

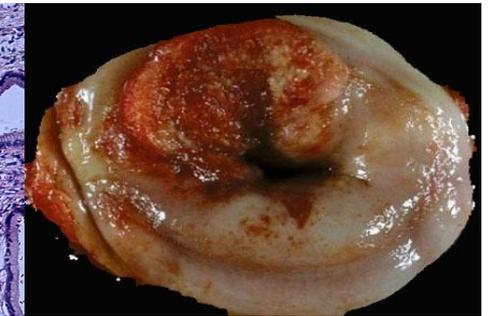
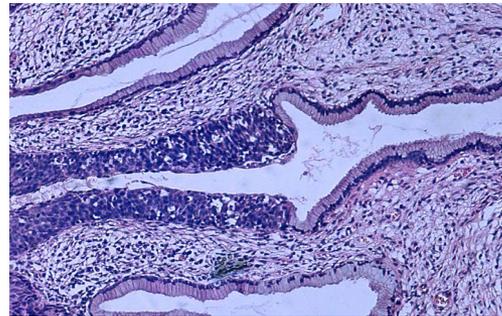
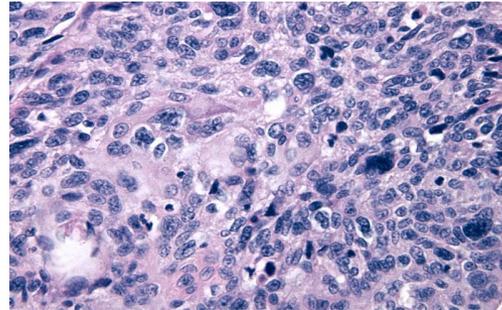
РАК ШЕЙКИ МАТКИ

это злокачественное новообразование, возникающее в области шейки

Гистологическая

классификация: I

- Плоскоклеточный
- Аденокарцинома



Рост:

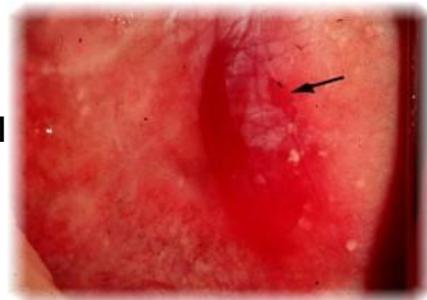
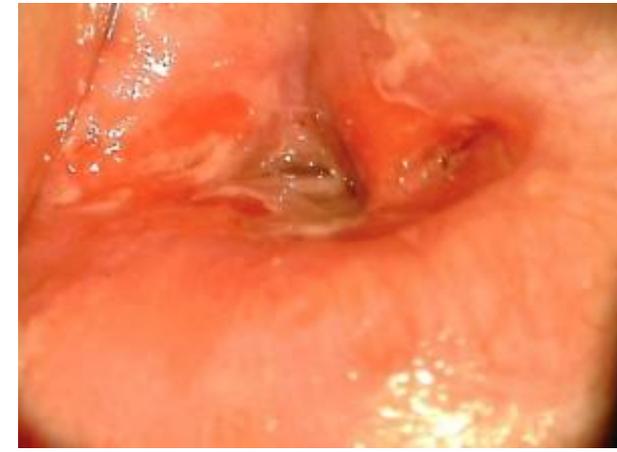
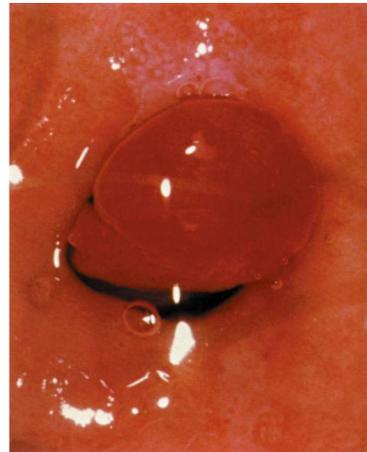
- Экзофитный
- Эндофитный

ФОНОВЫЕ ПРОЦЕССЫ

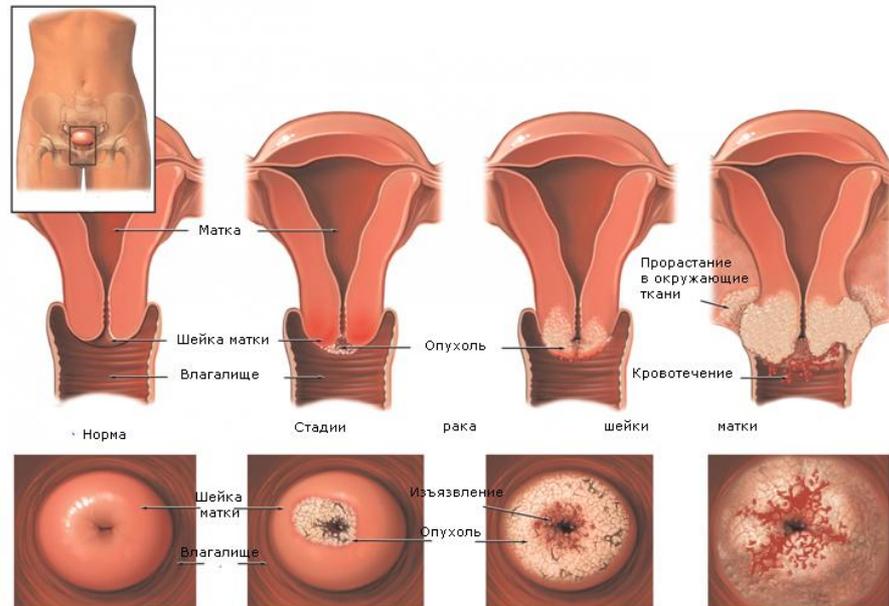
- Гиперпластические процессы, связанные с гормональными нарушениями:
 - эндоцервикоз (простой, пролиферирующий);
 - полип (простой, пролиферирующий, эпидермизирующий);
 - папилломы;
 - лейкоплакия (без атипии);
 - эндометриоз.
- Воспаление:
 - эктопия;
 - цервициты.
- Посттравматические процессы:
 - разрывы;
 - эктропион;
 - рубцовые изменения;
 - шеечно-влагалищные сви

ПРЕДРАКОВЫЕ СОСТОЯНИЯ

- Дисплазии.
- Лейкоплакия с атипией.
- Эритроплакия.
- Аденоматоз.



Клинические стадии



Симптомы

При опросе:

- Контактные кровяные выделения
- Ациклические кровотечения
- Гноевидные, зловонные выделения
- Боли в области матки, почек, поясницы
- Лихорадка
- Похудание
- Нарушение функции соседних органов



При гинекологическом исследовании:

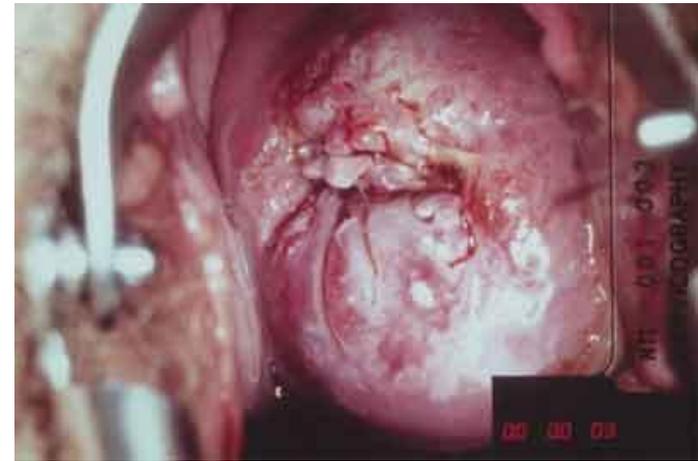
Экзофитный рост:

- Разрастания по типу цветной капусты красного, серо-зеленого или белесоватого цвета, легко разрушающиеся и кровоточащие при прикосновении
- При распаде гноевидные или цвета мясных помоев выделения с зловонным запахом
- Наложения фибрина серого цвета



Эндофитный рост:

- Увеличение шейки матки
- Бочкообразная форма, неровная бугристая поверхность и неравномерная розово-мраморная окраска шейки матки
- Инфильтраты в параметрии, малом тазу при ректовагинальном исследовании



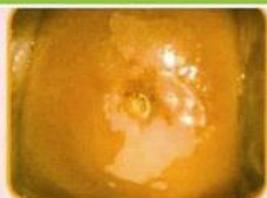
Дополнительные методы исследования

При начальных формах:

- Цитология
- Кольпоскопия – патологические сосуды, изменение окраски очага, неровность поверхности, ацето-белый эпителий, отрицательная проба Шиллера

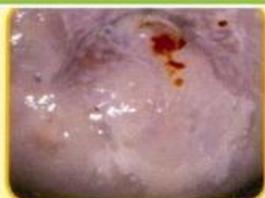


Нормальная
шейка матки



ЦИН 1*
и фоновые
заболевания
шейки матки:

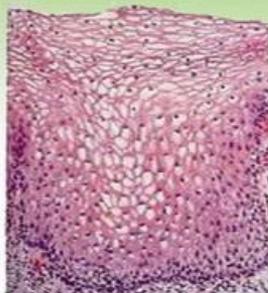
- эктропион
- эрозия шейки матки
- лейкоплакия
- дискератоз



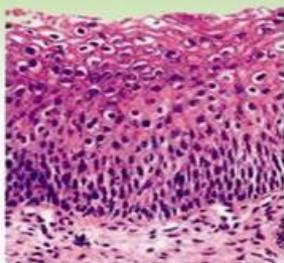
ЦИН 2, 3
(средняя и тяжелая
дисплазии)



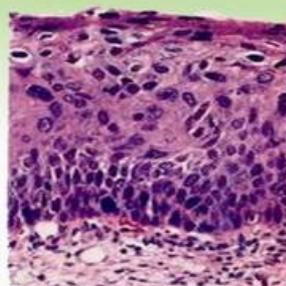
Инвазивный рак
шейки матки



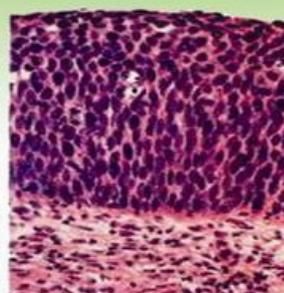
Normal



CIN I



CIN II



CIN III

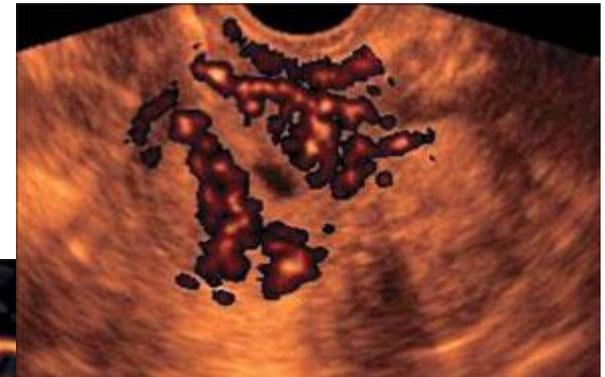
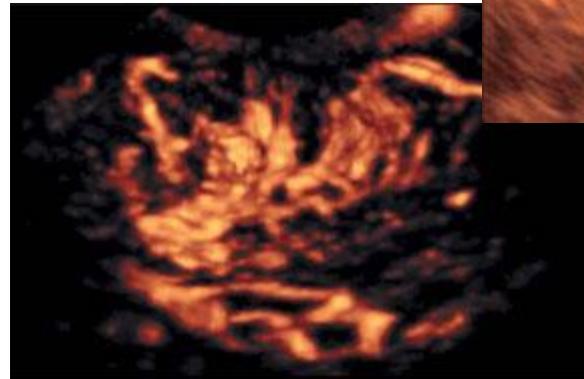
- Биопсия шейки матки
- Исследование крови на наличие маркера рака шейки матки SCC (антиген плоскоклеточной карциномы), РЭА (раковоэмбриональный антиген) и TPS (тканевой полипептид)
- Эхография цервикального канала

**При изменении
цитологической
картины или наличии
эхографических
признаков патологии:**

- Гистероцервикоскопия
- Выскабливание цервикального канала с гистологическим исследованием соскоба
- Конусовидная биопсия шейки матки

**Для определения стадии
процесса:**

- Ректороманоскопия
- КТ
- МРТ
- Ангиография
- Лимфография
- УЗИ



К сожалению, РШМ относится к опухолям, ассоциированным с беременностью. На 1-2,5 тысячи родов приходится 1 случай рака. У каждой 50-й больной РШМ опухоль была связана с беременностью. Выбор тактики определяется распространённостью процесса и сроком беременности, но учитывается и желание женщины в отношении продолжения беременности, хотя именно оно не должно быть определяющим. Желая сохранить беременность, женщина должна знать, что вероятность выкидыша, как реакция на диагностические мероприятия или опухолевую интоксикацию, достаточно высока.

До настоящего времени не существует единого стандарта лечения РШМ у беременных. Известно неблагоприятное влияние беременности на течение рака, возможно негативное действие опухоли на состояние плода, и отсрочка лечения может стать фатальной для женщины. В I триместре однозначно необходимо прерывание беременности при любой распространённости опухоли. При поздних сроках беременности и жизнеспособном плоде – кесарево сечение, а затем лечение в полном объёме. При далеко зашедшем и распространённом процессе отсрочка крайне негативно скажется на прогнозе в отношении жизни матери, поэтому лечение необходимо начинать незамедлительно.

В I триместре беременности симптом маточного кровотечения нередко расценивается как начинающийся выкидыш, во II и III триместрах - как акушерская патология: предлежание или преждевременная отслойка плаценты. Во многих случаях у беременных не производят тщательного осмотра шейки матки при помощи зеркал; редко применяют цитологическое исследование и кольпоскопию. Положение усугубляется из-за необоснованной боязни биопсии. Осуществление цитологического скрининга позволяет получить сведения о частоте выявления рака шейки матки среди беременных (у 0,34 %). При этом частота преинвазивного рака составляет 0,31 %, инвазивного - 0,04 %.

В настоящее время основой для выявления ранних форм рака шейки матки считается двухэтапная система диагностики:

цитологический скрининг при гинекологическом осмотре; углубленная комплексная диагностика при выявлении визуальной или цитологической патологии.

По мнению многих клиницистов, беременность большого срока и послеродовой период оказывают неблагоприятное влияние на клиническое течение рака шейки матки.

Лечение

Необходим строго индивидуальный подход, причем существенную роль играет срок беременности.

При раке *insitu* шейки матки в I триместре беременности и после родов лечение заключается в прерывании беременности и конусовидной эксцизии шейки матки. Во II и III триместрах осуществляется диагностическое кольпоскопическое и цитологическое наблюдение. Через 2-3 мес после родоразрешения производят конусовидную эксцизию шейки матки.

При II стадии заболевания в I, II триместрах беременности и после родов производят экстирпацию матки с верхней третью влагалища.

При IA стадии в I, II триместрах беременности и после родов осуществляется расширенная экстирпация матки; в послеоперационном периоде при глубокой инвазии и регионарных метастазах проводят дистанционное облучение.

В III триместре беременности производят кесарево сечение с последующей расширенной экстирпацией матки. В послеоперационном периоде используют дистанционную лучевую терапию.

При IV стадии в I, II, III триместрах беременности производят расширенную экстирпацию матки с последующим дистанционным облучением. После родов лечение заключается в предоперационном облучении; в выполнении расширенной экстирпации матки и проведении в послеоперационном периоде при глубокой инвазии и регионарных метастазах дистанционного облучения.



При II стадии заболевания в I триместре беременности и после родов проводят сочетанное лучевое лечение (внутриполостное и дистанционное). Не следует стремиться к искусственному прерыванию беременности в I триместре при II и III стадиях заболевания, поскольку самопроизвольные выкидыши наступают на 10-14-й день от начала лучевой терапии. Если ПВ стадия заболевания диагностирована во II и III триместрах беременности, производят кесарево сечение и сочетанное лучевое лечение в послеоперационном периоде.



У женщин, страдающих пре- и микроинвазивным раком шейки матки и желающих иметь детей, возможно осуществление функционально-щадящих методов лечения: электрокоагуляции, криодеструкции, ножевой и лазерной ампутации шейки матки.

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

Частота рецидивов после органосохраняющего лечения начальных форм рака шейки матки составляет 3,9 %; частота рецидивов в популяции - 1,6-5,0 %.

Частота наступления беременности после органосохраняющего лечения начальных форм рака шейки матки составляет от 20,0 до 48,4 %.

