

# 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:

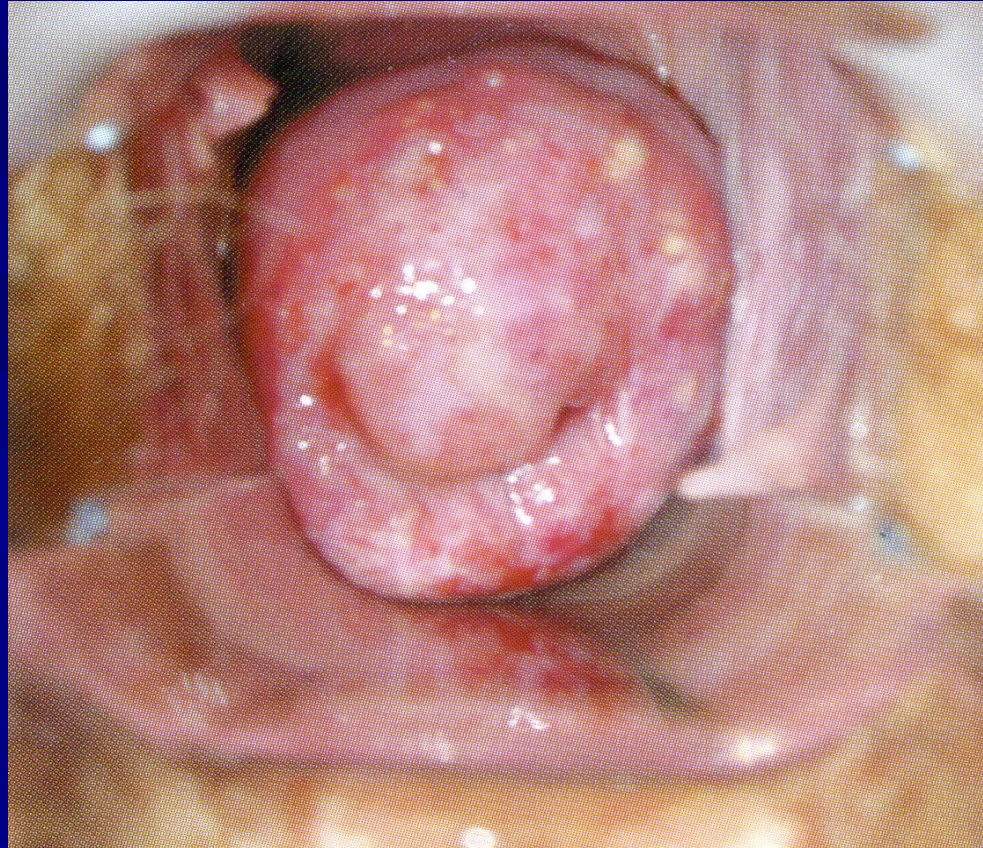
*Разрывы*

*Эктропион*

*Рубцовые изменения*

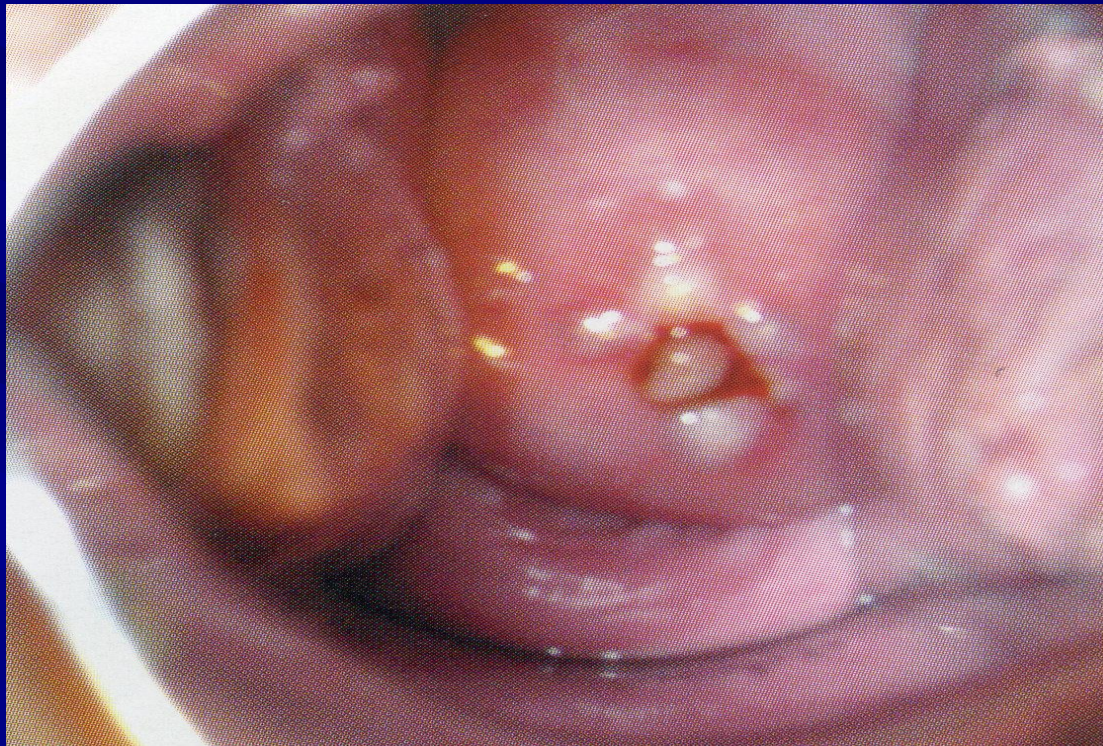
*Шеечно - влагалищные свищи*





**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.)

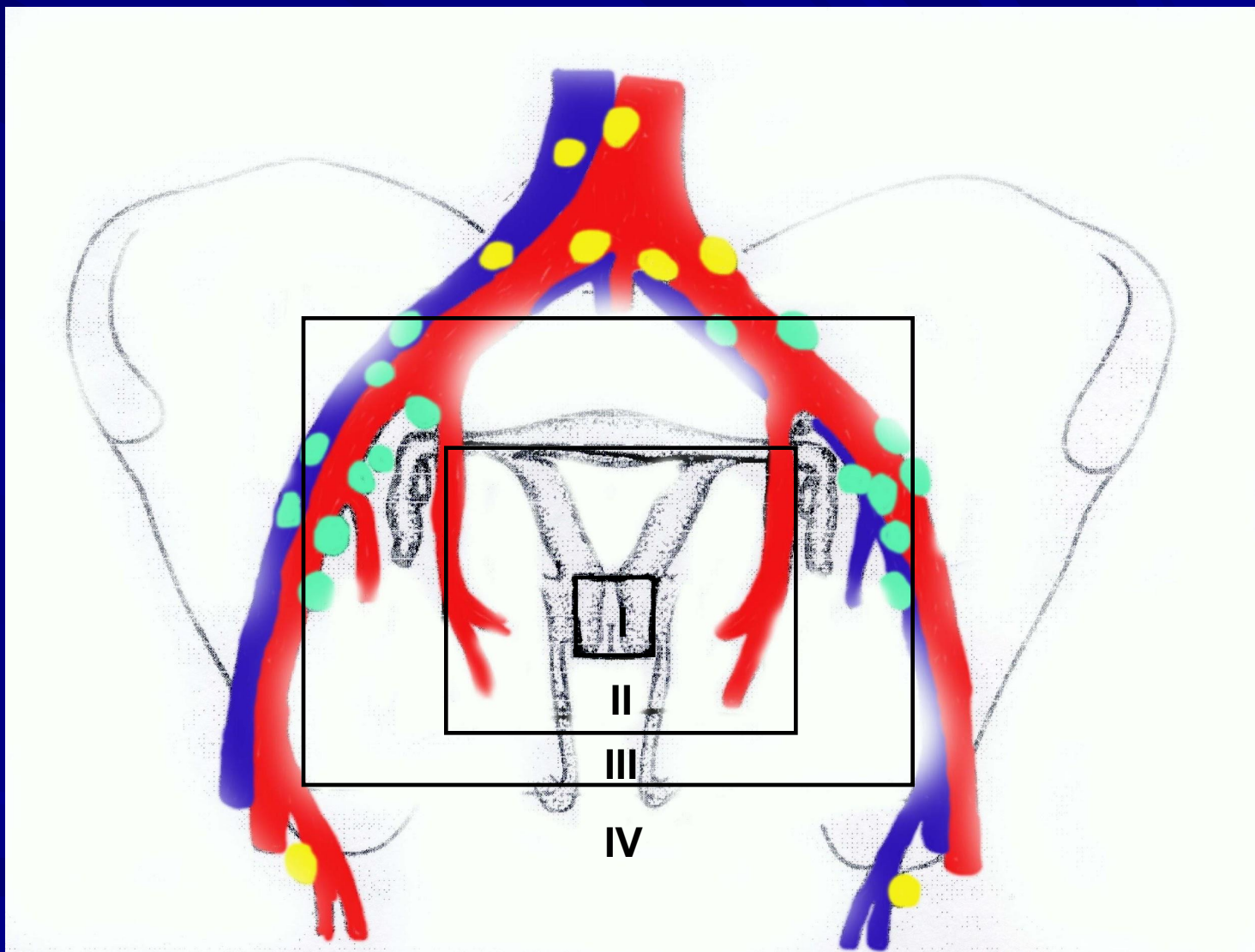
IIIa стадия - рак инфильтрирует нижнюю треть влагалища и/или имеются метастазы в придатках матки; регионарные метастазы отсутствуют.

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.

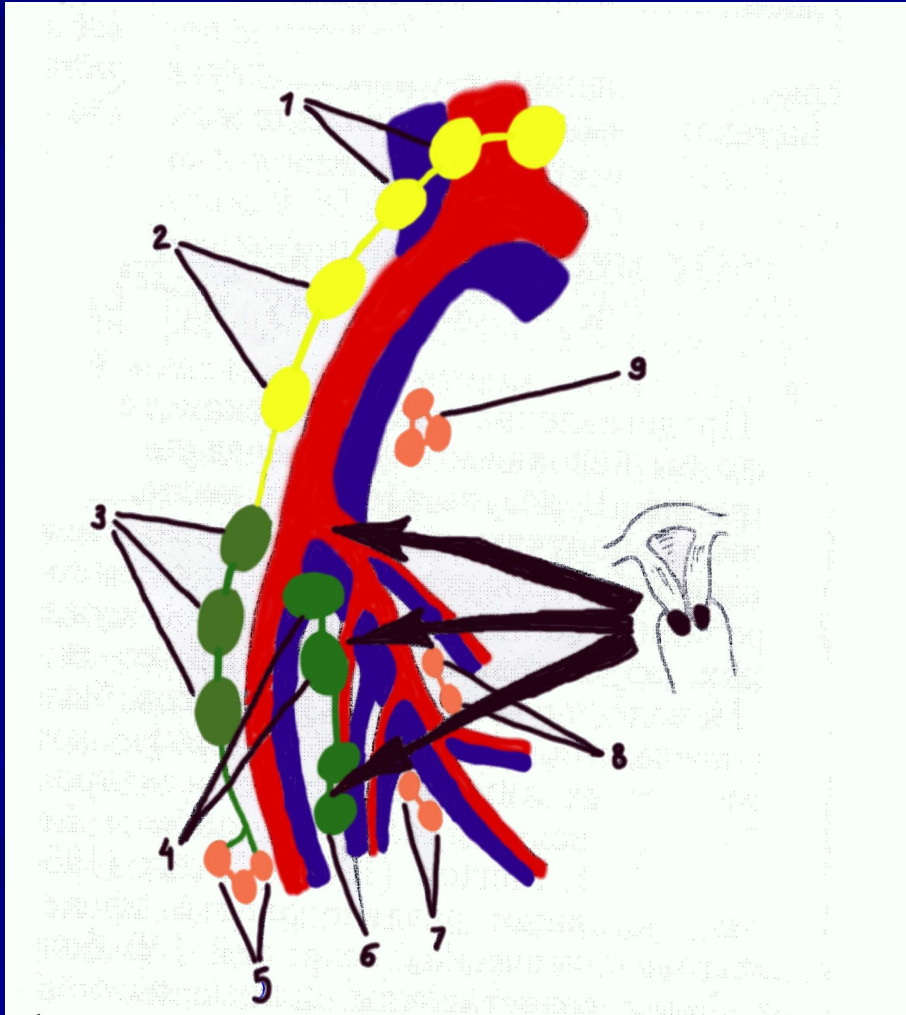
$N_1$  - выявляются метастазы в регионарных лимфатических узлах.

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

$N_x$  - оценить состояние регионарных лимфатических узлов невозможно.

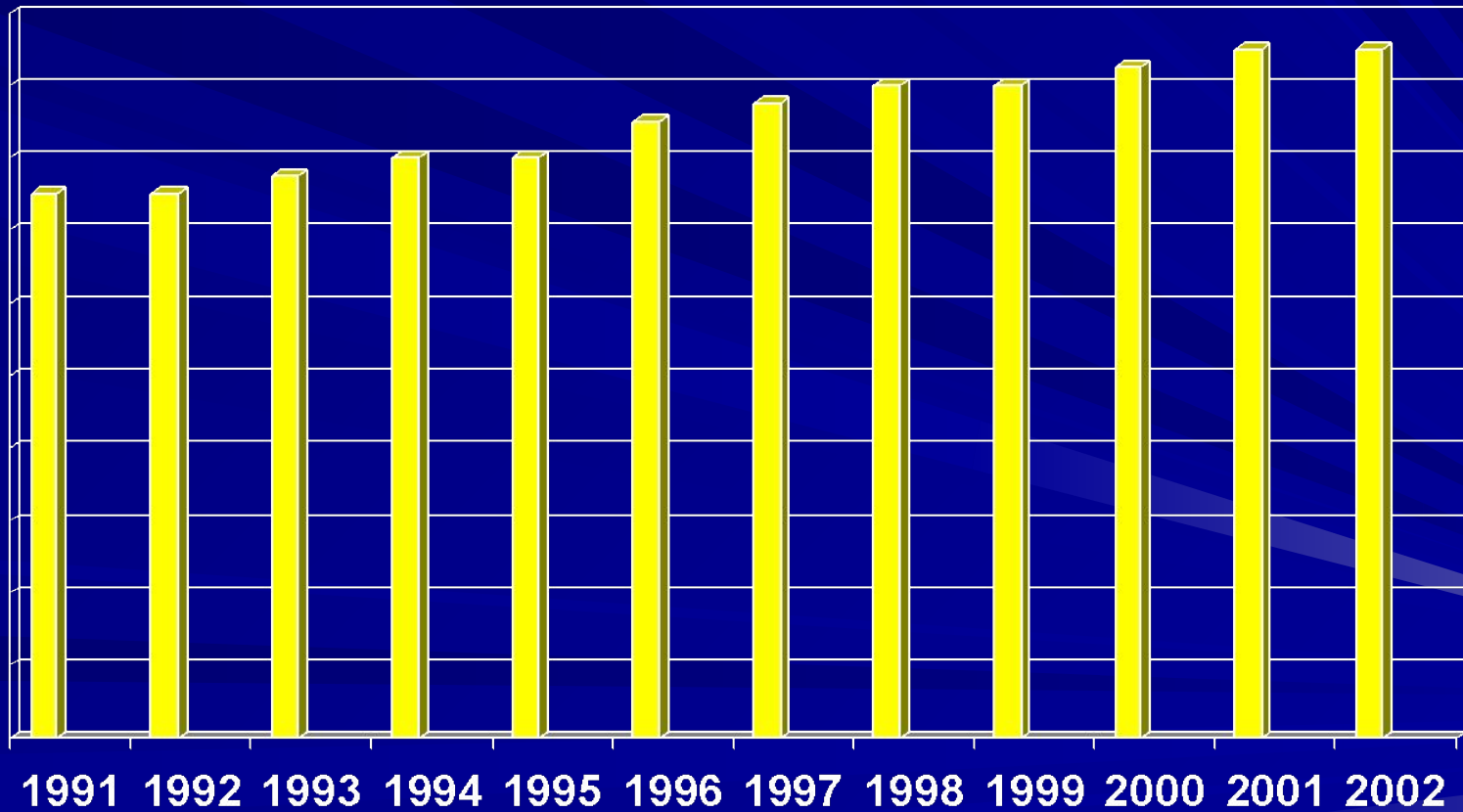
M - отдаленные метастазы.

# Схема лимфогенного метастазирования рака шейки матки



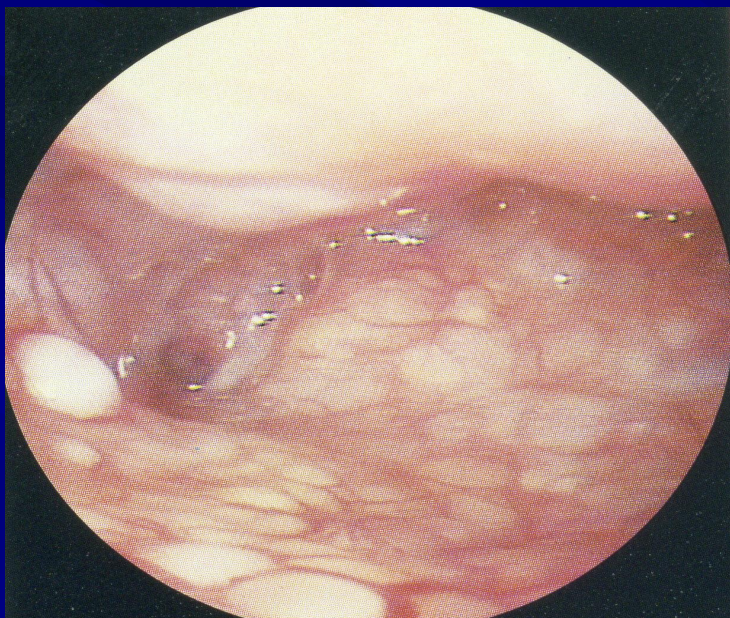
1- поясничные узлы, 2-общие подвздошные узлы, 3- наружные подвздошные узлы, 4-внутренние подвздошные узлы, 5- пахово-бедренные узлы, 6-запирательные узлы, 7-нижние ягодичные узлы, 8- верхние ягодичные узлы, 9-латеральные крестцовые узлы (зеленый цвет - лимфатические узлы 1-го этапа метастазирования;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

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

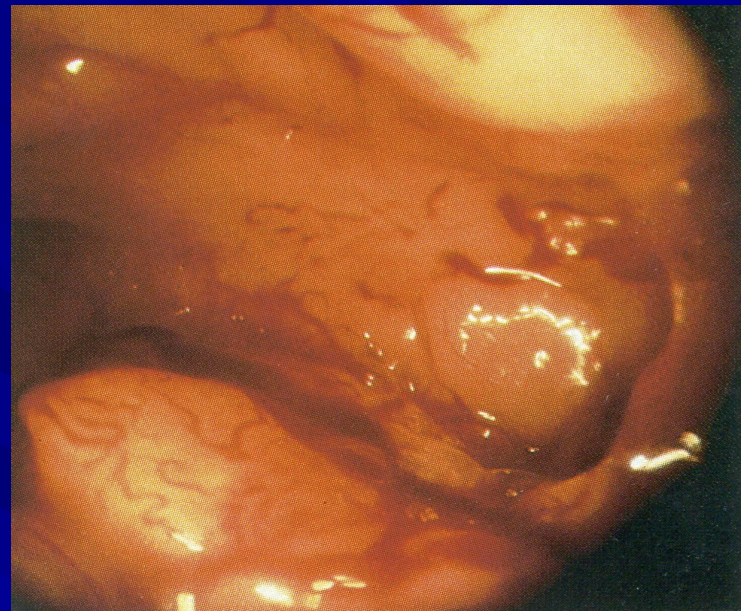


# Фоновые и предраковые процессы

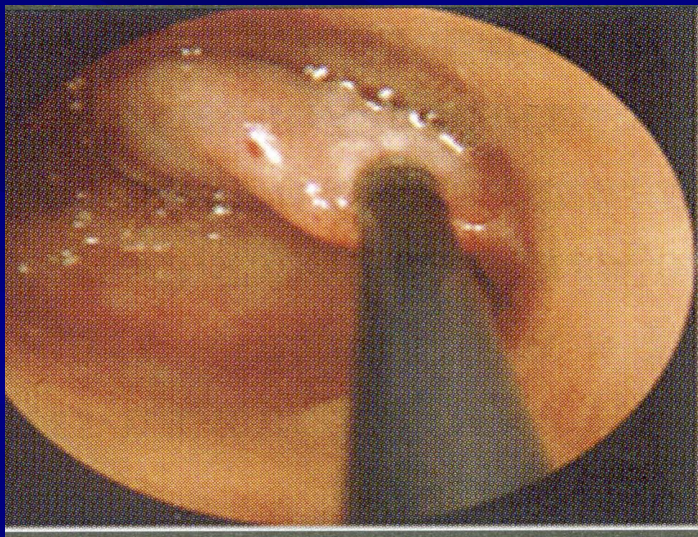
Фоновые процессы	Предраковые процессы
<p>Гиперпластические, связанные с гормональными нарушениями:</p> <p>Железистая и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия</p> <p>Полипы</p> <p>Эндометриоз</p>	<p>Атипичная железистая гиперплазия эндометрия (аденоматоз)</p> <p>Пролиферирующие формы аденоматозного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



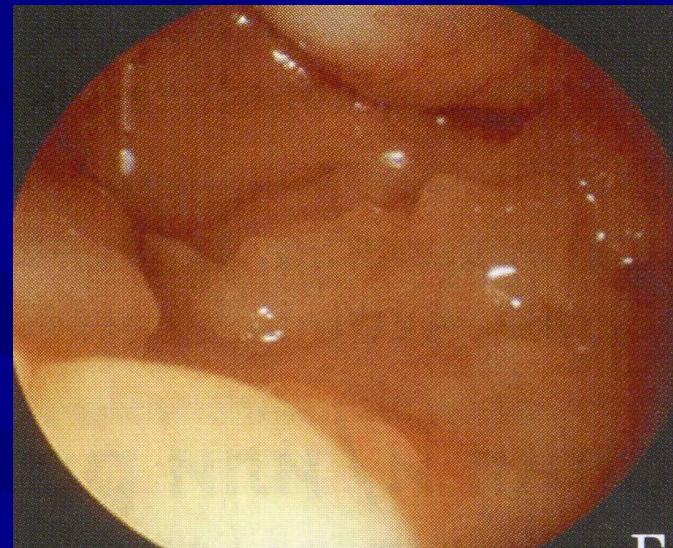
**Железисто-кистозные  
структуры**



**Образование полипов с  
гиперваскуляризацией.**

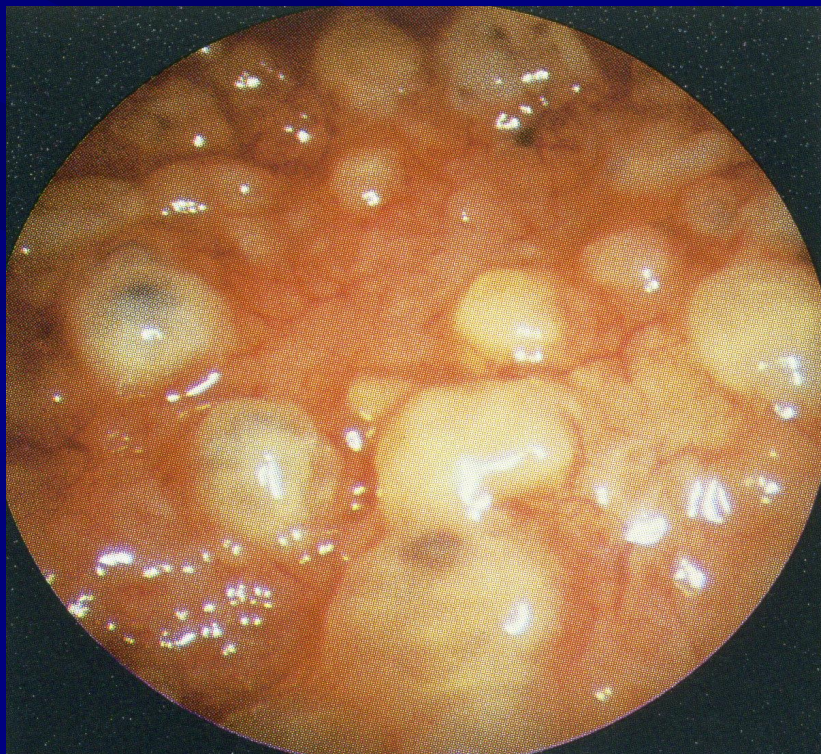


**Полип эндометрия**

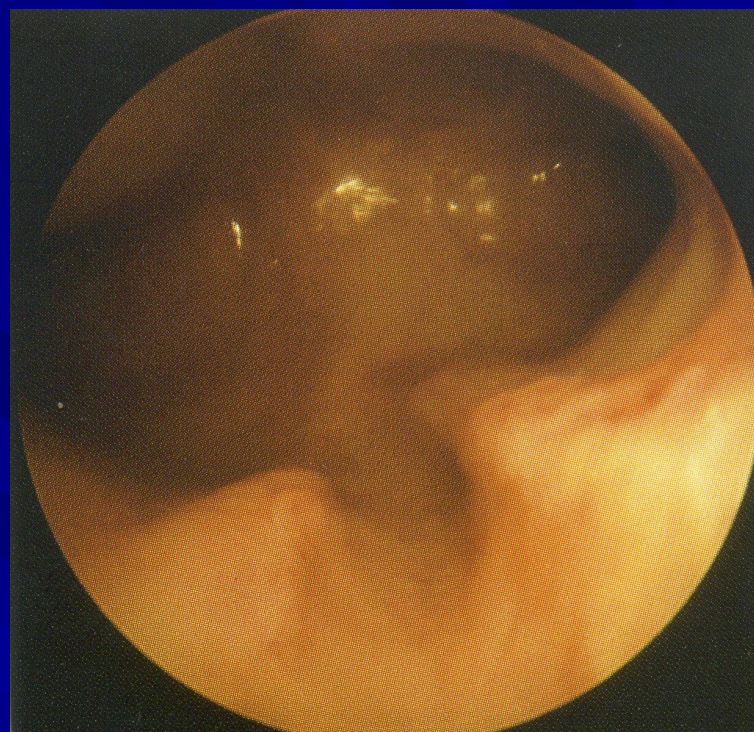


**Полиповидная гиперплазия**

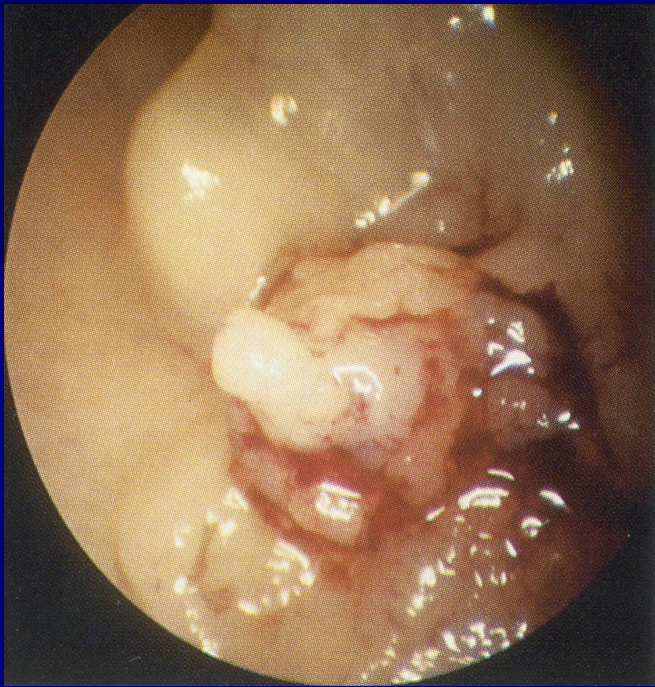




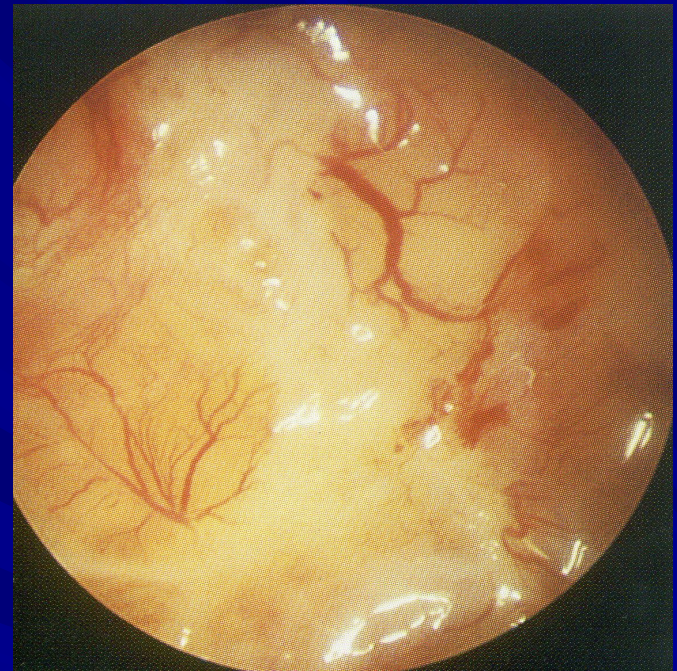
**Кистозная атрофия**



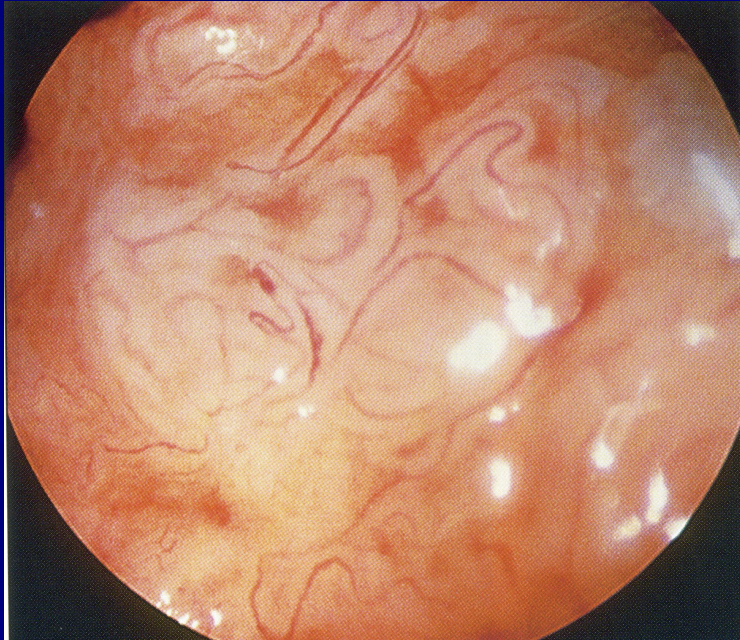
**Увеличение высоты эндометрия  
при гиперплазии эндометрия с  
малым риском**



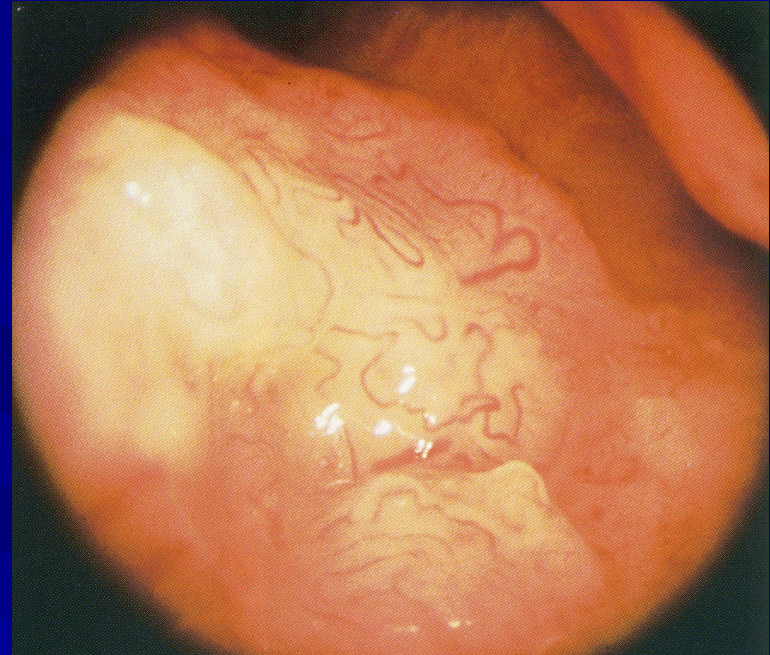
**Очаговая гиперплазия эндометрия**



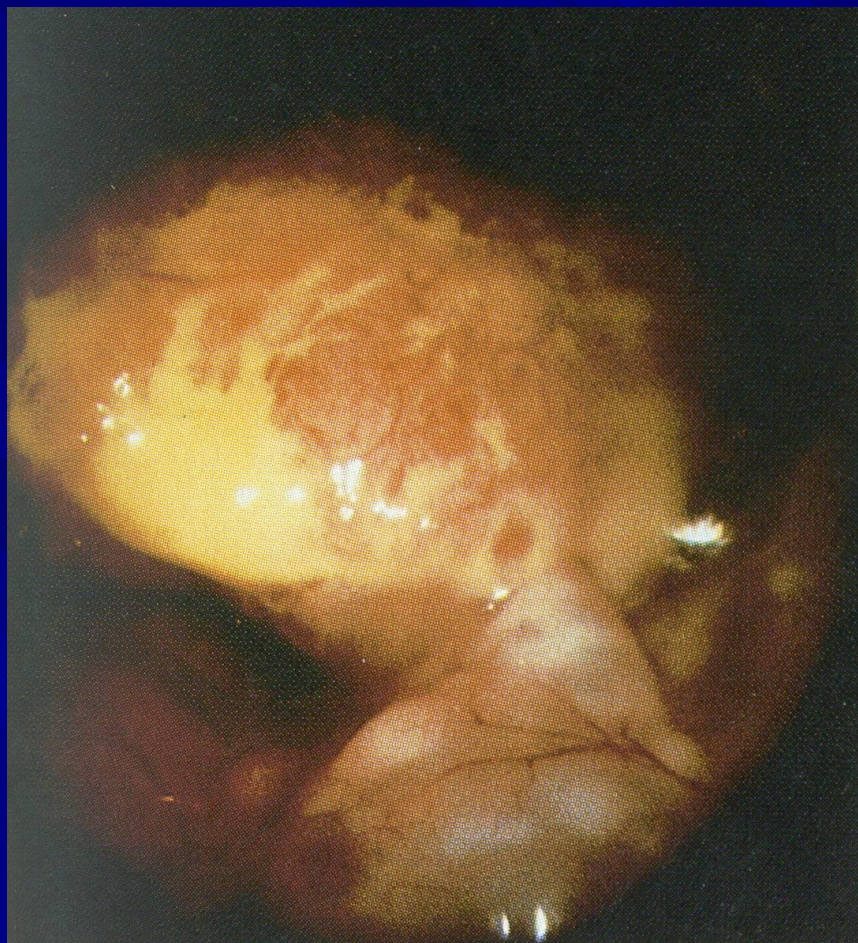
**Гиперплазия эндометрия с  
большим риском:древовидная  
капиллярная васкуляризация.**



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



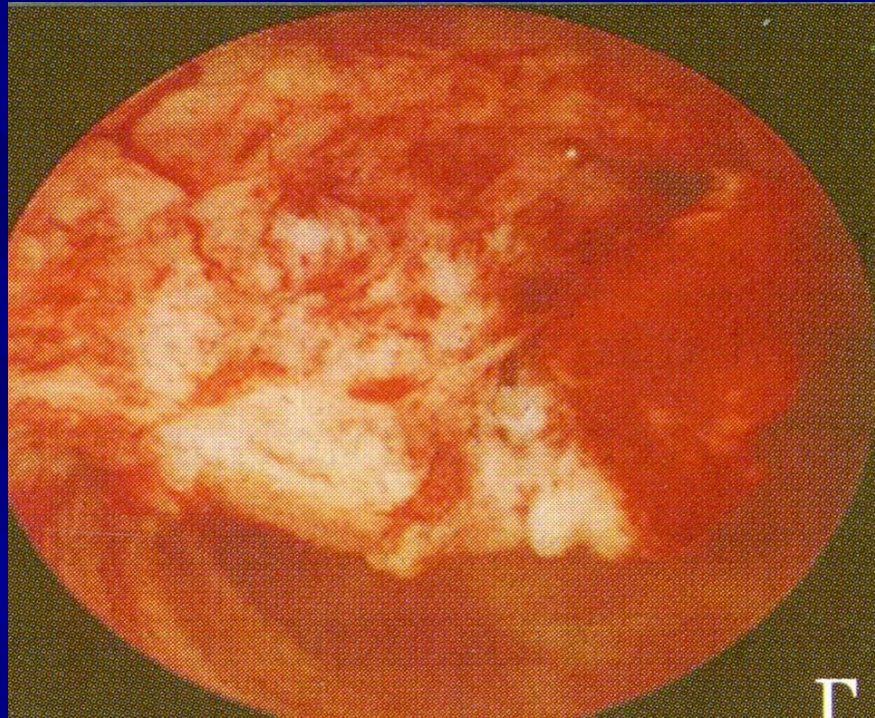
**Неправильный рост и  
неправильная васкуляризация  
эндометрия.**



**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	



**Атипическая 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:

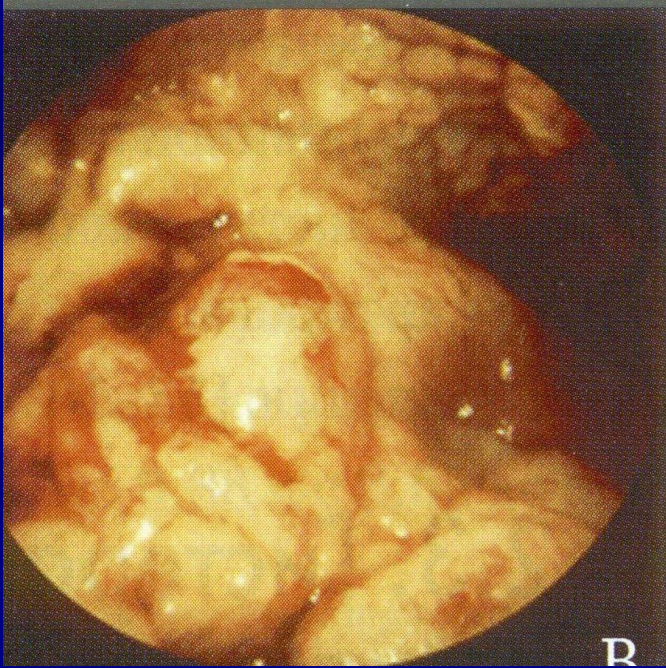
	<i>I вариант</i>	<i>II вариант</i>
Продолжительность симптомов	Обычно длительная	Обычно короткая
Степень дифференцировки опухоли	Высокая (чаще I или II степень)	Снижена (чаще III или IV степень)
Глубина инвазии в миометрий	Чаще поверхностная	Чаще глубокая
Потенция к лимфогенному метастазированию	Невысокие	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.

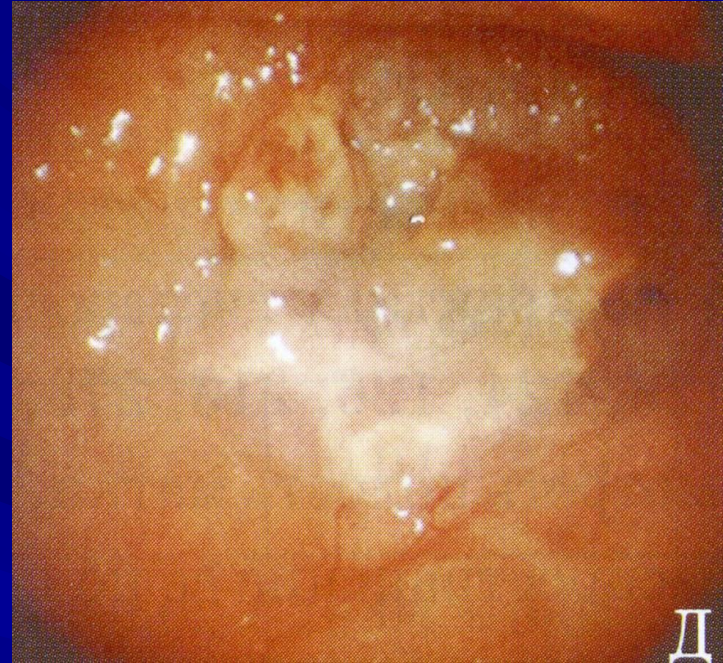
**I этап** охватывает период от возникновения инвазивного рака до момента глубокого его прорастания в миометрий.

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

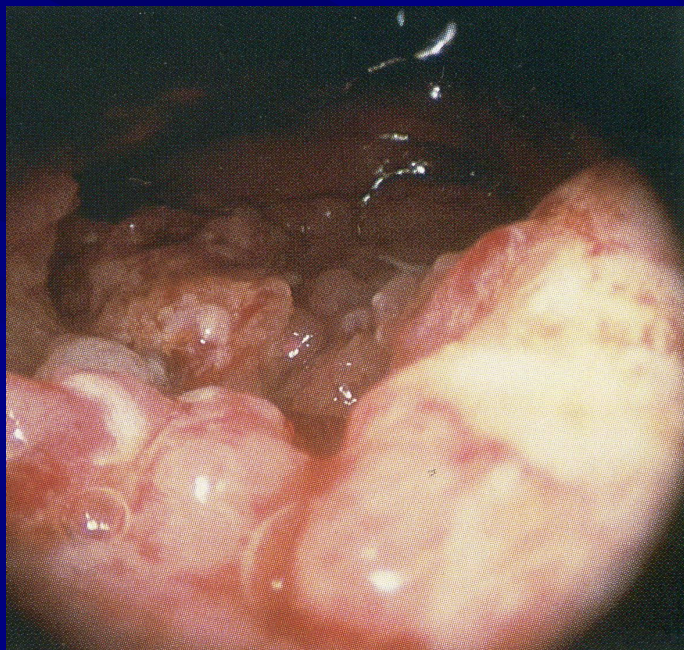
**III этап** клинического течения характеризуется диссеминацией процесса: от прорастания опухоли за серозную оболочку матки и/или образование регионарных метастазов до широкой лимфогенной, лимфогематогенной и имплантационной диссеминации



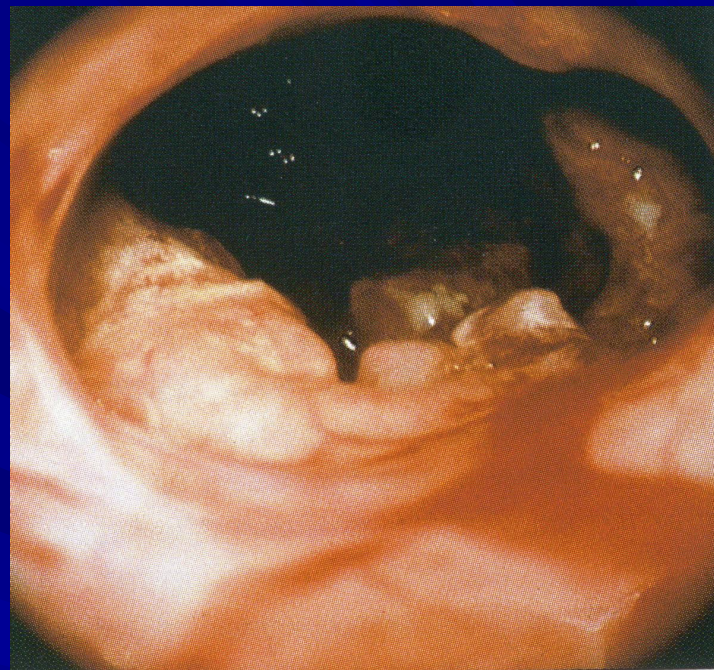
**Полиповидная  
гиперплазия+малигнизация**



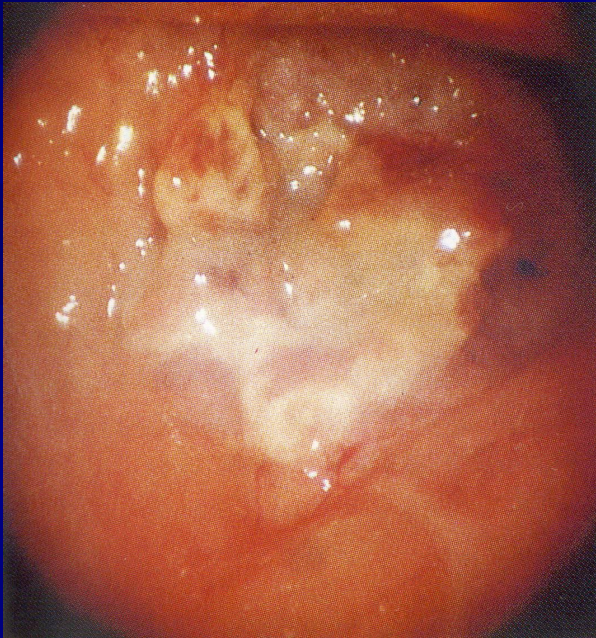
**Начальный РЭ**



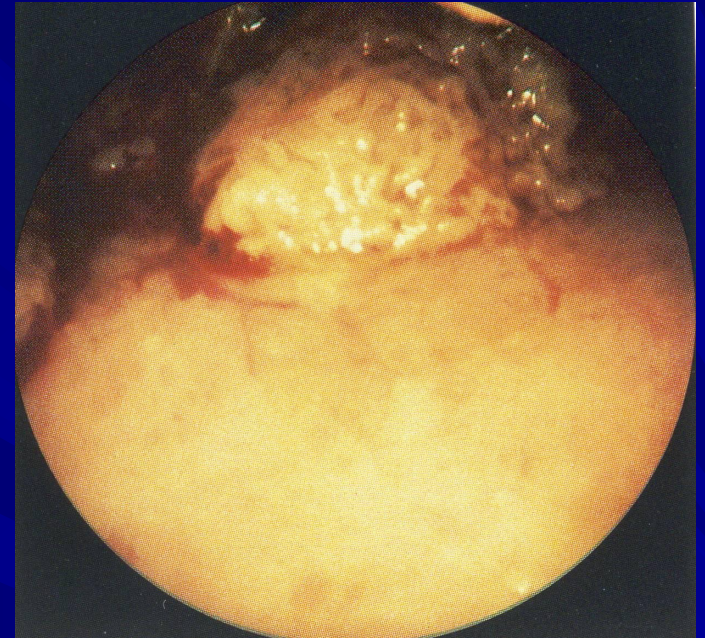
**Распространенный РЭ**



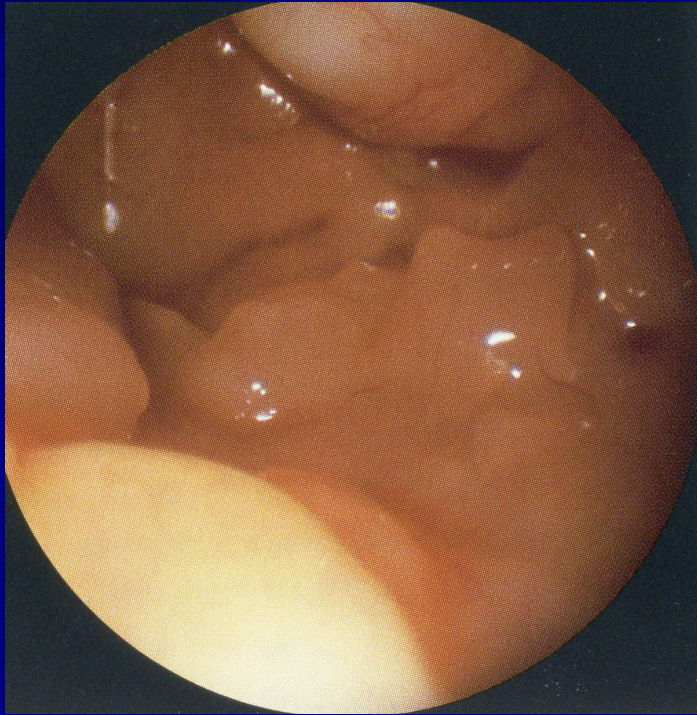
**Рак эндометрия: вид со стороны устья**



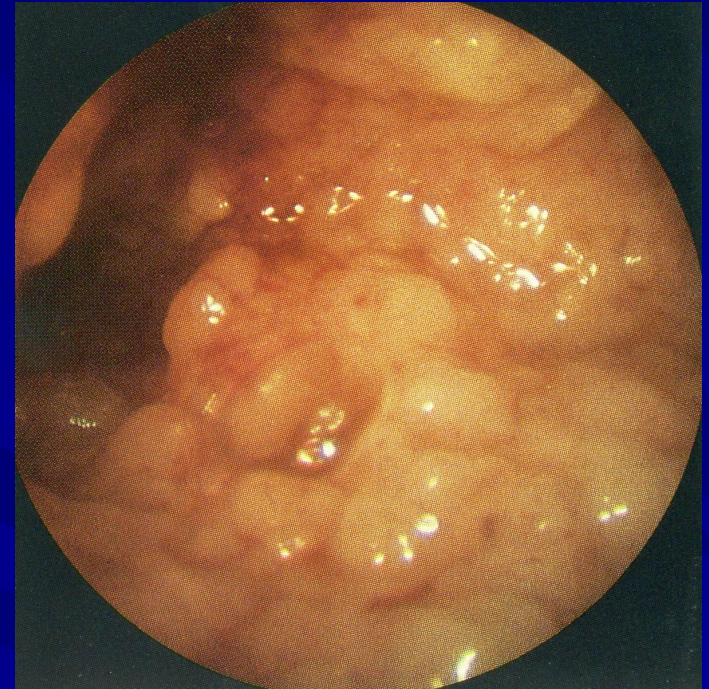
**Рак эндометрия: очаговая локализация**



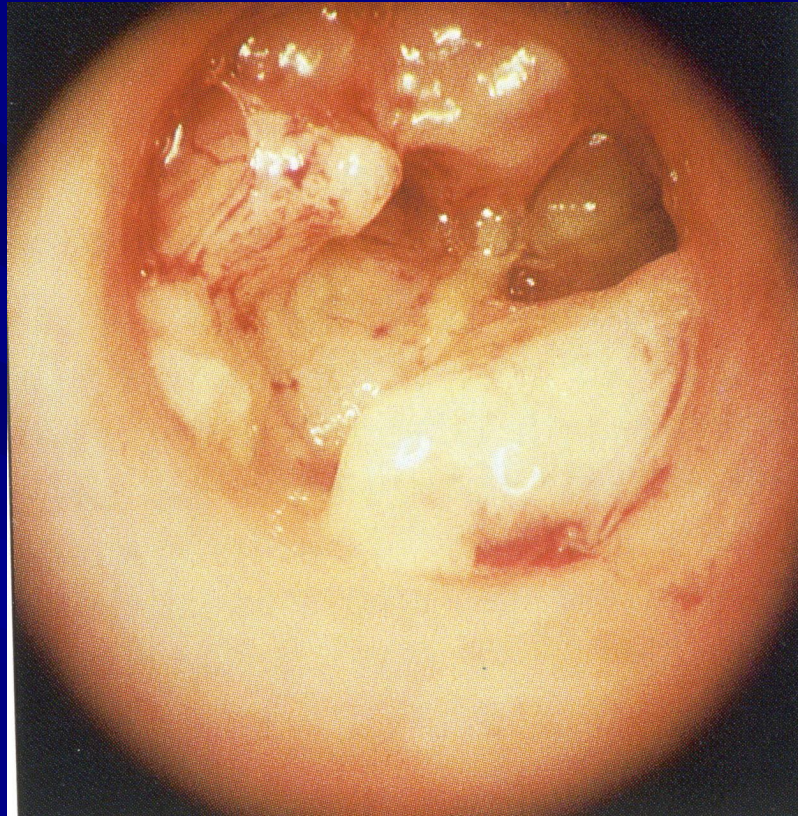
**Рак эндометрия: граница между нормальным и опухолевым эпителием.**



**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.

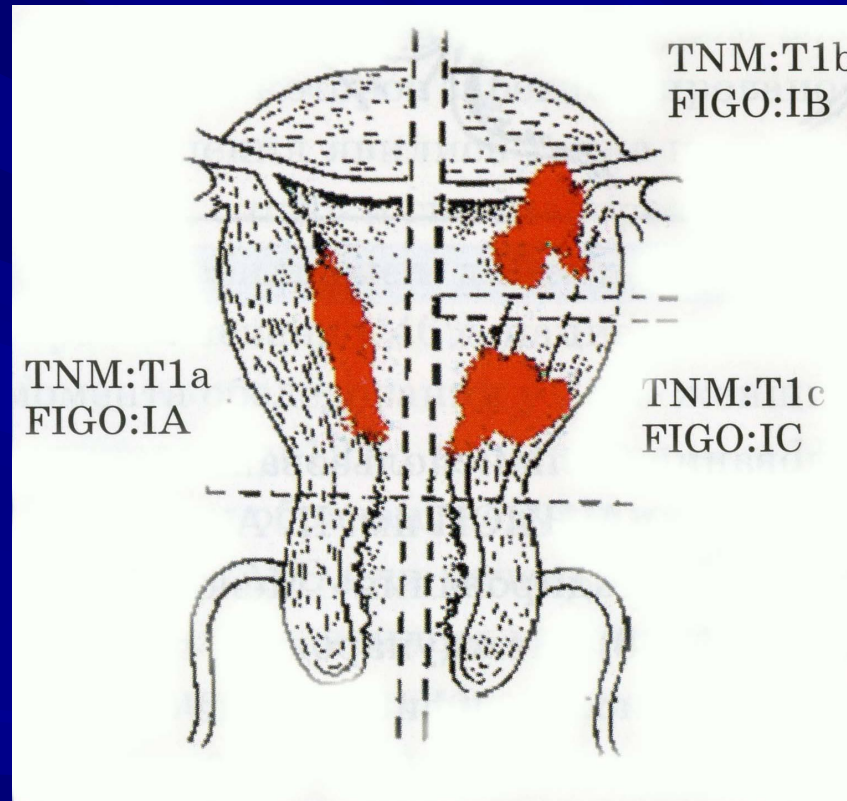
## **M - отдаленные метастазы**

$M_0$  - нет признаков отдаленных метастазов.

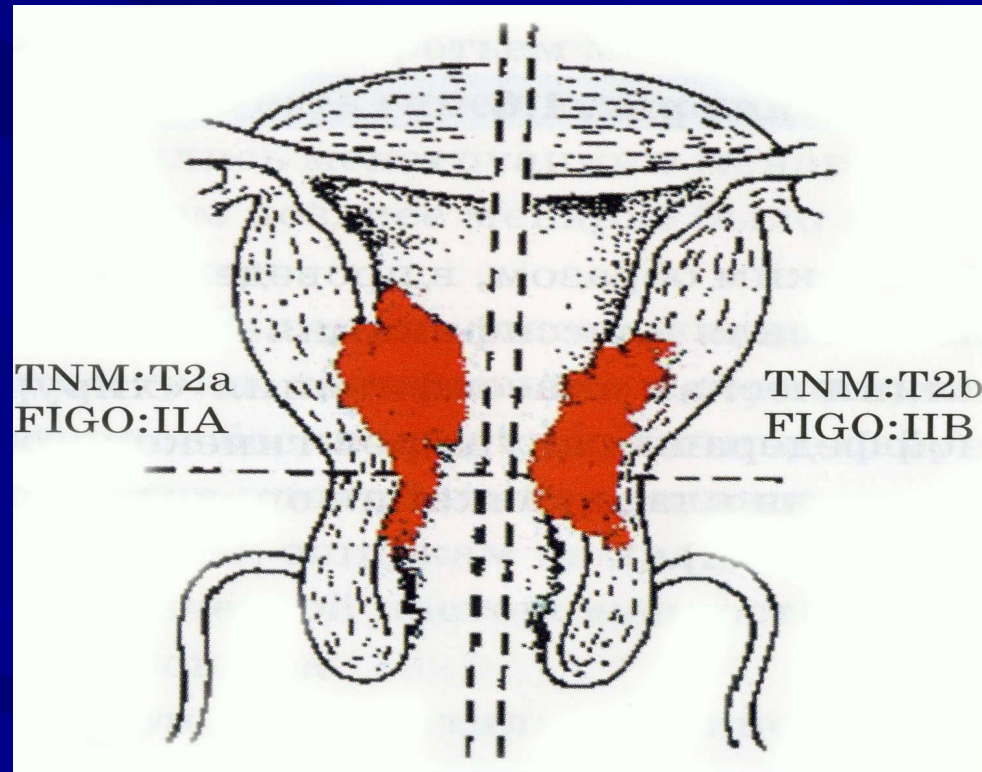
$M_1$  - имеются отдаленные метастазы

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

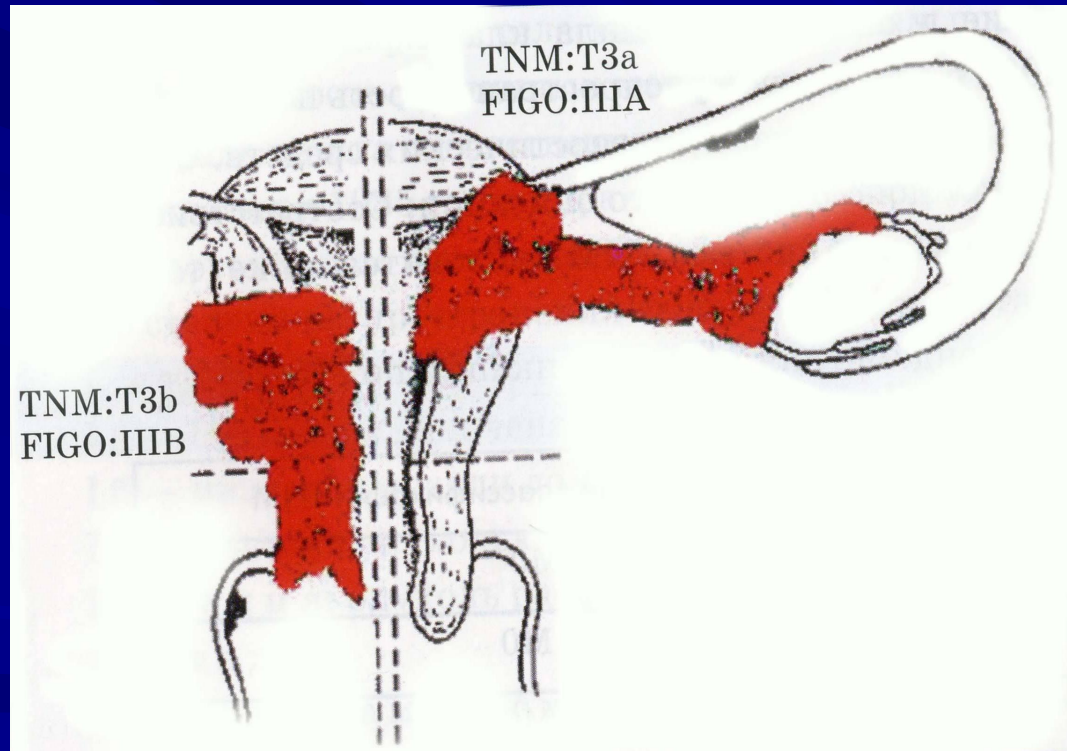
# Стадии рака эндометрия в классификации по FIGO и по системе TNM



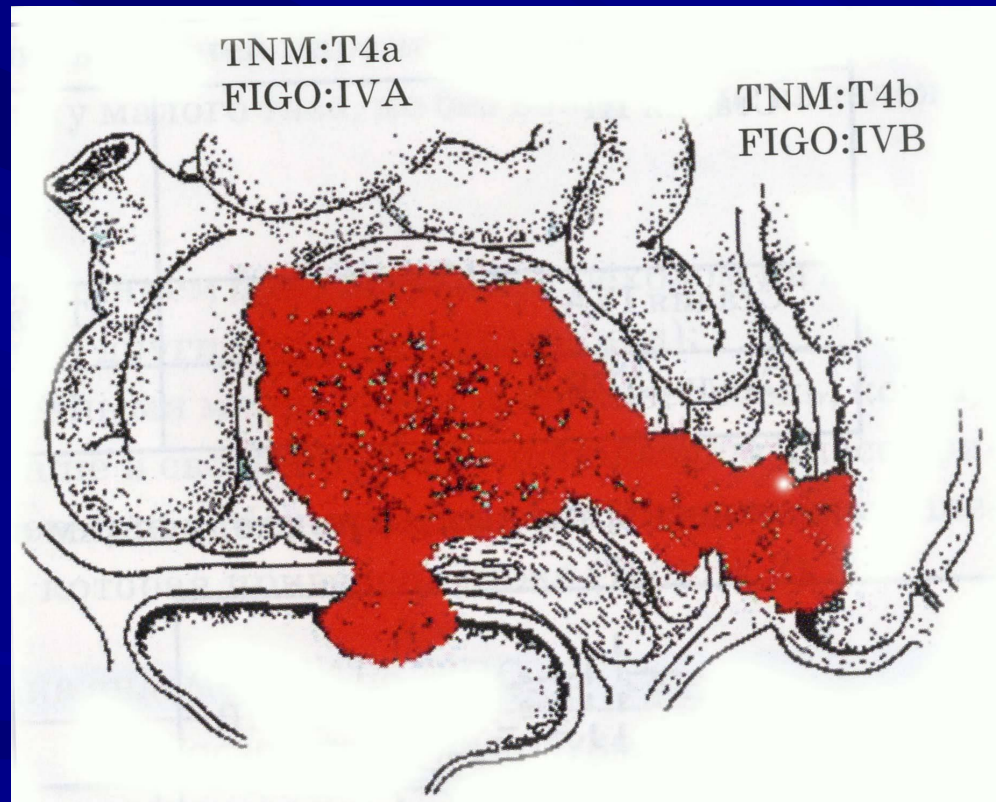
# Стадии рака эндометрия в классификации по FIGO и по системе TNM



# 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

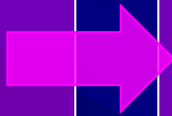
2. Лечение гиперпластических процессов.

Гормональная терапия проводится в два этапа.

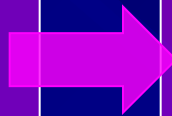
Лечение в репродуктивном возрасте (при отсутствии других показаний к операции) должно начинаться с назначения прогестагенов. Хирургическое лечение становится безусловно показанным, если проводимая гормонотерапия оказывается неэффективной.

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

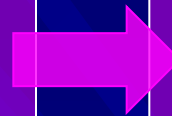
500 мг\* 3 раза в  
неделю  
2 месяца  
15 грамм



500 мг\* 2 раза в  
неделю  
2 месяца



500 мг\*  
1 раза в  
неделю  
2 месяца



Од  
30-32г



Атрофия эндометрия

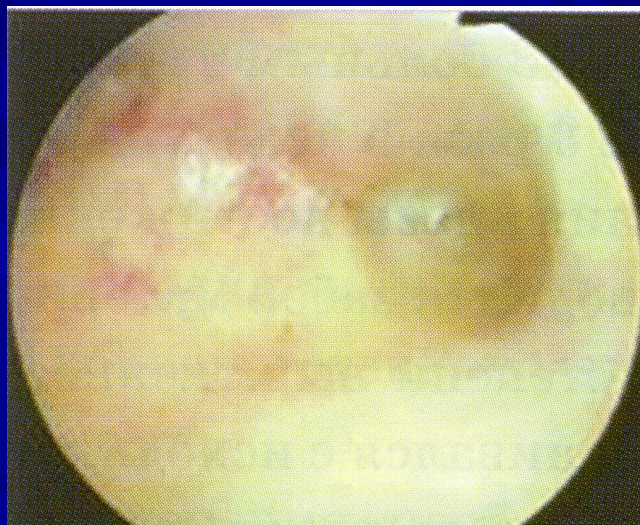


Схема гормонотерапии (17-ОПК, провера) при атипической гиперплазии эндометрия

500 мг  
ежедневно  
20 грамм

500 мг  
через день  
2 месяца

40-45г

Постепенное  
снижение  
интенсивности  
гормонотерапии

ОД  
65-75г

Атрофия эндометрия

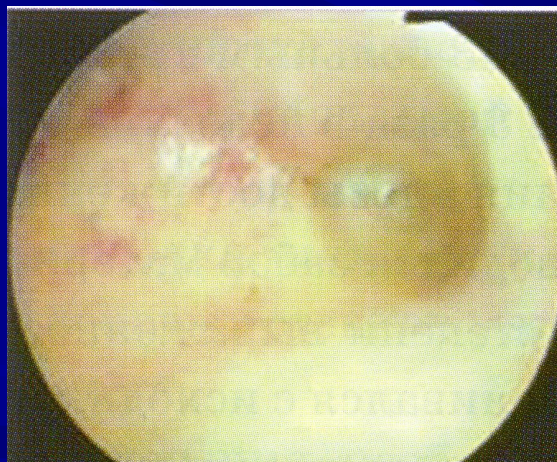


Схема гормонотерапии (17-ОПК, провера) при начальном раке тела матки