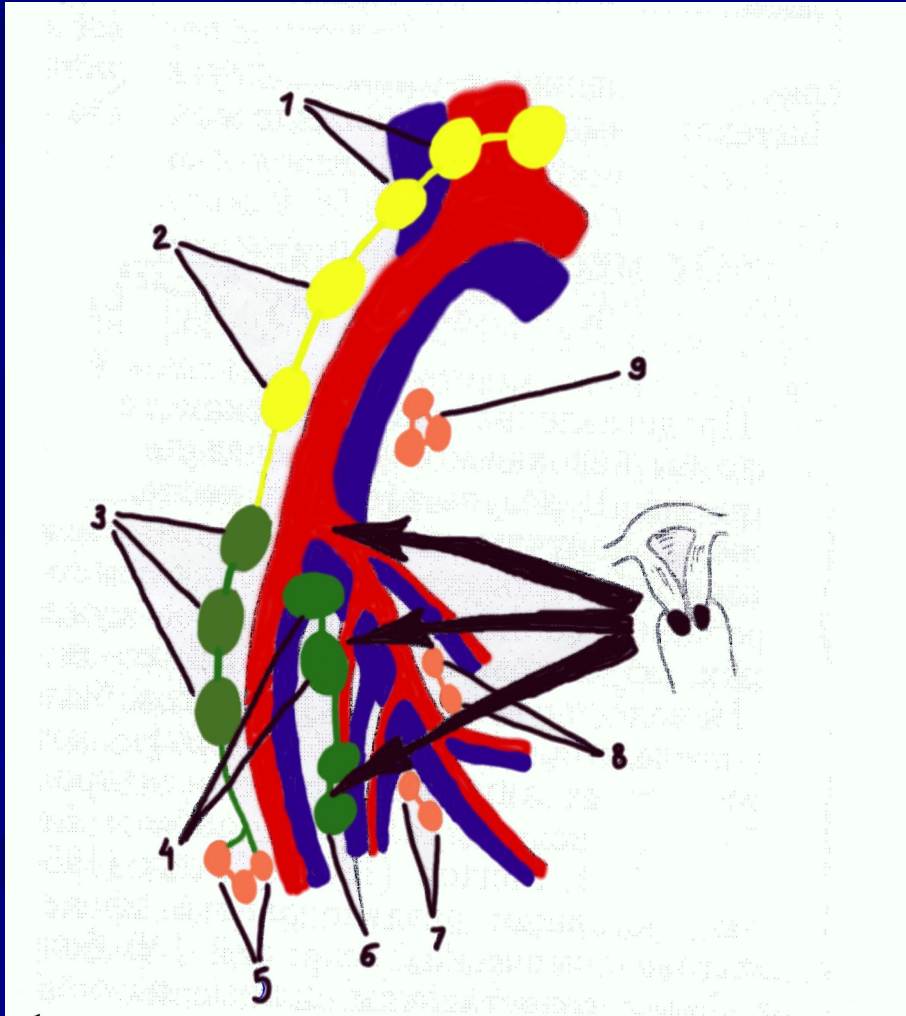
N_1 - выявляются метастазы в регионарных лимфатических узлах.

N_2 - пальпируется фиксированное уплотнение на стенке таза при наличии свободного пространства между ним и первичной опухолью.

N_x - оценить состояние регионарных лимфатических узлов невозможно.

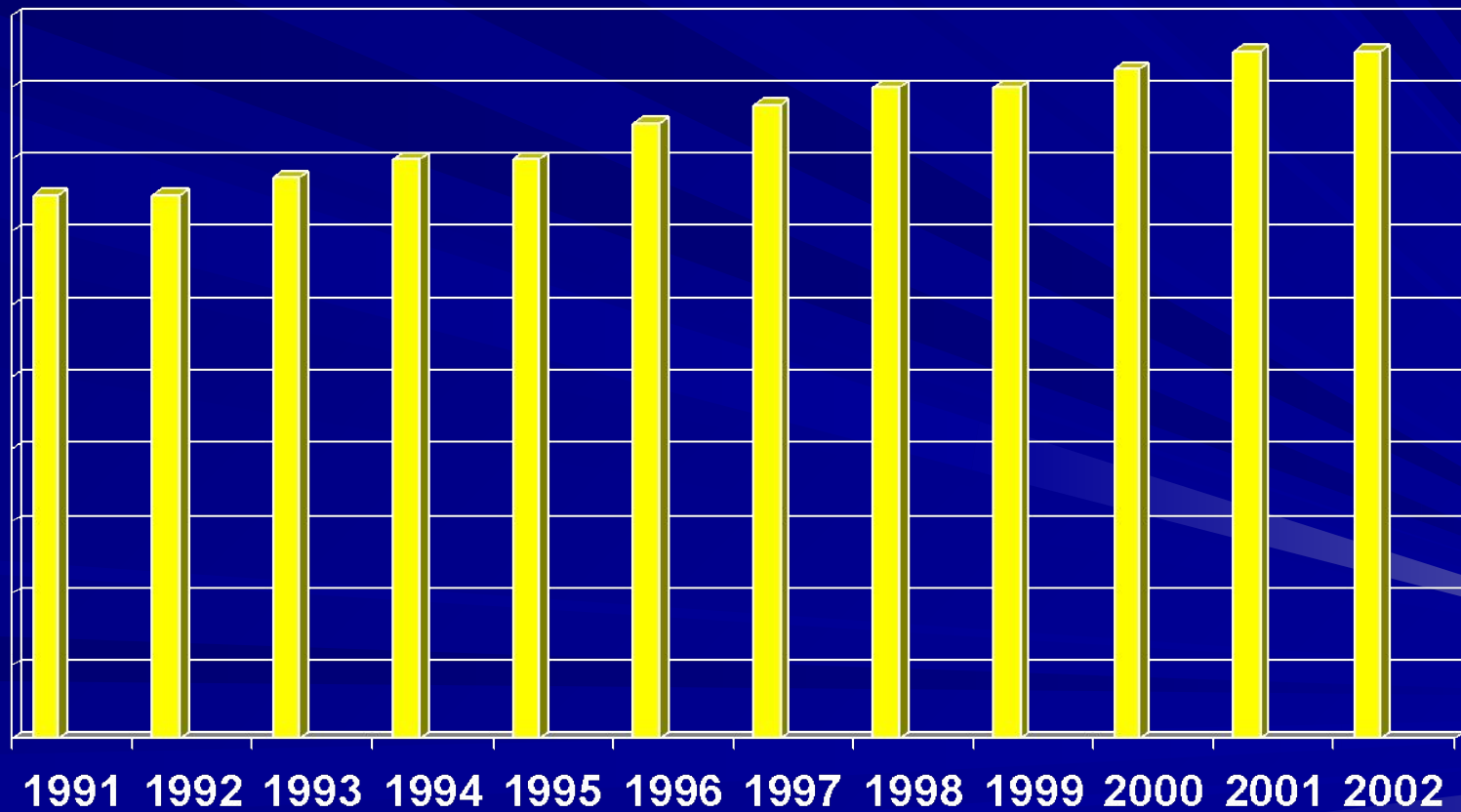
M - отдаленные метастазы.

Схема лимфогенного метастазирования рака шейки матки



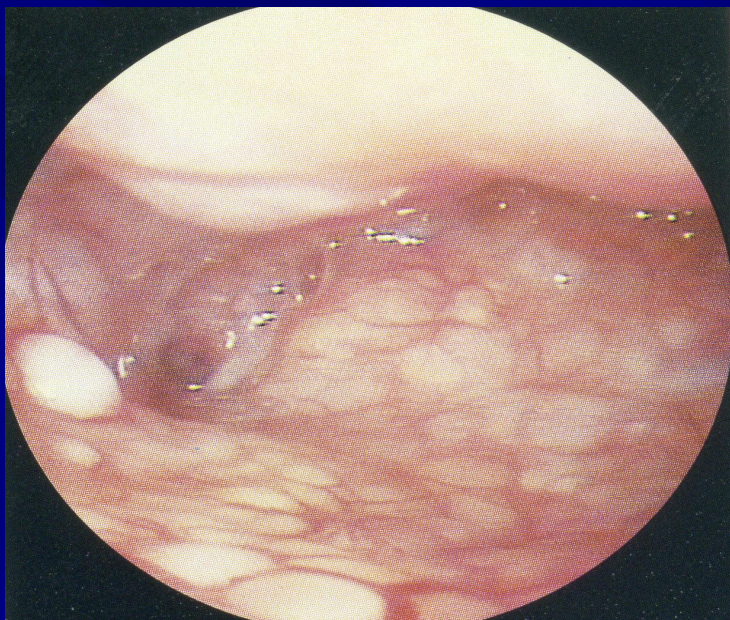
1- поясничные узлы, 2-общие подвздошные узлы, 3- наружные подвздошные узлы, 4-внутренние подвздошные узлы, 5- пахово-бедренные узлы, 6-запирательные узлы, 7-нижние ягодичные узлы, 8- верхние ягодичные узлы, 9- латеральные крестцовые узлы (зеленый цвет - лимфатические узлы 1-го этапа метастазирования; желтый-2-й и 3-й этапы метастазирования, оранжевый- ретроградные метастазы)

Динамика заболеваемости раком эндометрия в России в 1991-2002г.

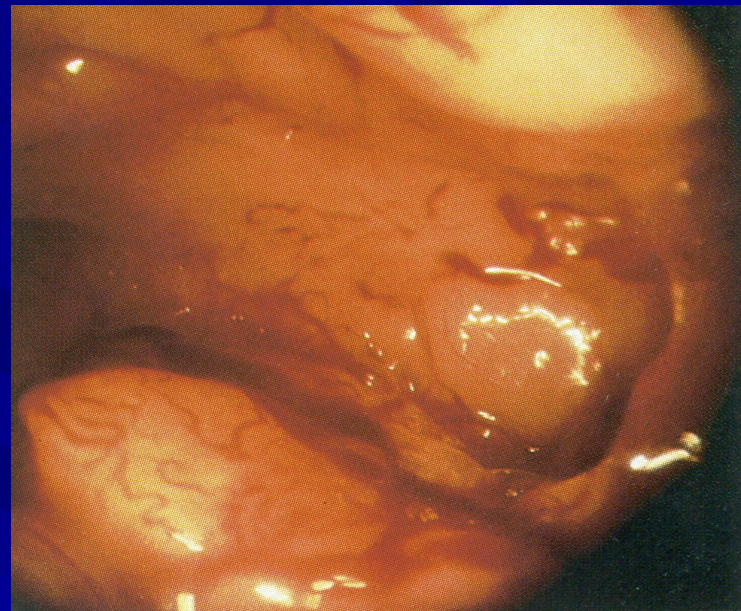


Фоновые и предраковые процессы

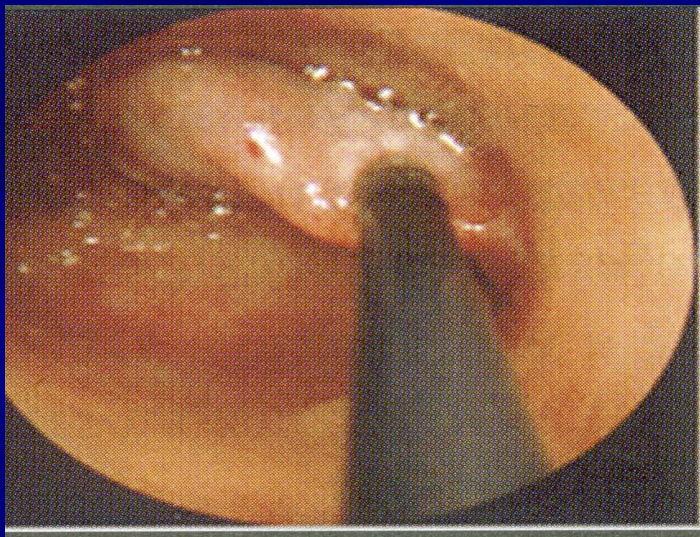
Фоновые процессы	Предраковые процессы
Гиперпластические, связанные с гормональными нарушениями: Железистая и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия Полипы Эндометриоз	Атипичная железистая гиперплазия эндометрия (аденоматоз) Пролиферирующие формы аденоматозного полипа
<u>Воспалительные:</u> Эндометрит разной этиологии острый хронический	



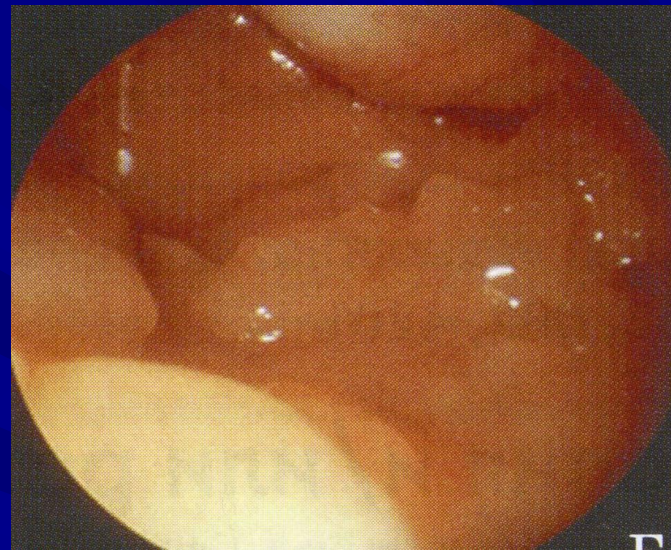
**Железисто-кистозные
структуры**



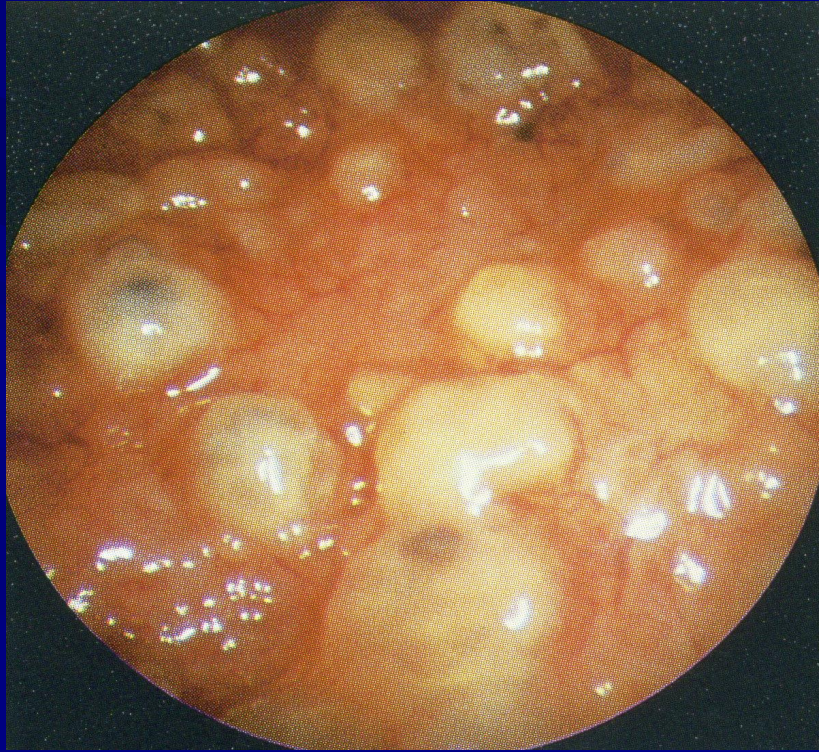
**Образование полипов с
гиперваскуляризацией.**



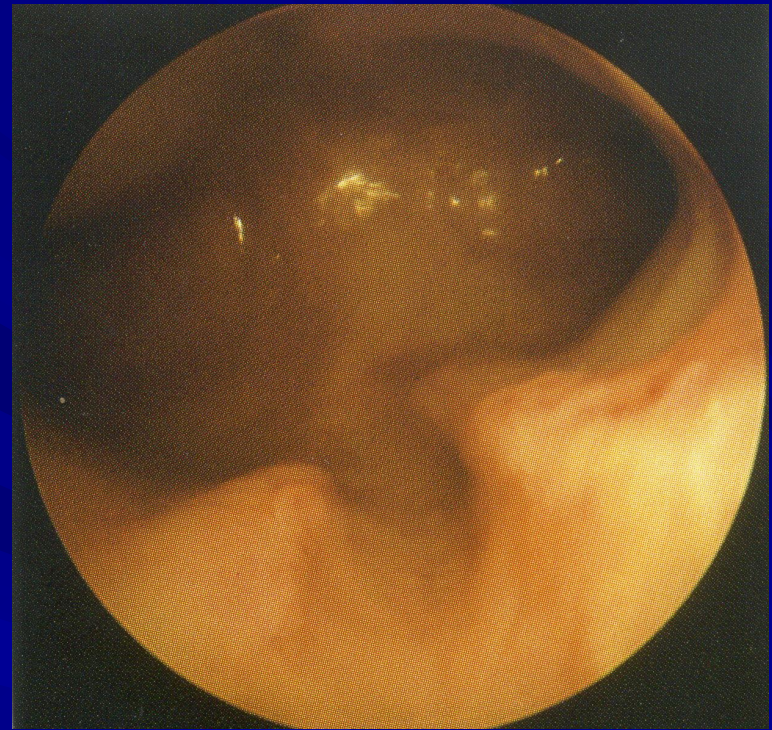
Полип эндометрия



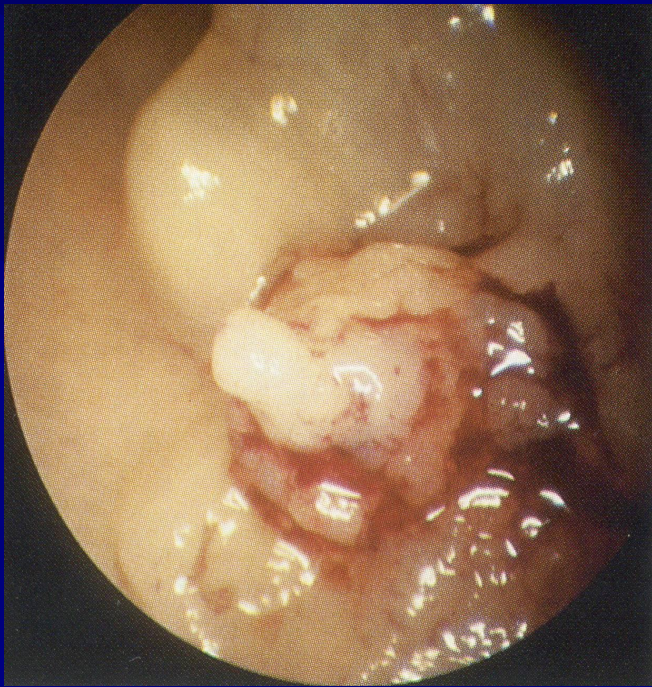
Полиповидная гиперплазия



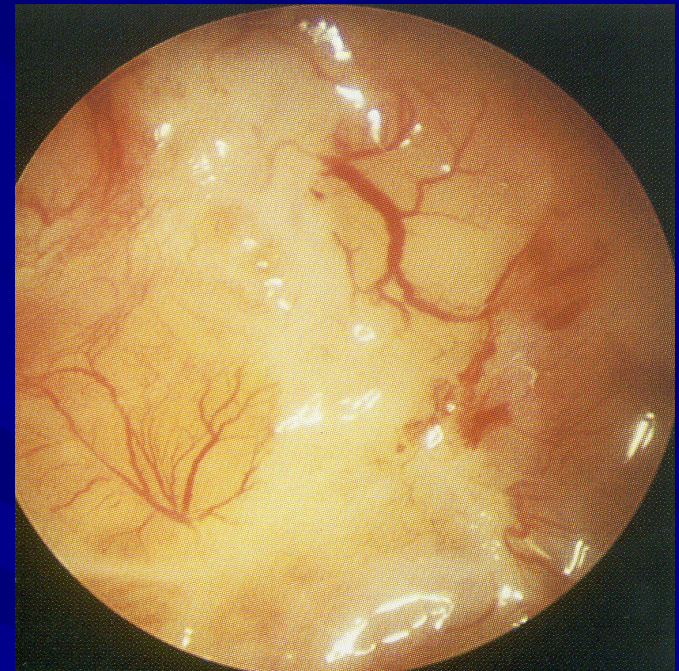
Кистозная атрофия



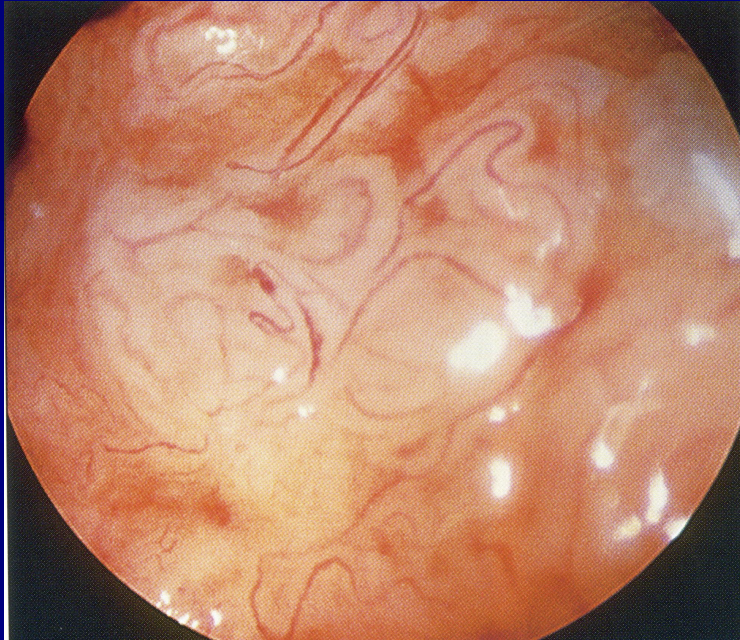
**Увеличение высоты эндометрия
при гиперплазии эндометрия с
малым риском**



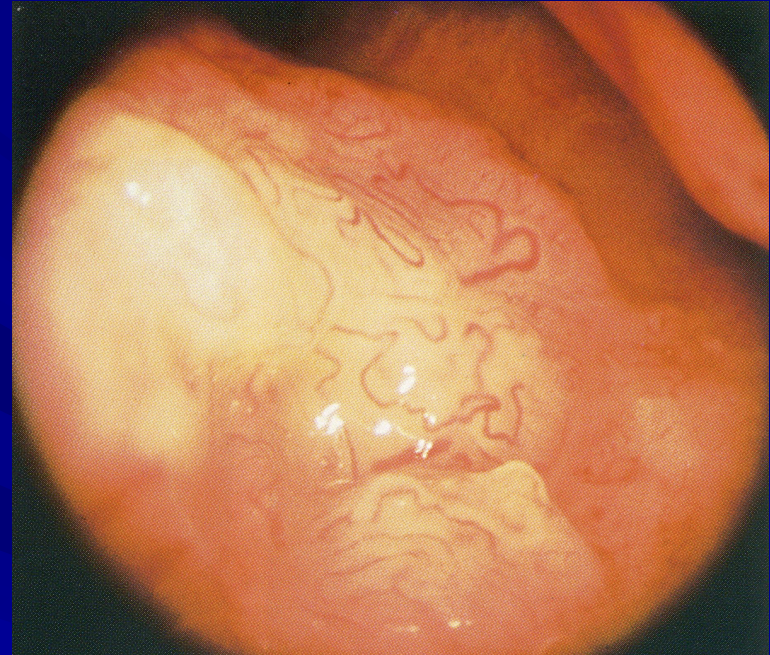
Очаговая гиперплазия эндометрия



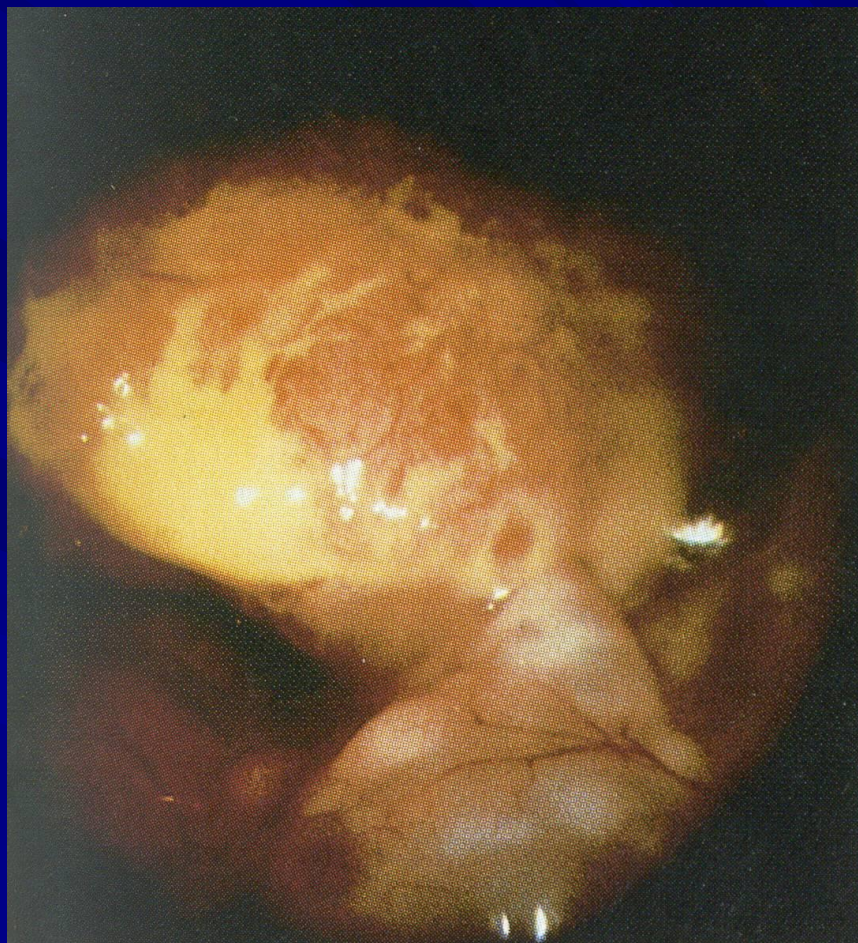
**Гиперплазия эндометрия с
большим риском:древовидная
капиллярная васкуляризация.**



**Гиперплазия эндометрия с
большим риском:
штопоровидная
васкуляризация.**



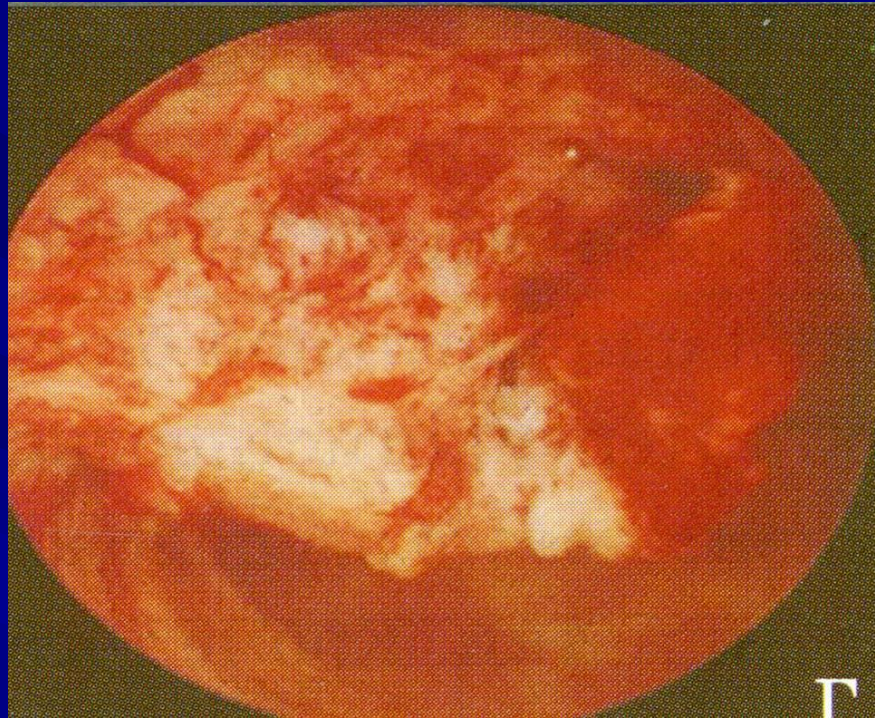
**Неправильный рост и
неправильная васкуляризация
эндометрия.**



Полип эндометрия с кистозными структурами и с некротическими участками

Фоновые и предраковые процессы

Фоновые процессы	Предраковые процессы
Гиперпластические, связанные с гормональными нарушениями: Железистая и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия Полипы Эндометриоз	Атипичная железистая гиперплазия эндометрия (аденоматоз) Пролиферирующие формы аденоматозного полипа
<u>Воспалительные:</u> Эндометрит разной этиологии острый хронический	



Атипичическая гиперплазия

Рак тела матки

Инвазивный рак

Аденокарцинома разной степени дифференцировки

Низкодифференцированный рак

Светлоклеточный

рак

Аденоакантокарцинома

Плоскоклеточный рак

ПРИЗНАКИ ДВУХ ОСНОВНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ.

<i>Признаки</i>	<i>I вариант</i>	<i>II вариант</i>
Менструальная функция	В анамнезе ановуляторные маточные кровотечения	Не нарушена
Детородная функция	Снижена, нередко бесплодие	Не нарушена
Время наступления менопаузы	Часто после 50 лет	Обычно до 50 лет
Тип кольпоцитологической реакции в постменопаузе	Эстрогенный	Атрофический
Состояние яичников	Гиперплазия тека ткани. Синдром Штейна - Левенталя Феминизирующие опухоли.	Фиброз

ПРИЗНАКИ ДВУХ ОСНОВНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ.

Фон эндометрия или произведенные ранее соскобы	Гиперпластические процессы	Атрофия
Состояние миометрия	Фибромиома, аденомиоз	Без особенностей
Ожирение	Есть	Нет
Гиперлипидемия	Есть	Нет
Сахарный диабет	Есть	Нет
Гипертоническая болезнь	Сочетается с ожирением и/или сахарным диабетом	Отсутствует или не сочетается с ожирением и сахарным диабетом
T-система иммунитета	Без существенных изменений	Иммунодепрессия

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПРИ ДВУХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ:

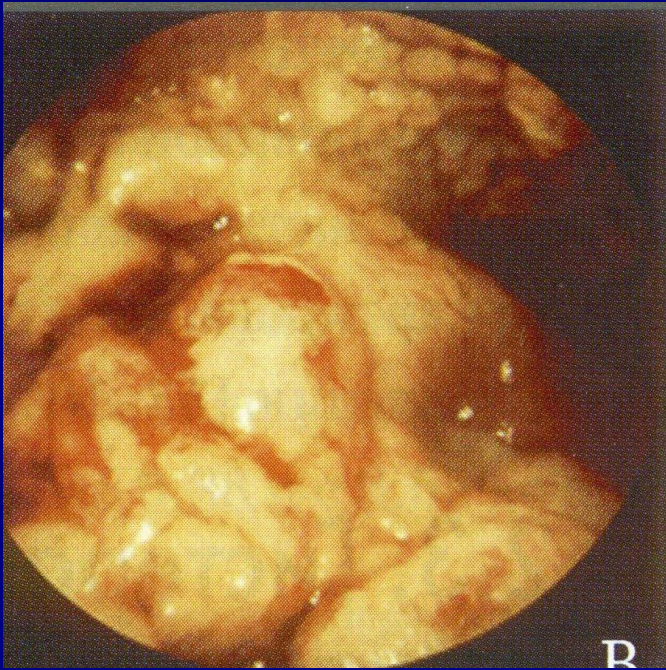
	<i>I вариант</i>	<i>II вариант</i>
Продолжительность симптомов	Обычно длительная	Обычно короткая
Степень дифференцировки опухоли	Высокая (чаще I или II степень)	Снижена (чаще III или IV степень)
Глубина инвазии в миометрий	Чаще поверхностная	Чаще глубокая
Потенция к лимфогенному метастазированию	Невысокие	Высокие
Чувствительность к прогестагенам	Высокая	Невысокая
Первично множественные опухоли	Яичники, молочная железа, толстая кишка	Не характерны
Прогноз	Благоприятный	Сомнительный

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ И ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ.

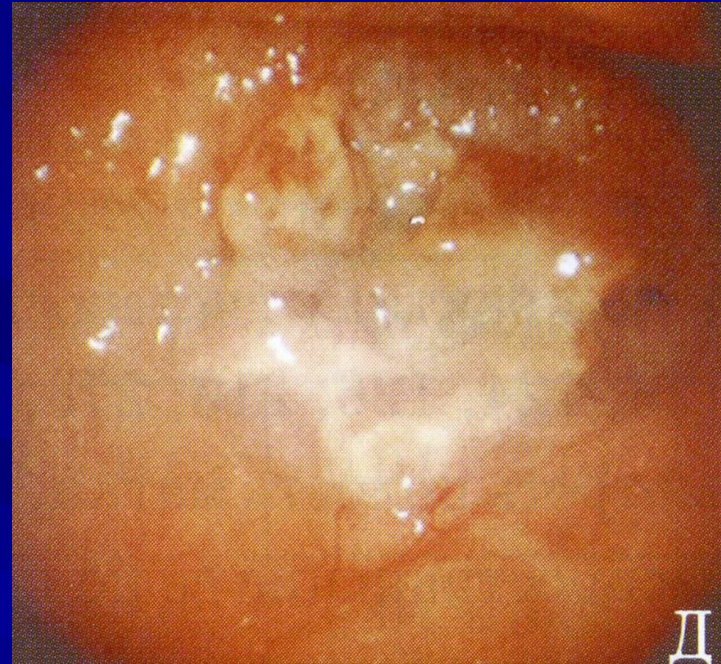
I этап охватывает период от возникновения инвазивного рака до момента глубокого его прорастания в миометрий.

II этап клинического течения характеризуется местно-регионарным распространением, наблюдается значительное увеличение частоты образования метастазов в лимфатических узлах таза.

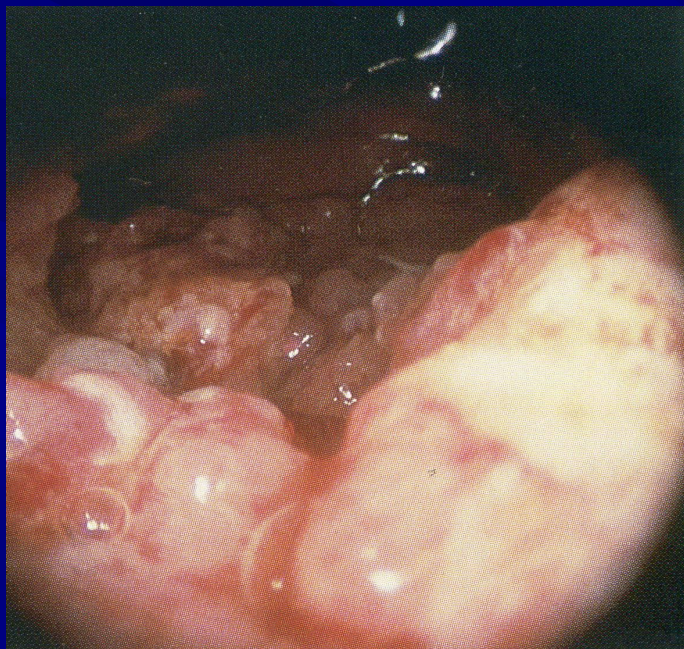
III этап клинического течения характеризуется диссеминацией процесса: от прорастания опухоли за серозную оболочку матки и/или образование регионарных метастазов до широкой лимфогенной, лимфогематогенной и имплантационной диссеминации



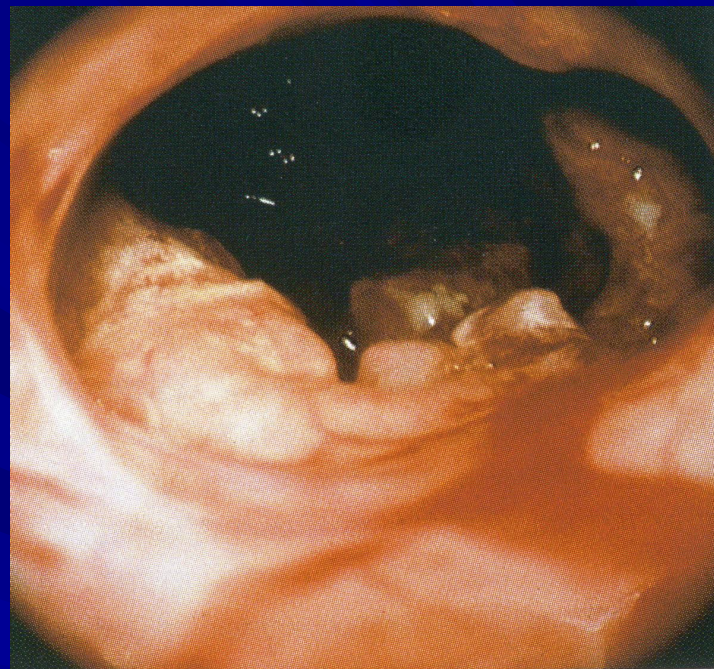
**Полиповидная
гиперплазия+малигнизация**



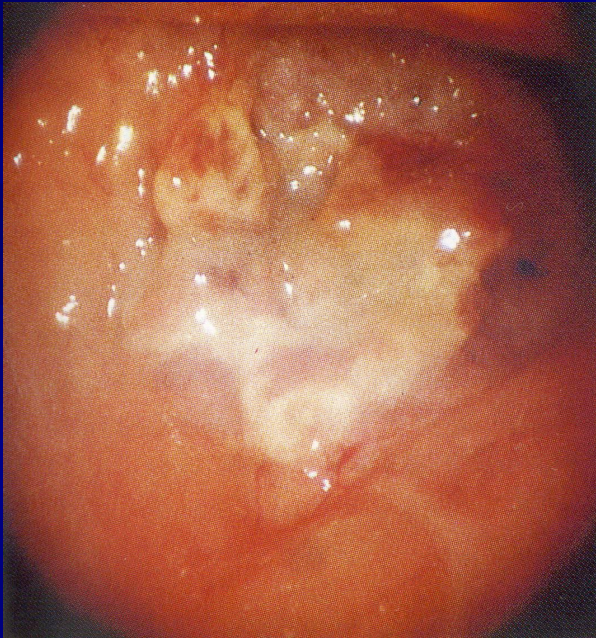
Начальный РЭ



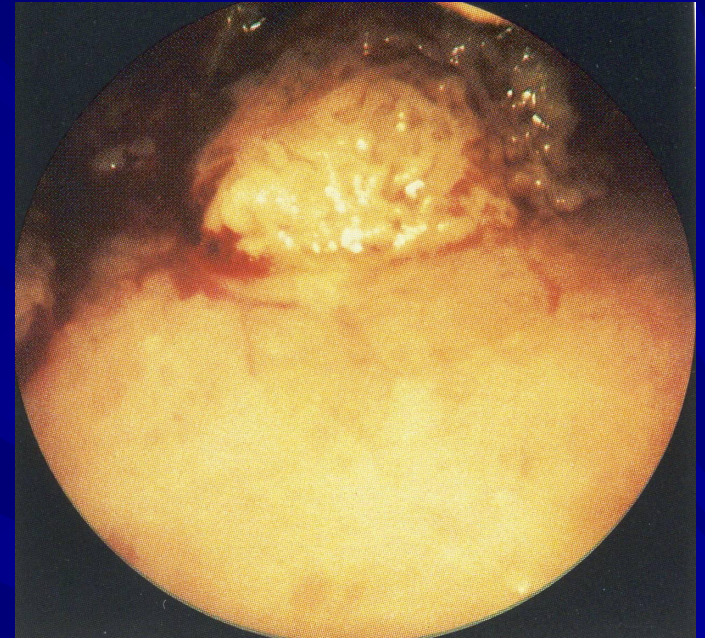
Распространенный РЭ



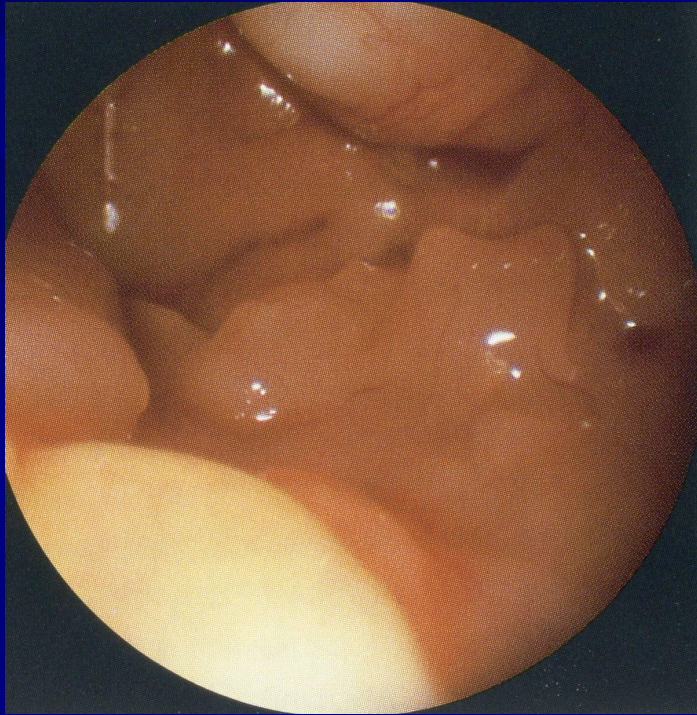
Рак эндометрия: вид со стороны устья



Рак эндометрия: очаговая локализация



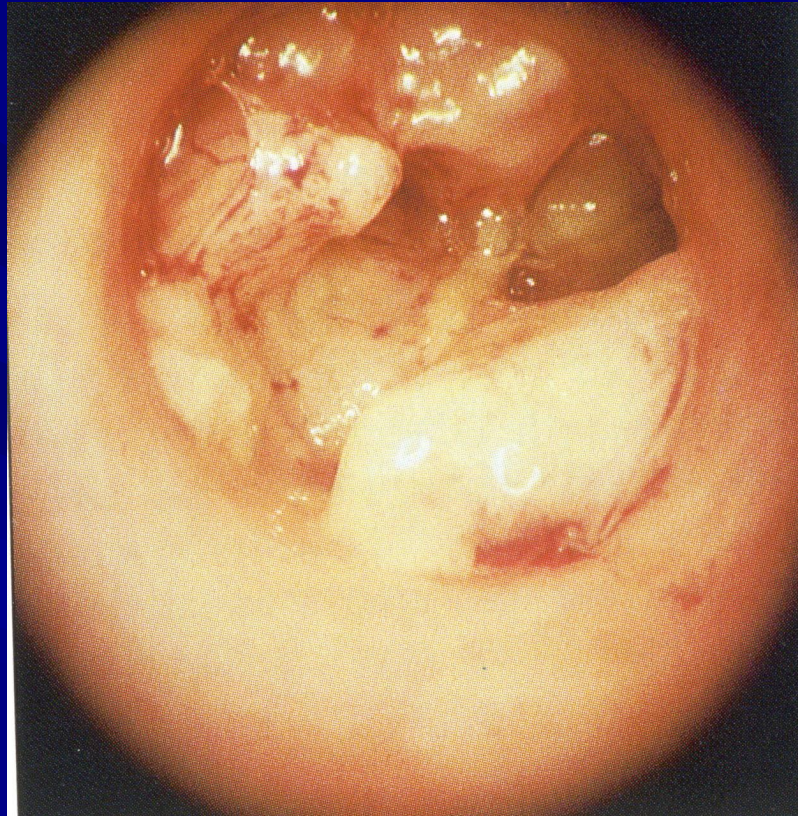
Рак эндометрия: граница между нормальным и опухолевым эпителием.



Рак эндометрия: высоко дифференцированная форма.



Рак эндометрия: диссеминация в полости матки.



**Рак эндометрия: локализация у
дна.**

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ

(Минздрав СССР, 1985 г.)

0 стадия - преинвазивная карцинома (синоним: атипическая гиперплазия эндометрия).

I стадия - опухоль ограничена телом матки, регионарные метастазы не определяются.

Ia стадия - опухоль ограничена эндометрием.

Iб стадия - инвазия в миометрий до 1 см.

Iв стадия - инвазия в миометрий более 1 см, но нет прорастания серозной оболочки.

II стадия - опухоль поражает тело и шейку матки, регионарные метастазы не определяются.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ

(Минздрав СССР, 1985 г.)

III стадия - опухоль распространяется за пределы матки, но не за пределы малого таза.

IIIa стадия - опухоль инфильтрирует серозную оболочку матки и/или имеются метастазы в придатках матки и/или в регионарных лимфатических узлах таза.

IIIб стадия - опухоль инфильтрирует клетчатку таза и/или имеются метастазы во влагалище.

IV стадия - опухоль распространяется за пределы малого таза и/или имеется прорастание мочевого пузыря и/или прямой кишки.

IVa стадия - опухоль прорастает мочевой пузырь и/или прямую кишку.

IVб стадия - опухоль любой степени местного и регионарного распространения с определяемыми отдаленными метастазами.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ ПО СИСТЕМЕ TNM (1985г.)

T - первичная опухоль

Tis - преинвазивная карцинома (Ca in situ).

T0 - первичная опухоль не определяется

T1 - карцинома ограничена телом матки.

T1a - полость матки до 8 см;

T1b - полость матки более 8 см.

T2 - карцинома распространяется на шейку матки, но не за пределы матки.

T3 - карцинома распространяется за пределы матки, включая влагалище, но остается в пределах малого таза.

T4 - карцинома распространяется на слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки и/или выходит за пределы малого таза.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ ПО СИСТЕМЕ TNM (1985г.)

N - регионарные лимфатические узлы таза

N_0 - метастазы в регионарных лимфатических узлах не определяются.

N_1 - имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах таза.

N_x - недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

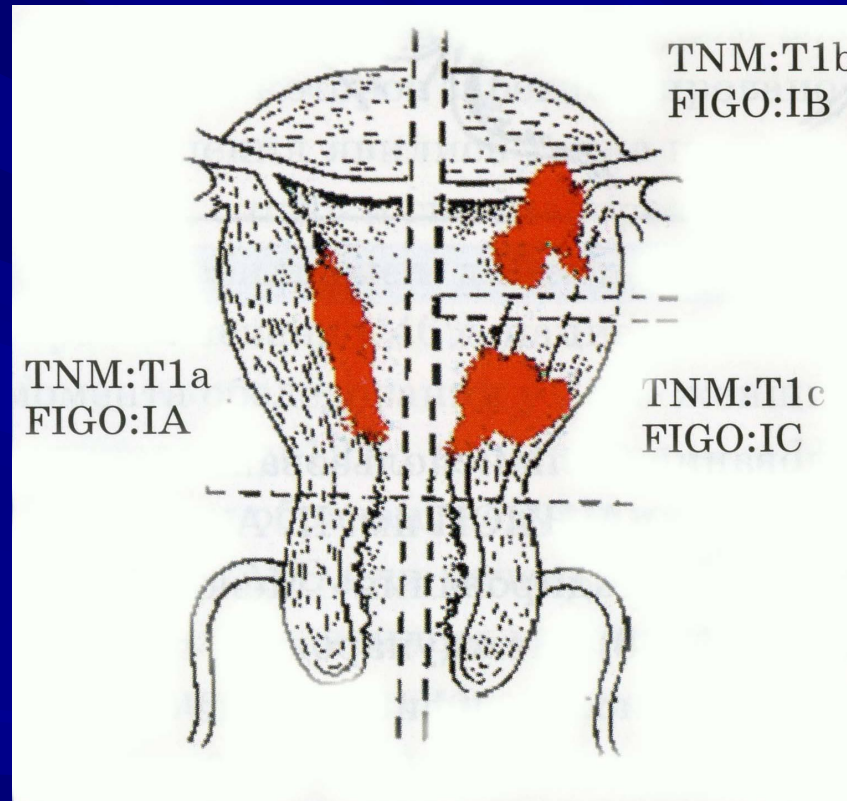
M - отдаленные метастазы

M_0 - нет признаков отдаленных метастазов.

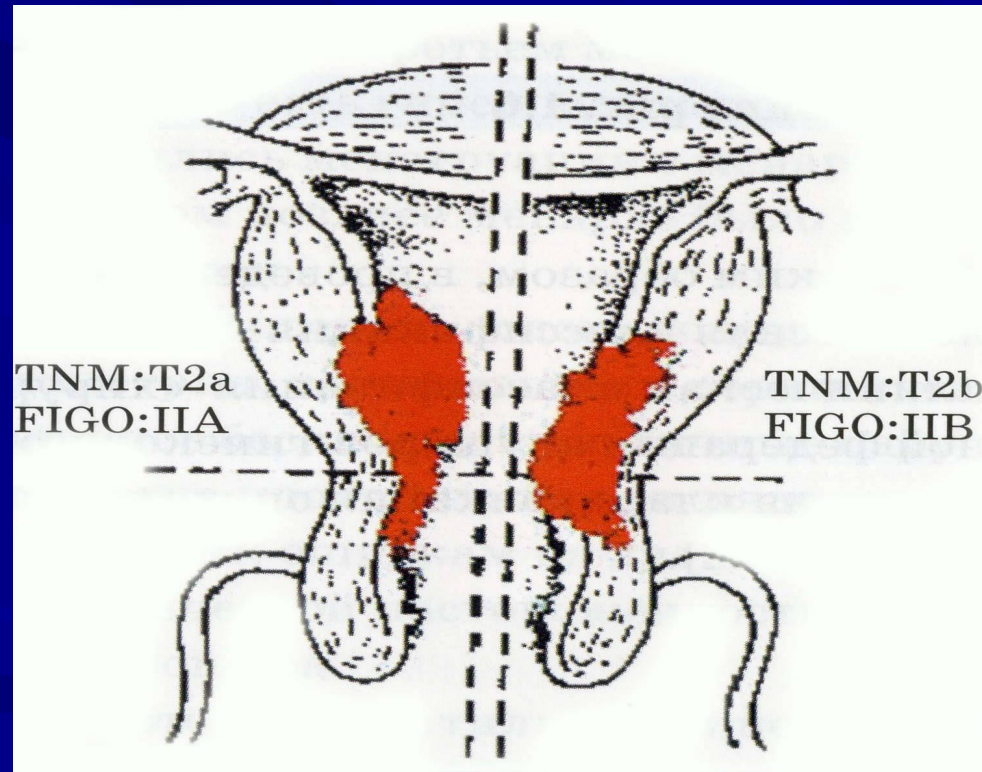
M_1 - имеются отдаленные метастазы

$r.T.NM$ - соответствует категориям T, N, M (после гистологического исследования операционного препарата).

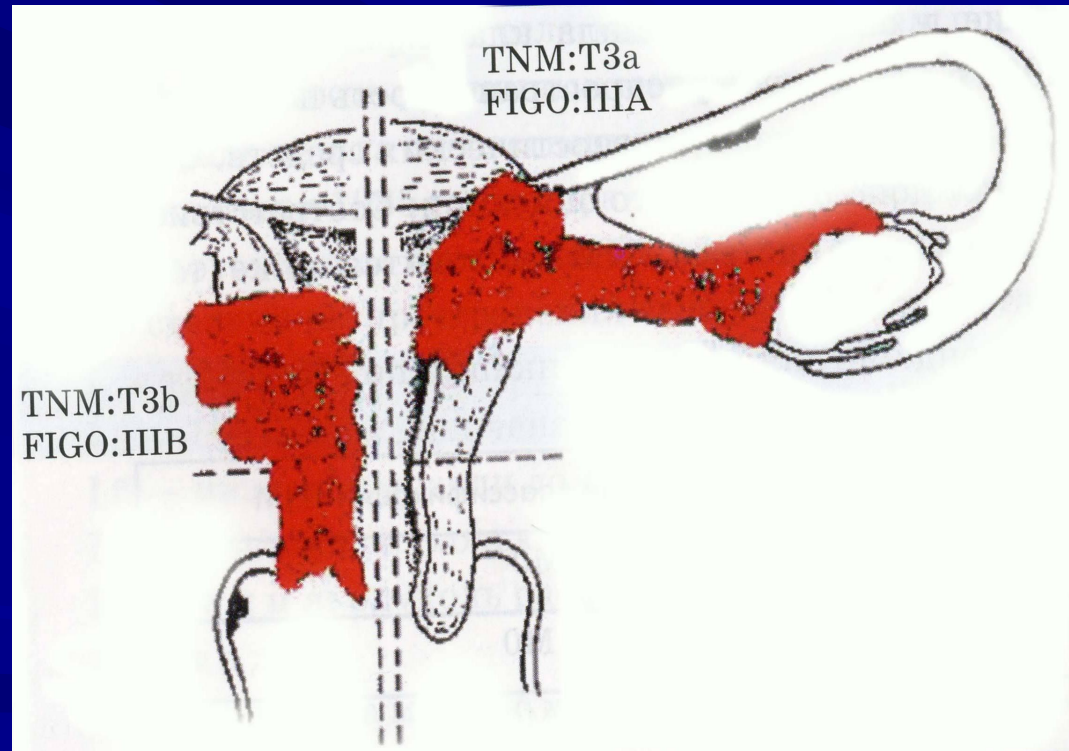
Стадии рака эндометрия в классификации по FIGO и по системе TNM



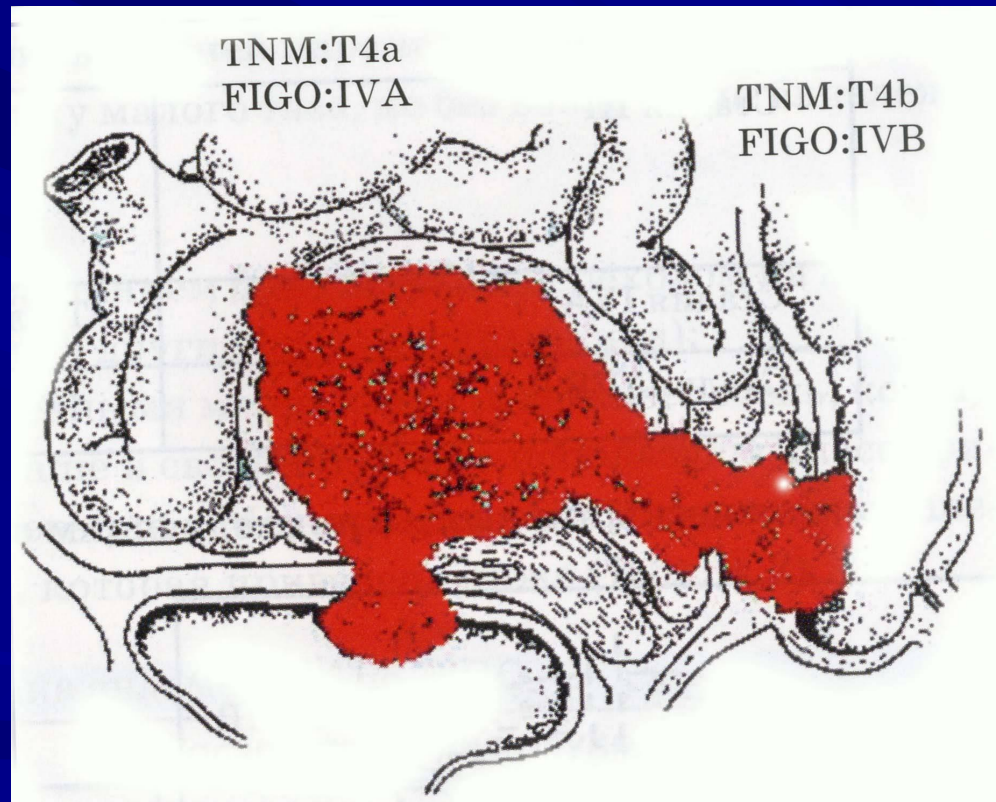
Стадии рака эндометрия в классификации по FIGO и по системе TNM



Стадии рака эндометрия в классификации по FIGO и по системе TNM



Стадии рака эндометрия в классификации по FIGO и по системе TNM



Профилактика рака тела матки

1. Регуляция менструального цикла

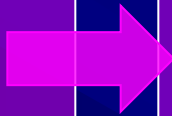
2. Лечение гиперпластических процессов.

Гормональная терапия проводится в два этапа.

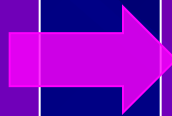
Лечение в репродуктивном возрасте (при отсутствии других показаний к операции) должно начинаться с назначения прогестагенов. Хирургическое лечение становится безусловно показанным, если проводимая гормонотерапия оказывается неэффективной.

У больных с аденоматозом старше 50 лет методом выбора является хирургическое лечение, а гормонотерапия применяется при противопоказаниях к операции.

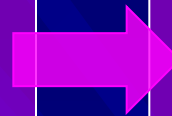
500 мг* 3 раза в
неделю
2 месяца
15 грамм



500 мг* 2 раза в
неделю
2 месяца



500 мг*
1 раза в
неделю
2 месяца



Од
30-32г



Атрофия эндометрия

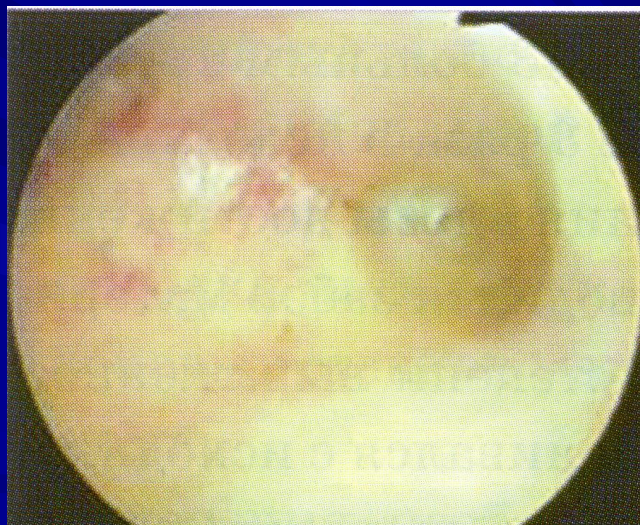


Схема гормонотерапии (17-ОПК, провера) при атипической гиперплазии эндометрия

500 мг
ежедневно
20 грамм

500 мг
через день
2 месяца

40-45г

Постепенное
снижение
интенсивности
гормонотерапии

ОД
65-75г

Атрофия эндометрия

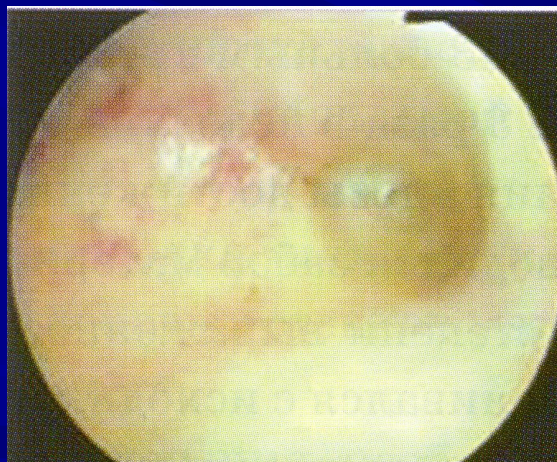


Схема гормонотерапии (17-ОПК, провера) при начальном раке тела матки