

# ***Рак шейки матки***

*Основные ошибки гинекологов с позиции онколога*

*Органосохраняющие операции*

*Новосибирский областной онкологический диспансер  
Заведующий гинекологическим отделением  
профессор Красильников С.Э.*

*Новосибирск 2015*

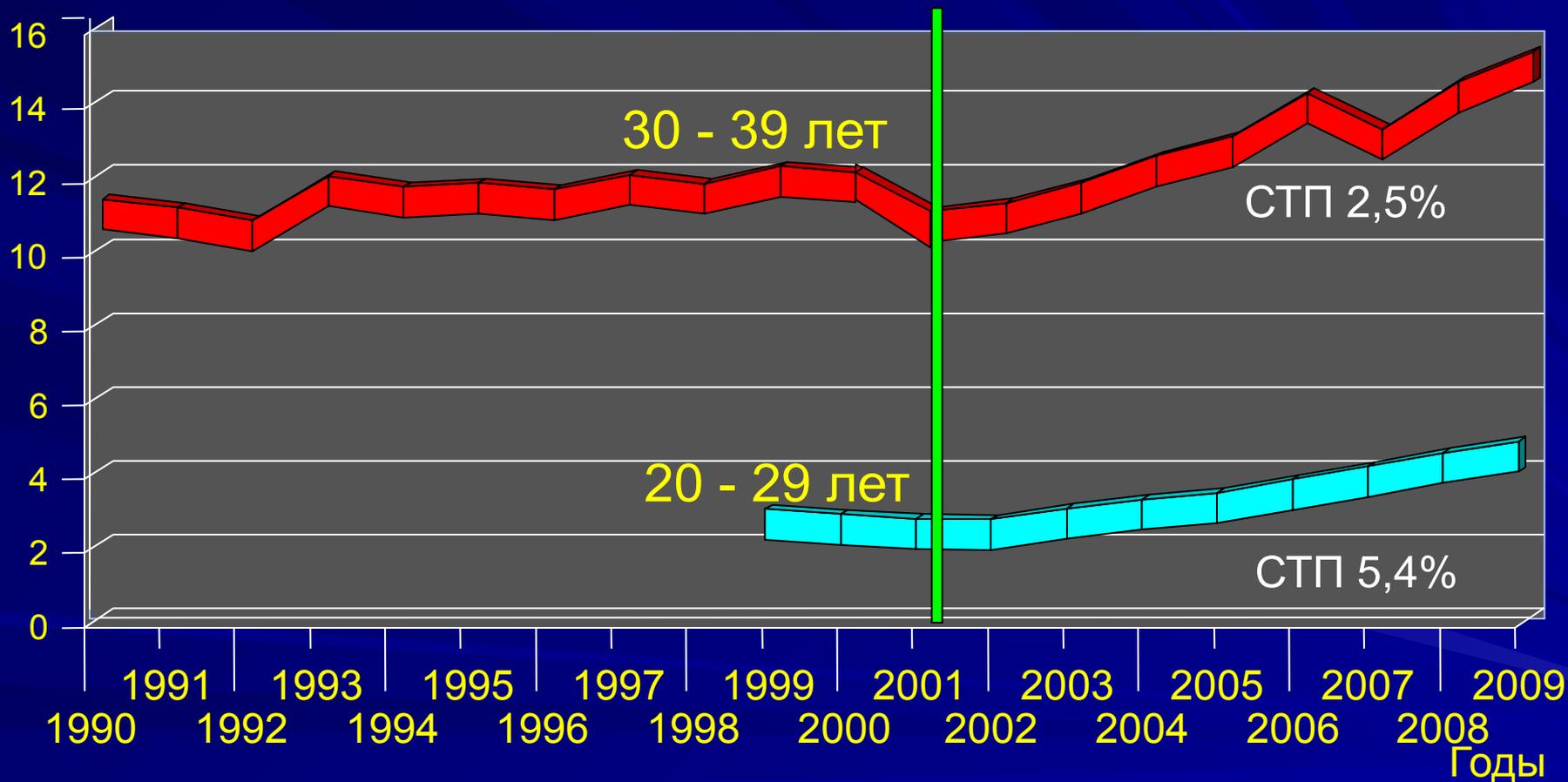
# Рак шейки матки



- По данным ВОЗ ежегодно в мире выявляется около 500 000 новых случаев рака шейки матки, а 190 000 больных умирает
- В России ежегодно диагностируется более 14000 больных инвазивным раком шейки матки
- Заболеваемость в НСО в 2013 г. – 21,5 на 100 000 населения

# ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ В ГРУППАХ 20-29 И 30-39 ЛЕТ В 1989-2009 гг.

(Стандартизованные показатели на 100000 населения)

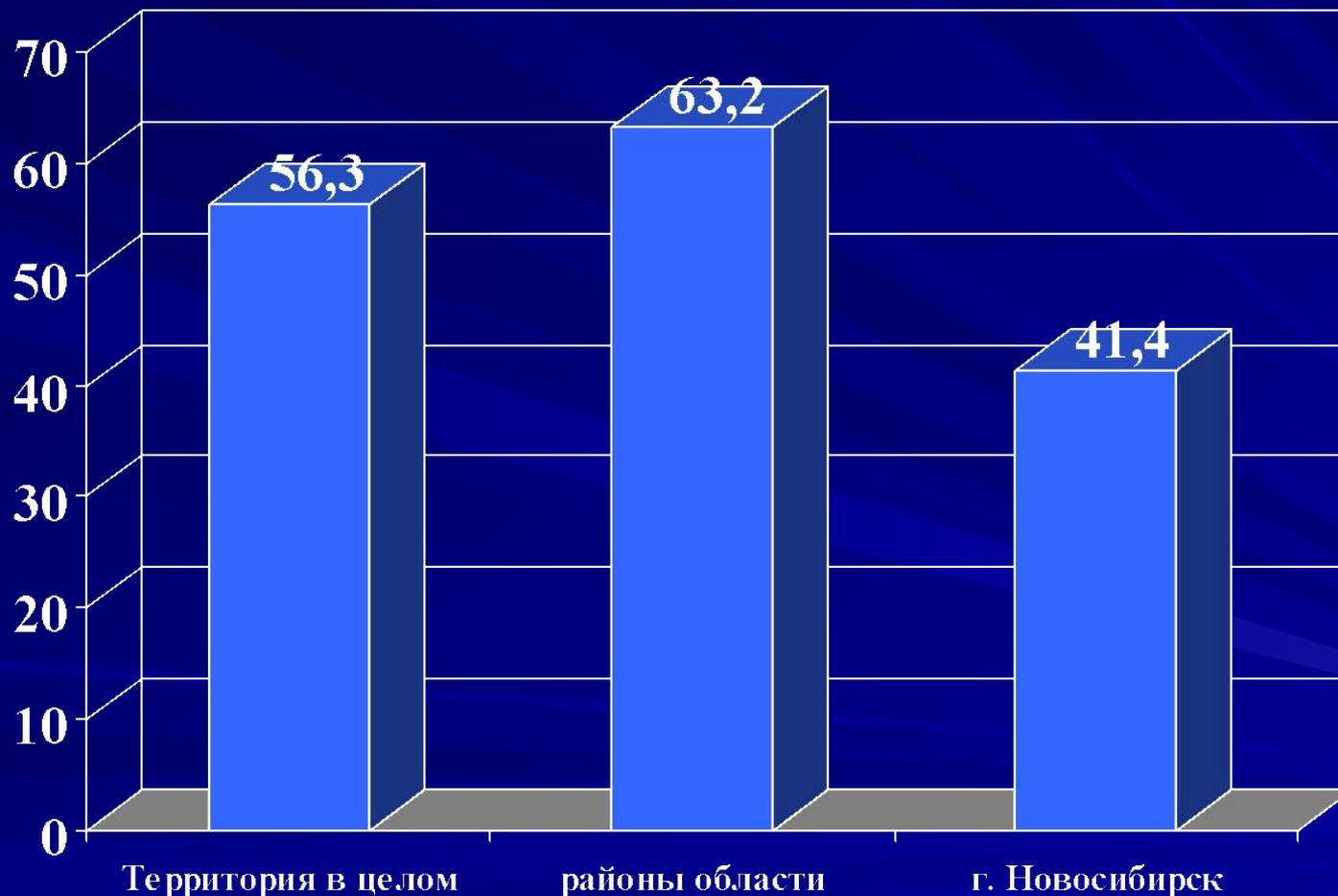


СТП - среднегодовой темп прироста

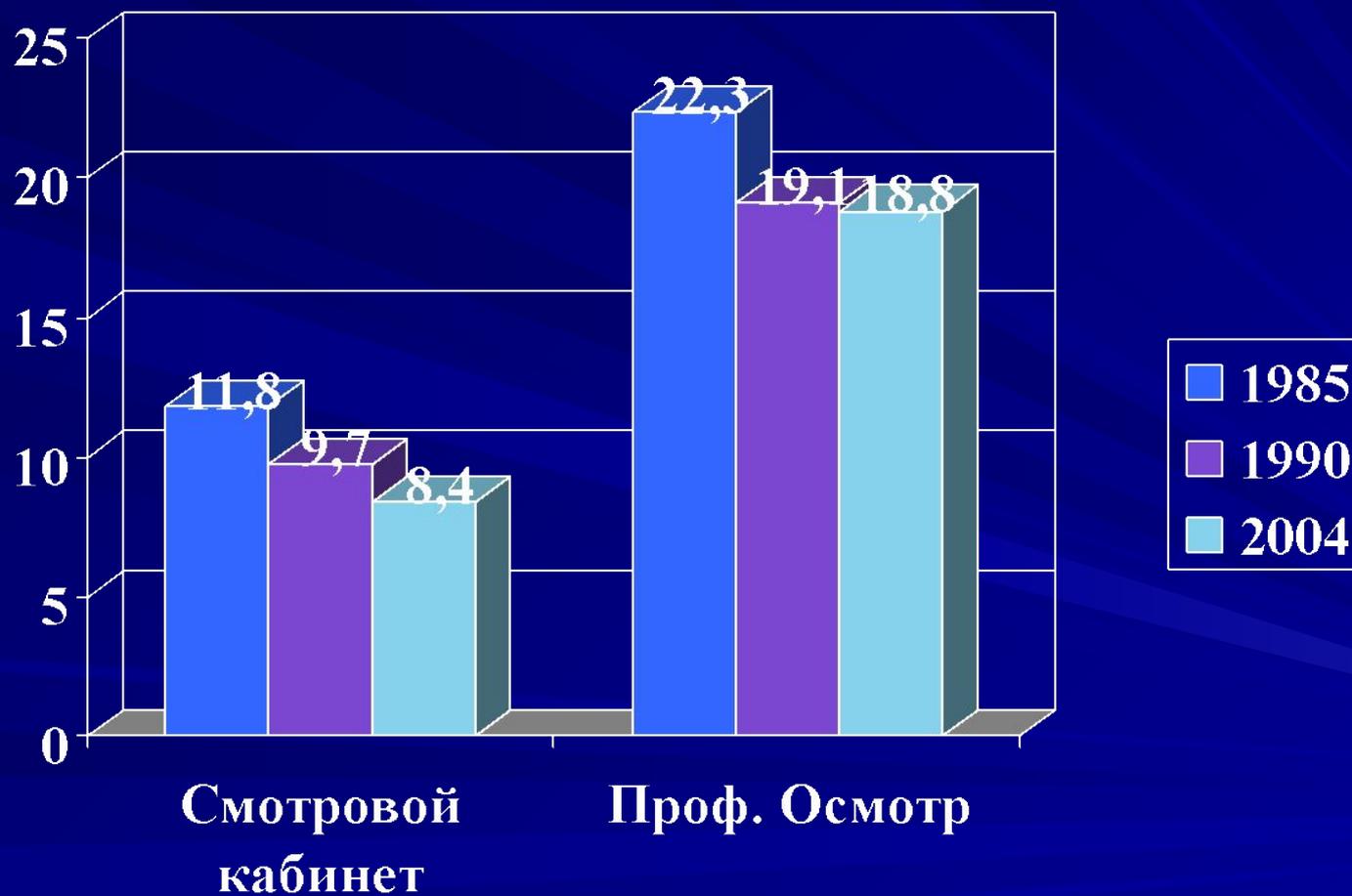
# Заболеваемость раком шейки матки в Новосибирской области 2003-2013 г.

Показатель / годы	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	РФ 2012
Заболеваемость абс./ на 100 тыс. женского населения	226/ 15,5	224/ 15,4	213/ 14,7	214/ 14,8	228/ 15,8	206/ 14,4	258/ 18,0	245/ 17,1	229/ 16,1	274/1 19,1	311/ 21,5	19,56
Запущенность (3 + 4 стадии) %	47,3	53,6	46,0	48,6	52,2	52,4	41,3	45,0	44,1	44,6	42,1	37,7

# Запущенность рака шейки матки III и IV стадии (визуальная локализация)



# Выявляемость рака шейки матки (%)



В смотровых кабинетах  
Новосибирской области осмотрено  
**361750** человек.

При этом цитологическое  
подтверждение рака шейки матки  
диагностировано в **0,08%**.

# КАБИНЕТ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

*Врач Ронъжин Геннадий Георгиевич*

*Мед. сестра Ирина Геннадьевна*

В 1996 году ВОЗ вирус папилломы человека признан иницилирующим фактором канцерогенеза.

К кофакторам канцерогенеза относятся хламидии, трихомоны, вирус герпеса 2 серотипа, уреаплазмоз, гарднереллез.

# Частота встречаемости ИППП при патологических состояниях шейки матки

## Хламидиоз



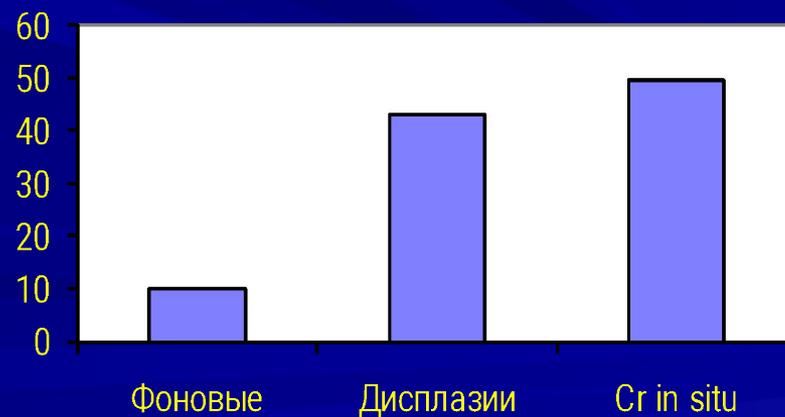
## Трихомониаз



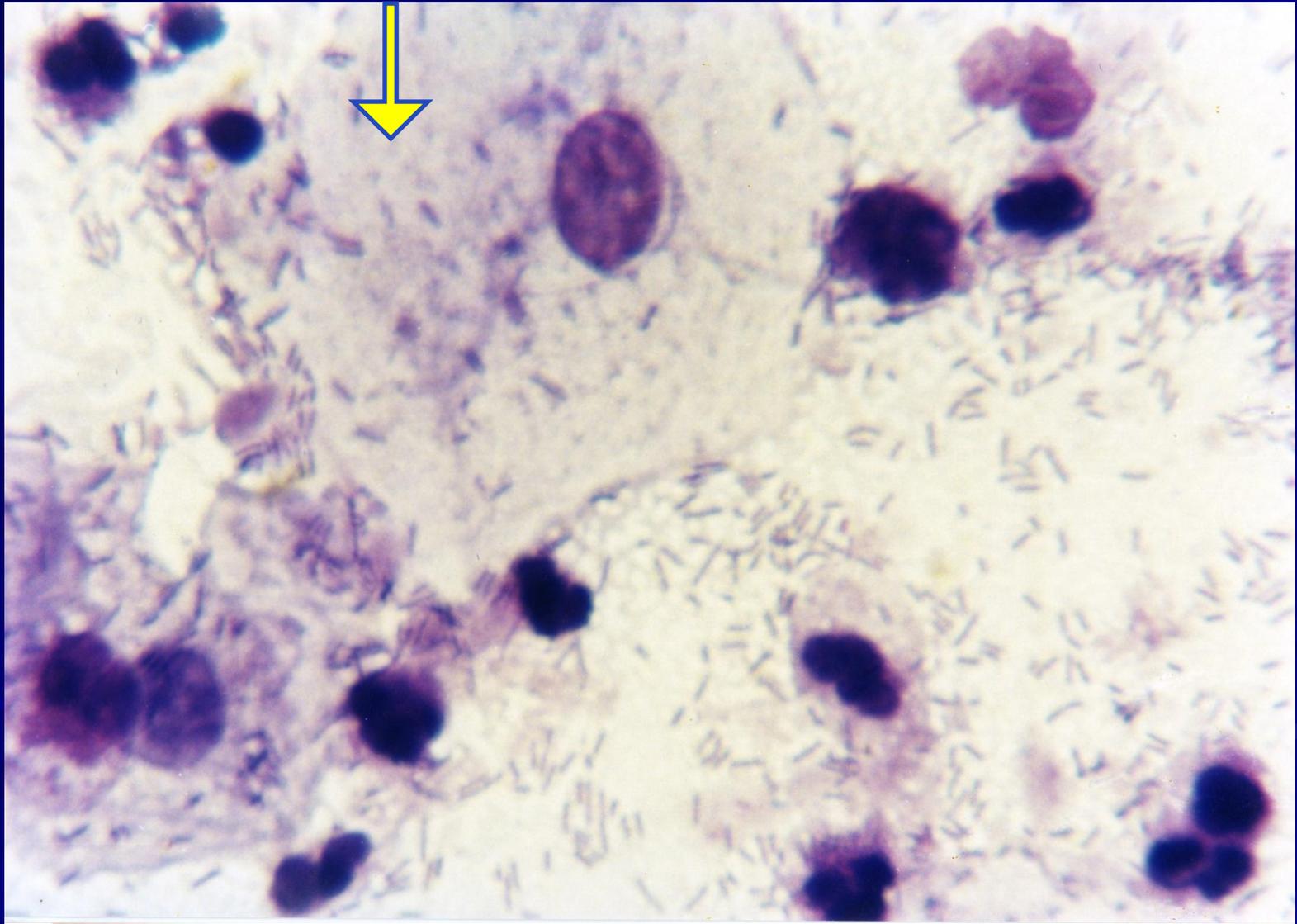
## Герпес II серотипа



## Папилломавирус 16, 18 серотипа



# «Ключевая» клетка



## Связь бактериального вагиноза и патологии шейки матки

- Результаты ряда исследований свидетельствуют о частой ассоциации папилломавирусной инфекции и цервикальной интраэпителиальной неоплазии, особенно высокой степени тяжести с бактериальным вагинозом.
- По данным мета-анализа 329 работ, опубликованного в 2012 году доказано, что бактериальный вагиноз увеличивает риск развития рака шейки матки у женщин с дисплазиями
- Бактериальный вагиноз увеличивает риск инфицирования ВПЧ (вирус папилломы человека) и как следствие развитие рака шейки матки

# Лечение бактериального вагиноза у женщин с патологией шейки матки

- Элиминация условно-патогенной флоры
- Нормализация pH
- Разрушение бактериальных пленок
- Активация местной иммунной защиты
- Нормализация роста лактобактерий

# Предполагаемые механизмы прогрессирования патологии шейки матки при бактериальном вагинозе

- Нитрозамины, выделяемые условно патогенной флорой обладают канцерогенными свойствами
- Бактериальный вагиноз увеличивает способность вируса папилломы человека (ВПЧ) адгезироваться на эпителии цервикального канала
- Повышенный рН может увеличивать уязвимость эпителия к действию факторов дисплазии, например, ВПЧ

**БВ может быть ко-фактором развития интраэпителиальной неоплазии (CIN) – предракового поражения шейки матки**

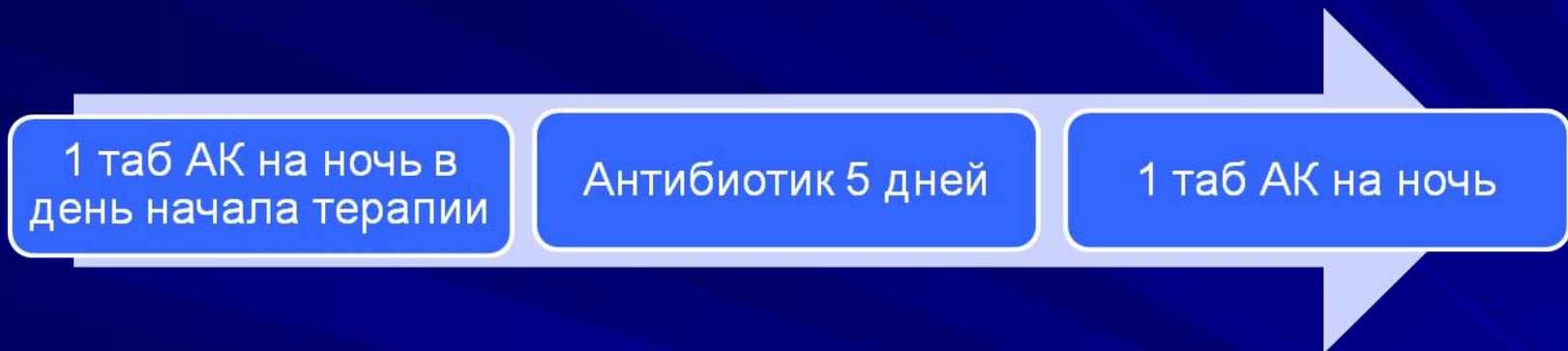
# Вагинорм-С® восстанавливает кислую среду во влагалище



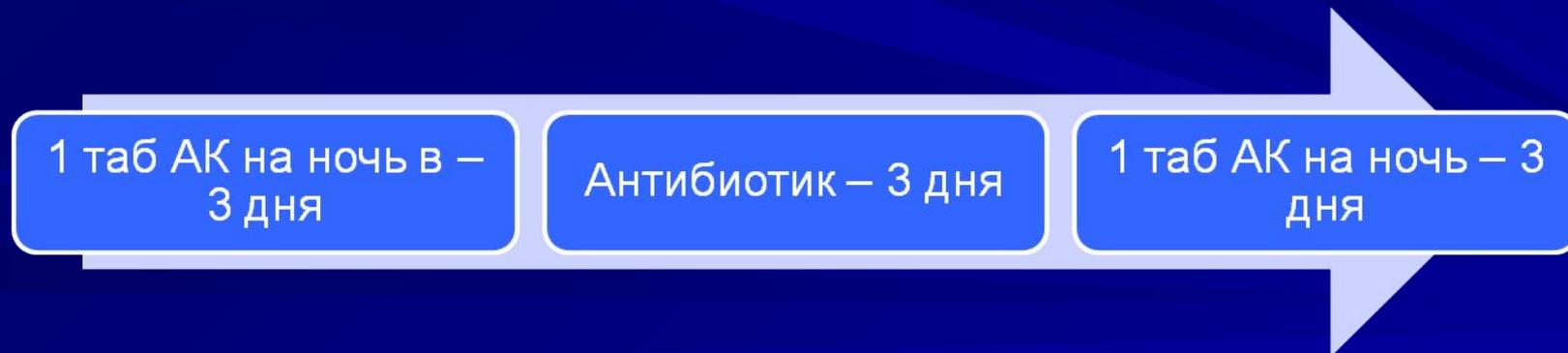
- Восстанавливает кислый уровень pH после первой таблетки
- Сохраняет кислые значения pH после лечения

# Схемы назначения аскорбиновой кислоты интравагинально (АК). Данные литературы.

- Терапия бактериального вагиноза - схема «1+5»<sup>2</sup>:



- Терапия бактериального вагиноза – схема «3+3+3»<sup>3</sup>:



1. Petersen EE. Prophylaxe durch intravaginale applikation von L-Askorbinsaeure. Gyne 1999; 20:1-4  
2. Тихомиров А.Л. Бактериальный вагиноз. Всегда ли и только ли антибиотики? / Consilium medicum, том 13, № 6, с.52-55  
3. Буданов П.В. И др.ю Эффективная борьба с патогенными биопленками: восстановление микроценоза влагалища. Гинекология, 2013, №5, с.88-91

# Факторы риска

- ❖ Большое количество половых партнеров
- ❖ Бесконтрольное применение оральных контрацептивов
- ❖ Курение
- ❖ Раннее начало половой жизни

Инфицированность ВПЧ  
ни в коей мере не служит  
противопоказанием для  
гормональной контрацепции  
или заместительной  
гормонотерапии.

- Недостаток эстрогеновых влияний делает эпителий более уязвимым для CIN.

- Комбинированные контрацептивы с **натуральным эстрогеном**, безусловно, метод выбора для женщин репродуктивного возраста с дефицитом эстрогеновых эффектов

- Особого внимания заслуживает эстрадиола валерат, входящий в состав комбинированного гормонального контрацептива «Клайра» (первый КОК, в состав которого был включен эстроген, идентичный натуральному)

- КОК с эстрадиола валериатом позитивно влияют на эпителий влагалищно-маточной «ниши», что не свойственно, например, этинилэстрадиолу.

- Гормональный контрацептив «Клайра», содержащий наряду с испытанным надежным диеногестом натуральный эстроген эстрадиола валерат, не только обладает лечебным действием при меноррагии, удачным метаболическим профилем и меньшим влиянием на гемостаз, но и способен **положительно воздействовать на вульвовагинального эпителия.**

# Клинико-мофологическая классификация (Бохман Я.В., 1986)

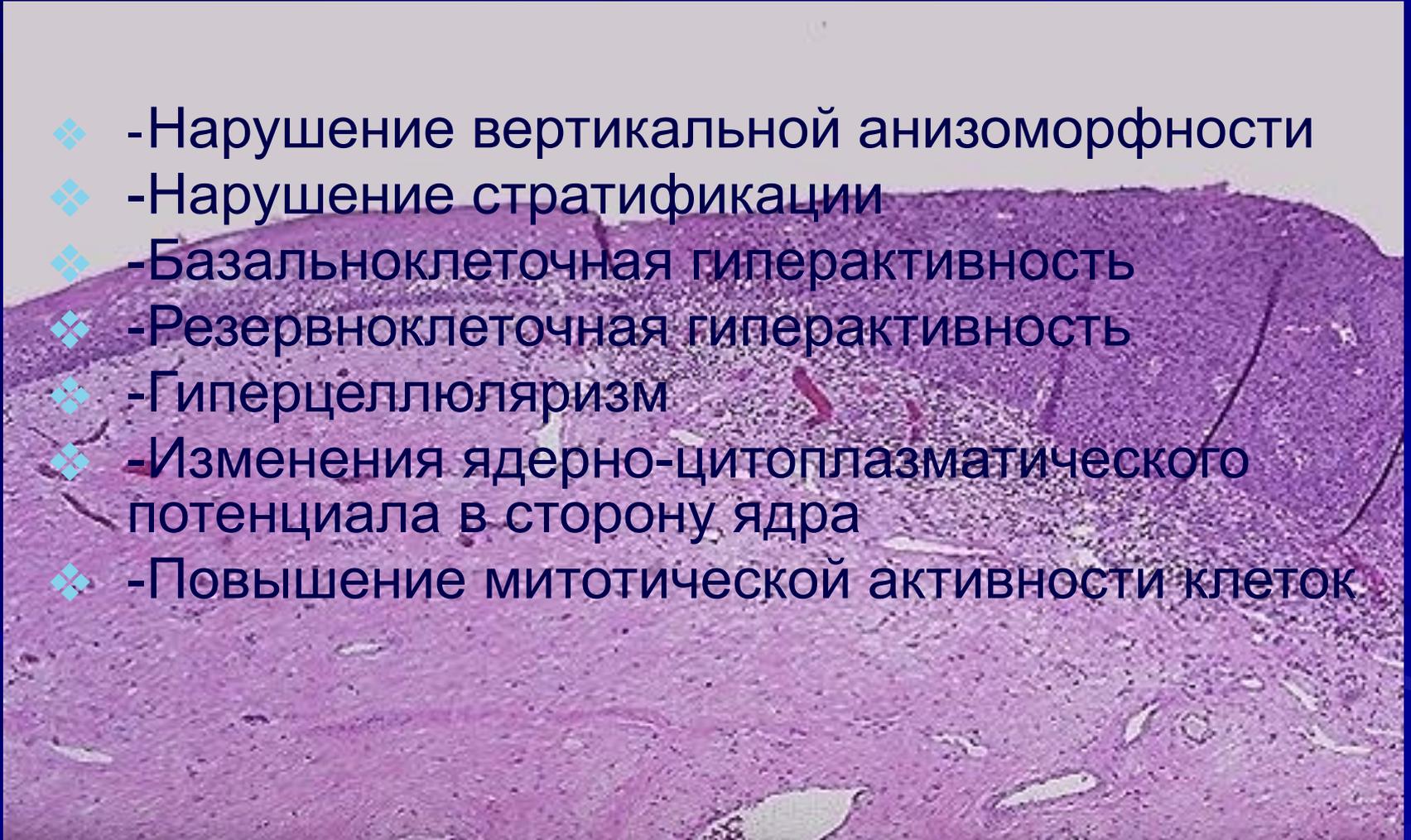
- ❖ 1. Фоновые процессы (эрозии, папилломы, кондиломы, лейкоплакии)
- ❖ 2. Предраковые (дисплазии: слабая, умеренная, тяжелая)
- ❖ 3. Рак на месте (внутриэпителиальный рак, неинвазивная форма, рак 0 стадии, Cr in situ).
- ❖ 4. Микроинвазивный рак (рак 1А стадии с глубиной инвазии не более 3 мм). Частота регионарного метастазирования 0,8-1%.
- ❖ 5. Инвазивная форма рака: плоскоклеточный ороговевающий, плоскоклеточный неороговевающий, железистый (аденокарцинома), диморфный (мукоэпидермальный), недифференцированный.
- ❖ 6. (?) Редко встречающиеся опухоли: саркома шейки матки, лимфома шейки матки, метастатические опухоли (из яичников, из лимфоидной системы, хорионкарцинома).

# Сравнение классификаций TNM и FIGO 2009 год

КАТЕГОРИИ TNM	СТАДИИ FIGO	
Tx		Первичную опухоль оценить невозможно
T0		Нет признаков первичной опухоли
Tisb		Рак in situ (преинвазивный рак)
T1	I	Опухоль ограничена маткой (включая распространение на тело матки)
T1ac	IA	Инвазия опухоли определяется только микроскопически. Максимальная глубина прорастания опухоли $\leq 5$ мм при измерении от базального слоя эпителия, а диаметр $\leq 7$ мм. Вовлечение венозных и лимфатических сосудов не влияет на определение стадии.
T1a1	IA1	Инвазия $\leq 3$ мм в глубину и $\leq 7$ мм в диаметре
T1a2	IA2	Инвазия стромы $> 3$ мм и $\leq 5$ мм с диаметром $\leq 7$ мм
T1b	IB	Видимая опухоль, ограниченная шейкой матки, либо микроскопически определяемая опухоль $> T1a/IA2$ стадии
T1b1	IB1	Видимая опухоль с наибольшим размером $\leq 4$ см
T1b2	IB2	Видимая опухоль с наибольшим размером $> 4$ см
T2	II	Опухоль распространяется за пределы матки, но без поражения стенок малого таза и нижней трети влагалища
T2a	IIA	Опухоль без вовлечения параметрия
T2a1	IIA	Видимая опухоль с наибольшим размером $\leq 4$ см
T2a2	IIA2	Видимая опухоль с наибольшим размером $> 4$ см
T2b	IIB	Опухоль с вовлечением параметрия
T3	III	Опухоль с распространением на стенки таза и/или нижнюю треть влагалища либо с развитием гидронефроза или нефункционирующей почки
T3a	IIIA	Опухоль с распространением на нижнюю треть влагалища, но не на стенки таза
T4	IV	Опухоль с распространением за пределы малого таза или с вовлечением слизистой мочевого пузыря либо прямой кишки (подтвержденным при биопсии). Буллезный отек не служит основанием для определения IV стадии
T4a	IVA	Опухоль с распространением на смежные органы

# Морфологические критерии дисплазии

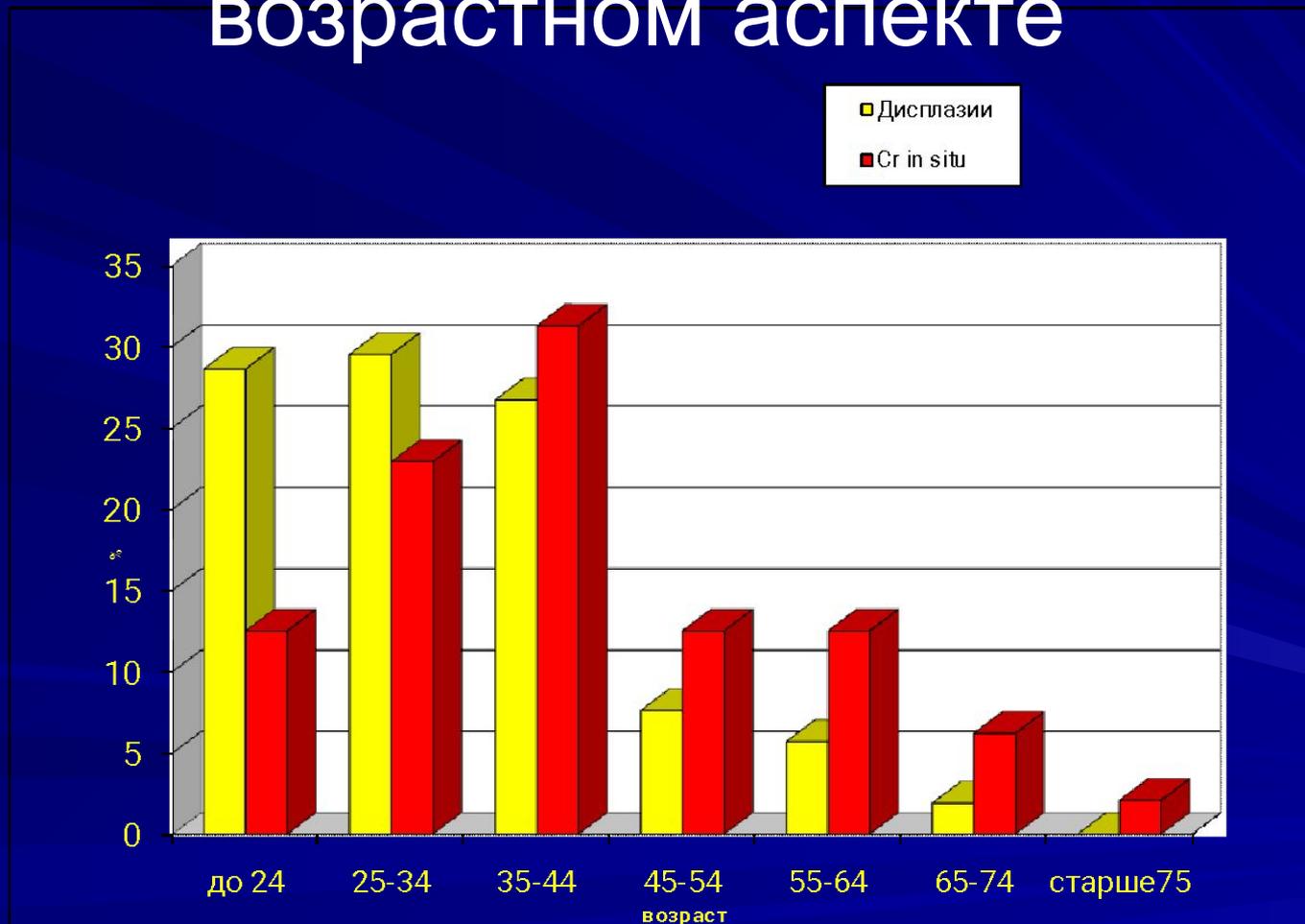
- ❖ -Нарушение вертикальной анизоморфности
- ❖ -Нарушение стратификации
- ❖ -Базальноклеточная гиперактивность
- ❖ -Резервноклеточная гиперактивность
- ❖ -Гиперцеллюляризм
- ❖ -Изменения ядерно-цитоплазматического потенциала в сторону ядра
- ❖ -Повышение митотической активности клеток



*То есть дисплазия – это гистологический диагноз.*

Дисплазия – это гистологическое упрощение ткани регрессивного характера, связанное с понижением дифференцировки.

# Частота встречаемости дисплазий и рака шейки матки 0 стадии в возрастном аспекте



# Дифференциальный диагноз рака шейки матки с патологическими состояниями (собственное наблюдение)

- ❖ 1. Саркома шейки матки – очень редко
- ❖ 2. Распадающиеся полипы и миомы
- ❖ 3. Аденоматозные разрастания
- ❖ 4. Остроконечные кондиломы
- ❖ 5. Децидуомы
- ❖ 6. Эндометриоз шейки матки
- ❖ 7. Большое количество кистозных образований (ov.Nabotii) на фоне обширного эктропиона
- ❖ 8. Сифилитическая язва
- ❖ 9. Туберкулез шейки матки
- ❖ 10. Метастазы гинекологического рака



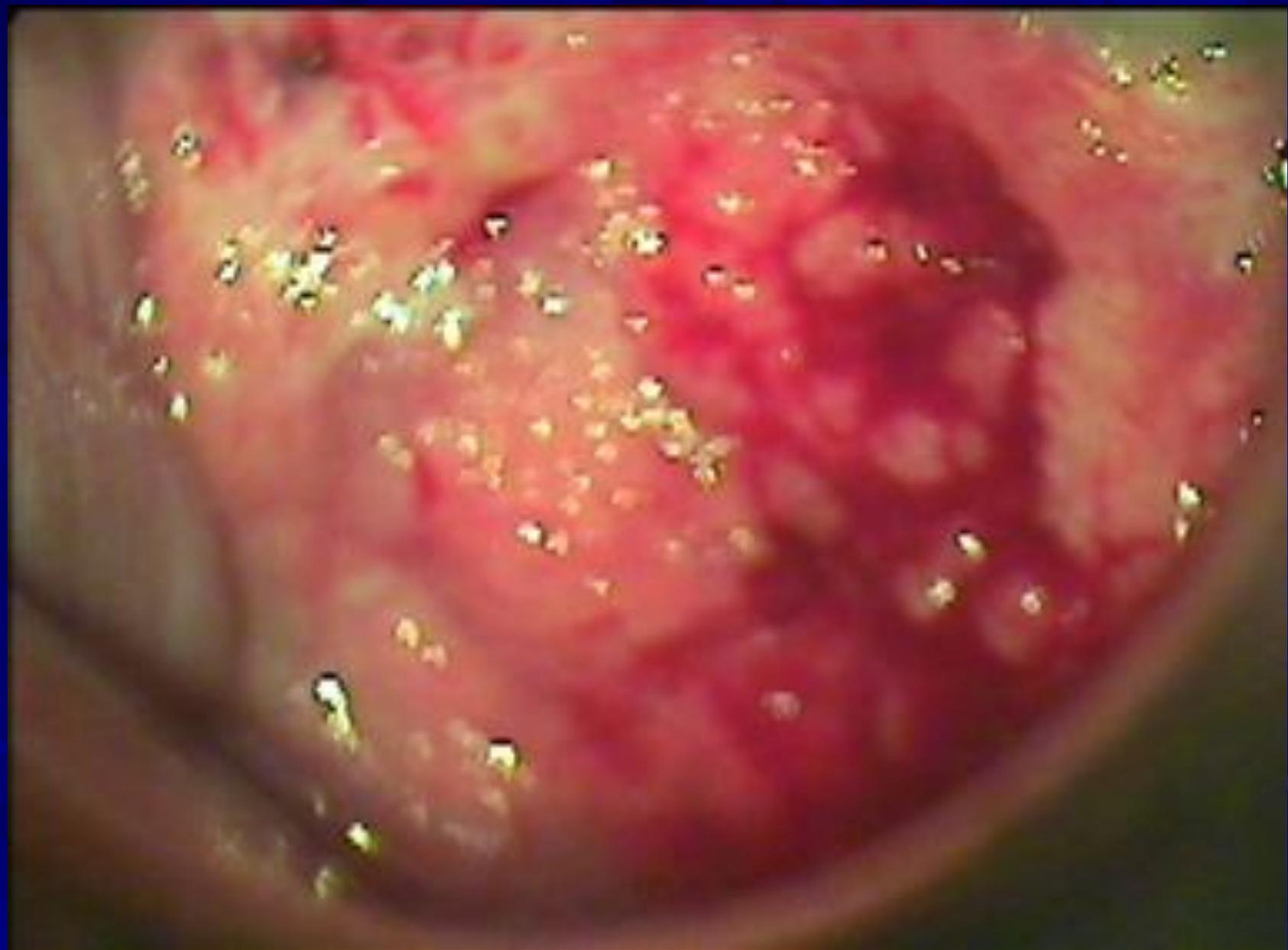


















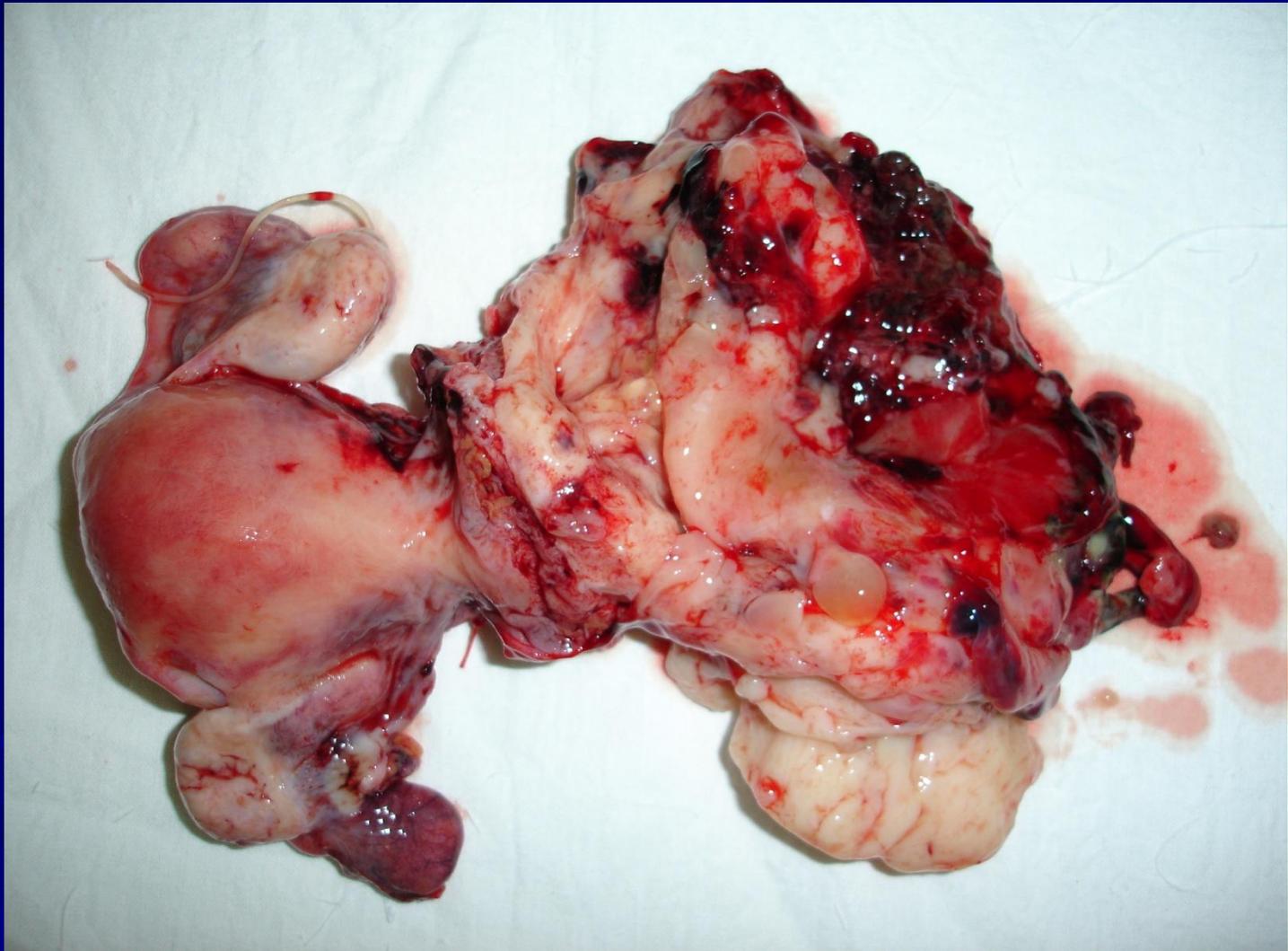








# Саркома шейки матки



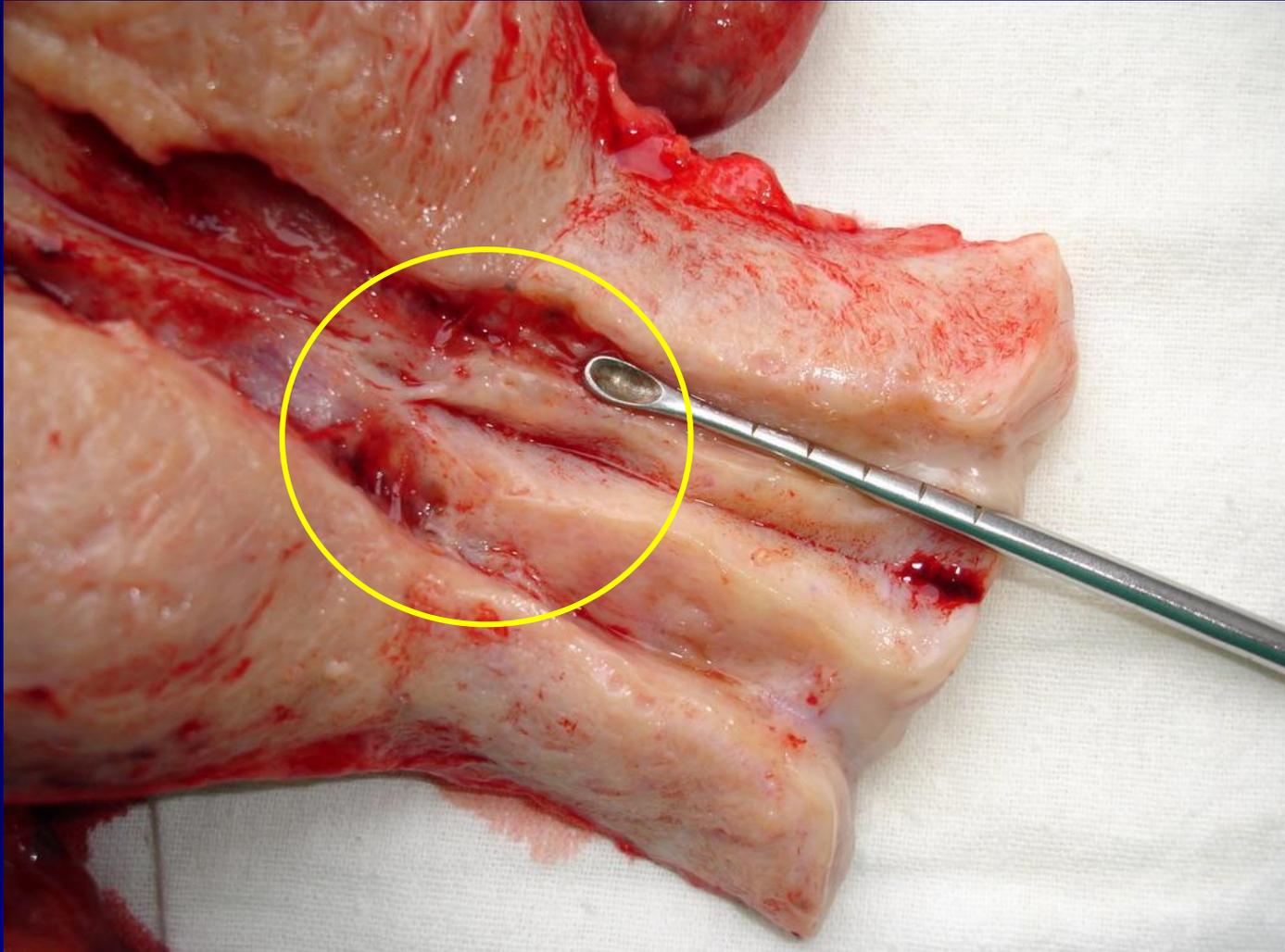
# Ошибки при постановке диагноза рака шейки матки

- Объективного характера:
  - - организация (недостаточное финансирование)
  - - 20% клеточный состав цитогаммы не отражает наличия злокачественного процесса
- Субъективного характера:
  - - не берутся мазки на АК, а осмотр осуществляется только с помощью зеркал
  - - нарушение правильности взятия мазков
  - - отсутствие преемственности между врачом-клинистом и морфологом

# Диагностика рака шейки матки



# Диагностика рака шейки матки



# Диагностика рака шейки матки



# Стандартные типы операций при инвазивном раке шейки матки (Piver M., Ratledge F., Smith J., 1974)

Типы операций	Объем	Показания
I тип	Экстрафасциальная экстирпация матки (с придатками или без придатков)	T1a <sub>1</sub>
II тип	Модифицированная расширенная экстирпация матки (экстирпация матки II типа) Удаление лимфатических узлов таза, медиальной половины кардинальных и крестцово-маточных связок.	T1a <sub>2</sub>
III тип	Радикальная экстирпация матки (J.V. Meigs, 1911). Удаление лимфатических узлов таза, большей части кардинальных и крестцово-маточных связок и верхней трети влагалища.	T1b <sub>1,2</sub> T2a
IV тип	Расширенная радикальная экстирпация матки. Удаление периуретеральных тканей, резекция верхней пузырной артерии и $\frac{3}{4}$ влагалища.	T2b
V тип	Частичная экзентерация (передняя экзентерация). Удаление дистальных отделов мочеточников и мочевого пузыря.	T4

# Прогресс хирургии рака шейки матки



# Развитие хирургии при инвазивном раке шейки матки

Автор	Объем	Показания
1900г Wertheim 1911г Meigs	Радикальная экстирпация матки: удаление лимфатических узлов таза, большей части кардинальных и крестцово-маточных связок и верхней трети влагалища.	T1b <sub>1,2</sub> T2a
1948	Расширенная радикальная экстирпация матки. Удаление периуретеральных тканей, резекция верхней пузырной артерии и $\frac{3}{4}$ влагалища.	T2b
1980-1990г Schauta, Dargent	Лапароскопическая лимфоденэктомия + вагинальная расширенная экстирпация шейки матки (трахелэктомия)	T1a <sub>1,2</sub> T1b <sub>1</sub>
2000г Mapping	Абдоминальная расширенная экстирпация шейки матки	T1a <sub>2</sub> T1b <sub>1</sub>
2006г Covens	Абдоминальная расширенная экстирпация шейки матки после неoadъювантной химиотерапии	T1b <sub>2</sub> T2a
2007г.	Лапароскопическая расширенная экстирпация шейки матки с помощью робототехники	T1a <sub>1,2</sub> T1b <sub>1</sub>

## Типы органосохраняющих операций при раке шейки матки.

Типы операций	Объем	Показания
I тип	Конизация шейки матки	CIN III Tin situ
II тип	Ампутация влагалищной части шейки матки (стандартная и высокая ампутация ШМ)	Tin situ, Рецидивы CIN
III тип	Лапароскопическое удаление лимфатических узлов таза. Радикальная влагалищная экстирпация шейки матки.	T1b <sub>1</sub> при - LN T1a <sub>1,2</sub>
IV тип	Абдоминальная расширенная радикальная экстирпация шейки матки. Удаление периуретеральных тканей и верхней 1/3 влагалища.	T1b <sub>1,2</sub>

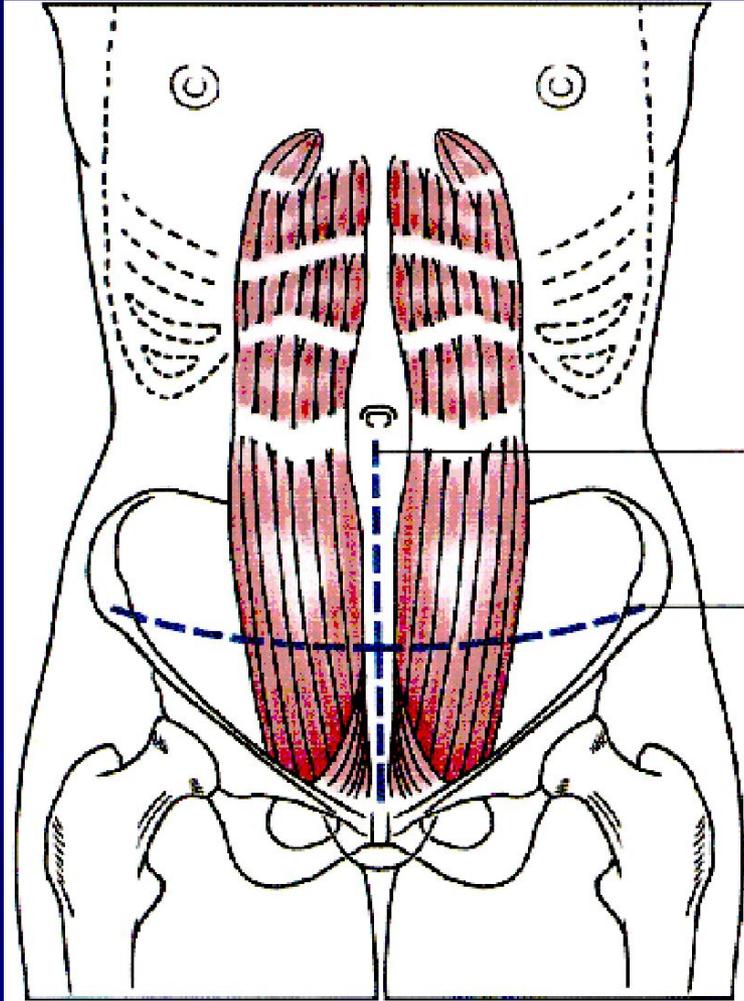
# Конусная экцизия



# Лечение

- Только хирургическое лечение возможно при ранних стадиях РШМ:  
IA стадии,  
IB-IIA стадии (опухоль < 4см),  
иногда — IB-IIA стадии (опухоль > 4см)
- Некоторые европейские и японские клиники при РШМ IB стадии начинают с хирургического этапа лечения

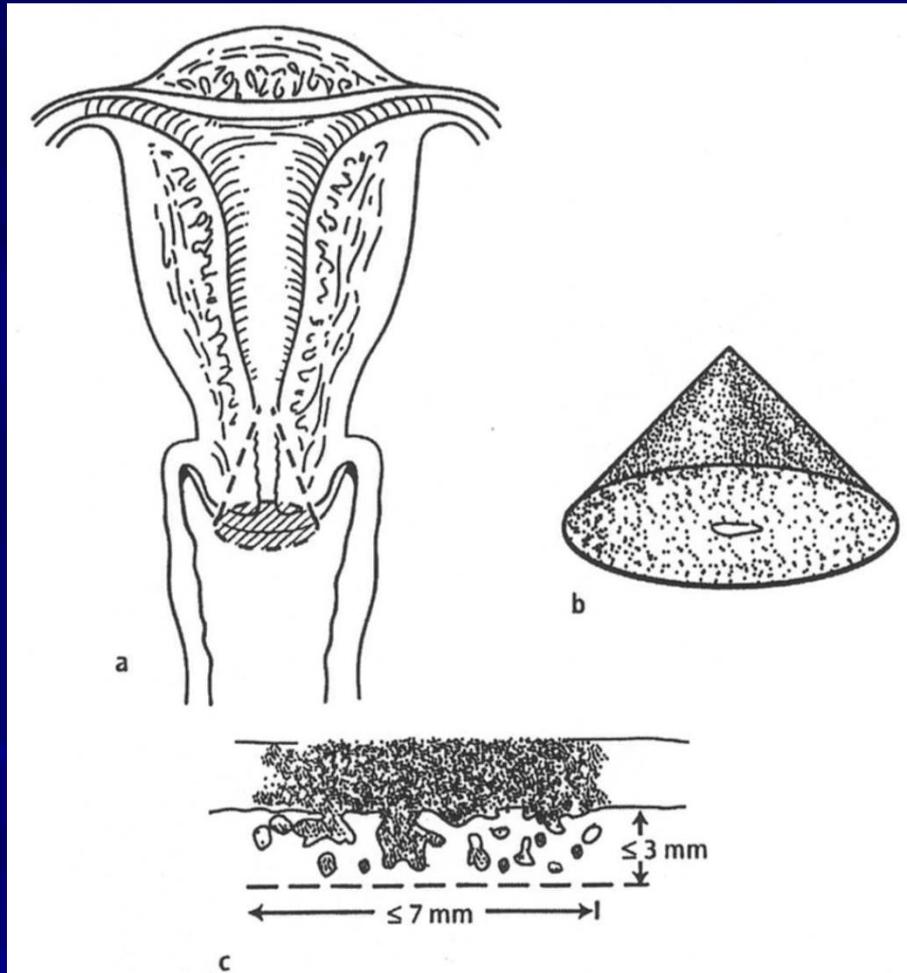
# Хирургический доступ



Основное требование — возможность провести полноценную ревизию малого таза и брюшной полости и при необходимости выполнить биопсию поясничных лимфоузлов:

- нижняя срединная лапаротомия с обходом пупка слева,
- поперечный доступ с пересечением прямых мышц живота (по Мэйлэрду),
- поперечный доступ с отсечением от лобковых костей (по Черни).

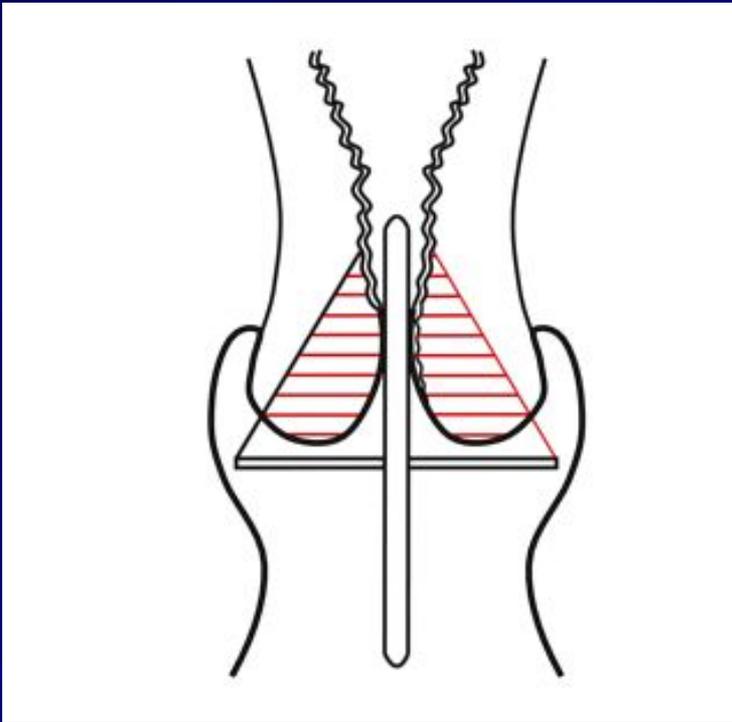
# Лечение



## IA1 стадия микроинвазивный рак

(R. R. Barakat, M. W. Bevers, D. M. Gershenson, W. J. Hoskins. Handbook of Gynecologic Oncology (2nd ed.). Martin Dunitz, 2002.)

# Лечение



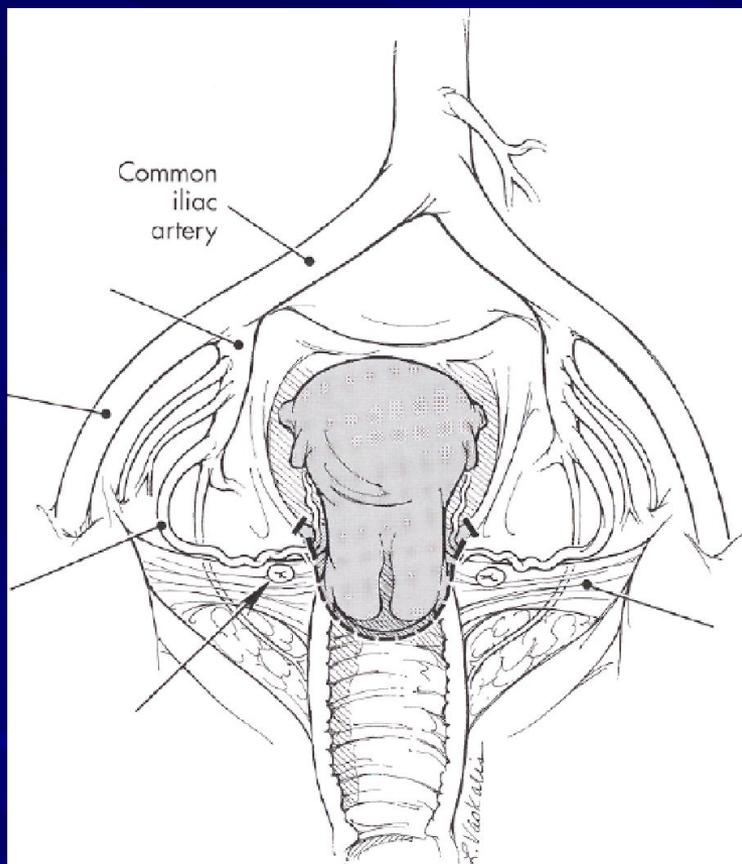
**Конизация** шейки матки является **адекватным объемом операции** при отсутствии опухоли в краях резекции и/или соскобе из оставшейся части цервикального канала

При наличии дисплазии или опухоли в краях резекции и/или соскобе из оставшейся части цервикального канала необходимо выполнение **реконизации**

Это необходимо для уточнения степени поражения шейки матки и определения объема последующей операции

# Лечение

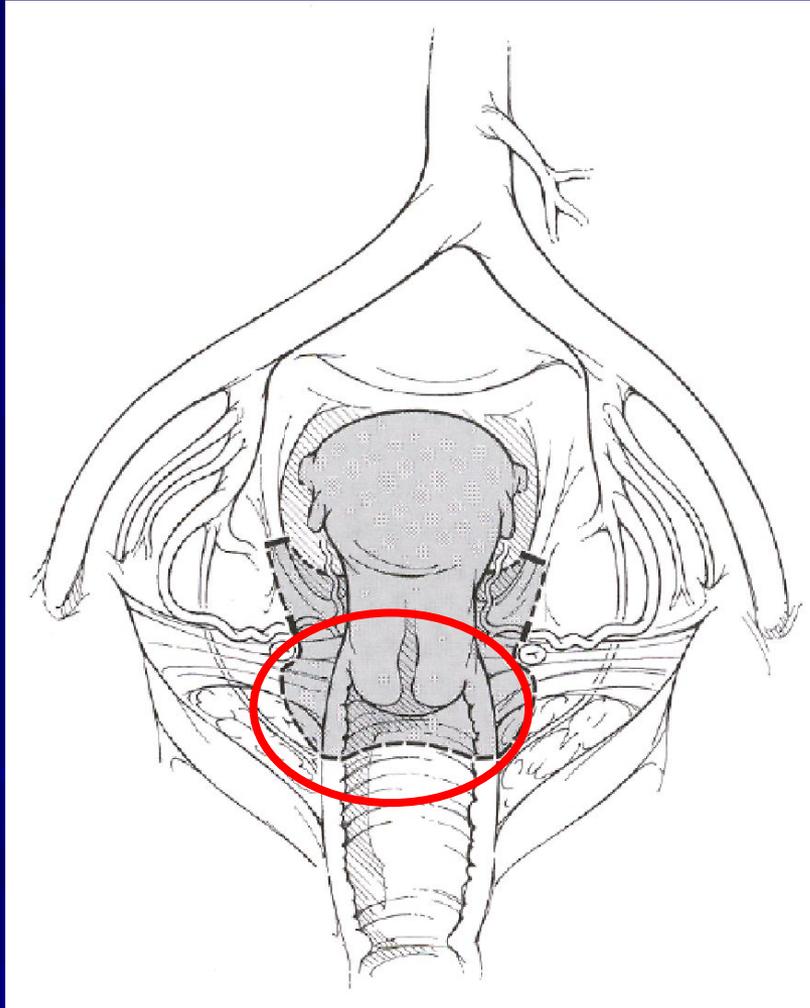
IA1 стадия



При наличии сопутствующей гинекологической патологии и отсутствии необходимости сохранения репродуктивной функции, может рассматриваться вопрос об экстрафасциальной гистерэктомии (I тип)

# Лечение

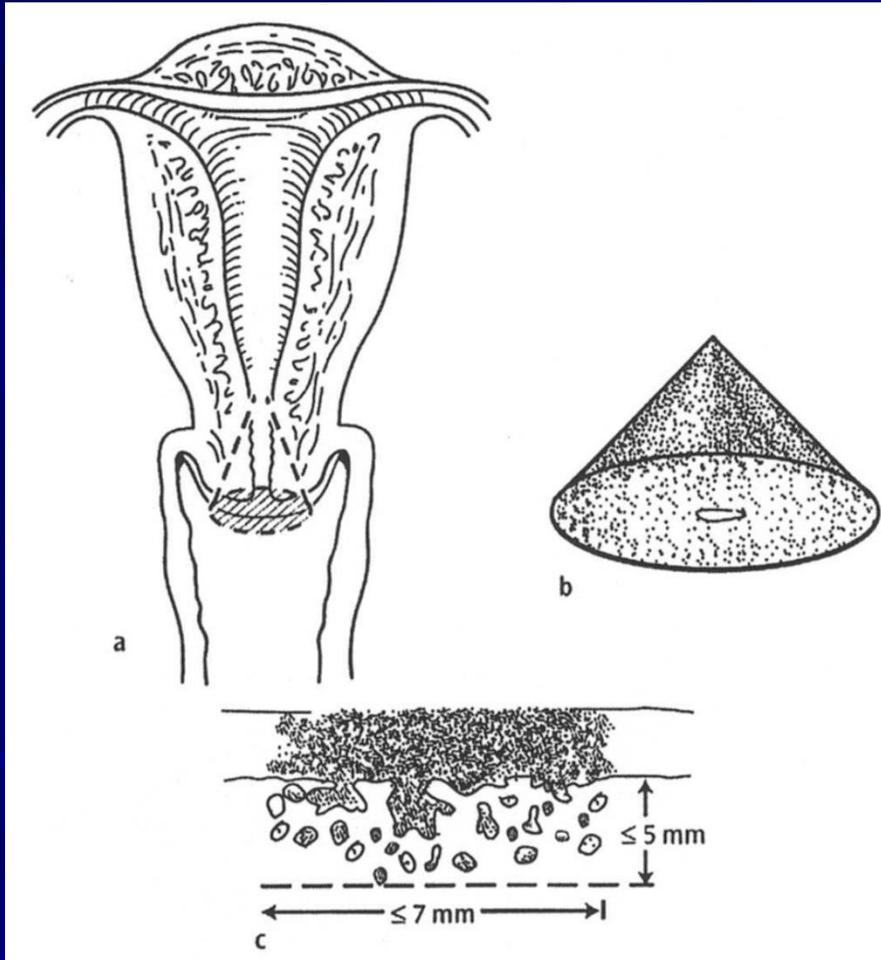
IA1 стадия



При наличии **опухолевых эмболов** выполняется:

- модифицированная расширенная экстирпация матки (II тип)
- при необходимости сохранения детородной функции – расширенная трахелэктомия

# Лечение

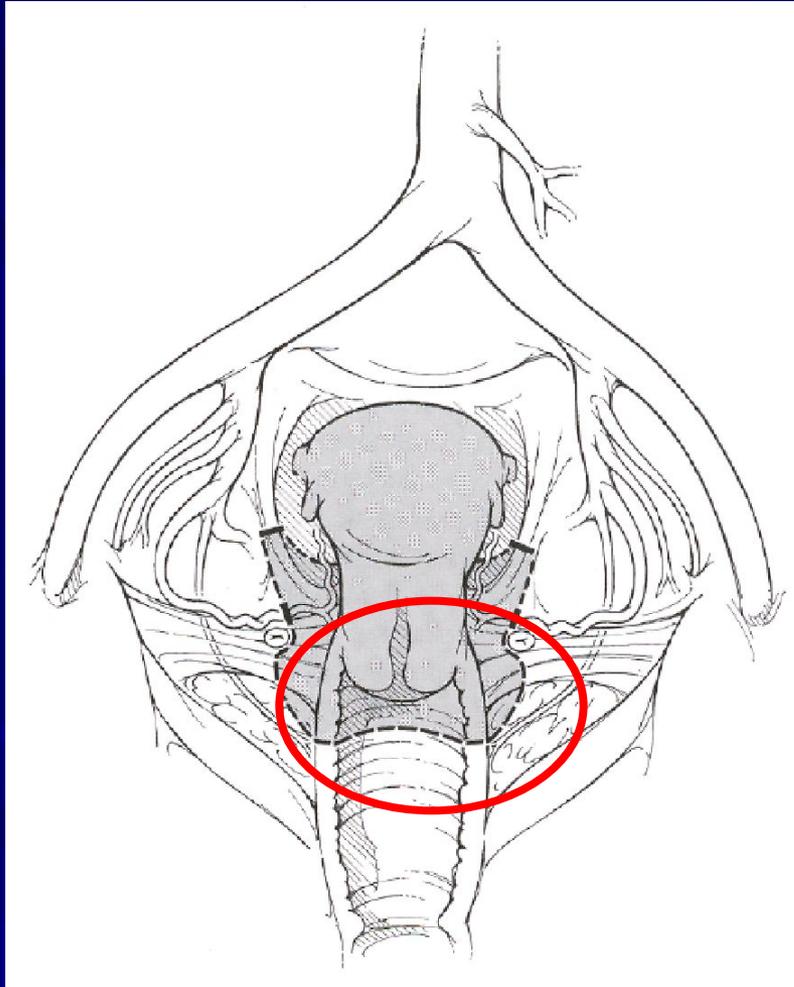


## IA2 стадия

(R. R. Barakat, M. W. Bevers, D. M. Gershenson, W. J. Hoskins. Handbook of Gynecologic Oncology (2nd ed.). Martiin Dunitz, 2002.)

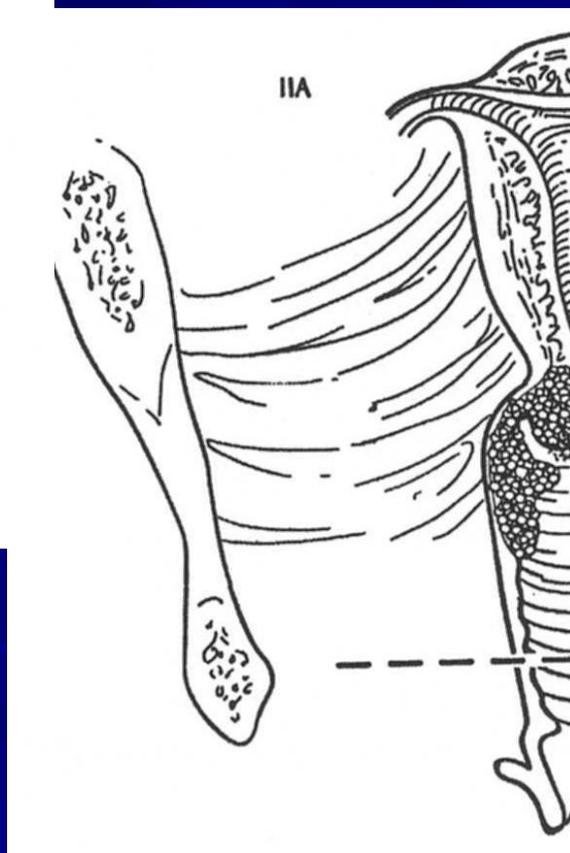
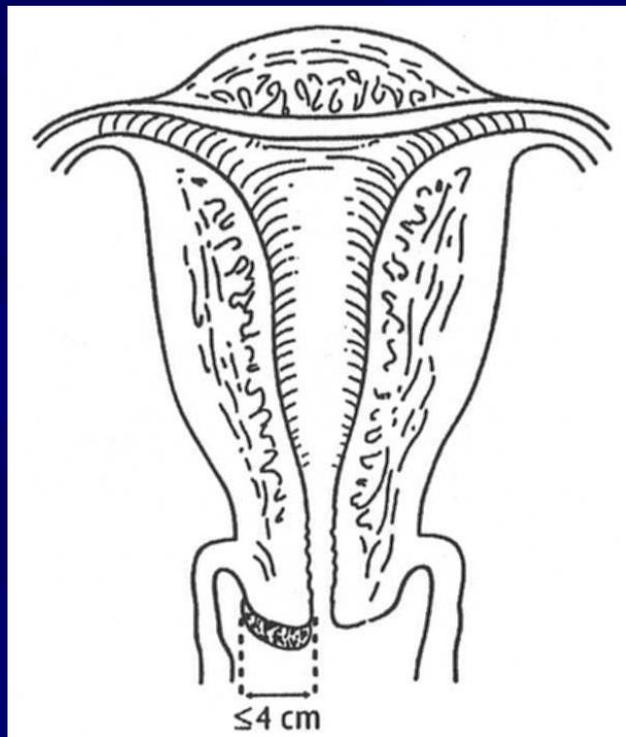
# Лечение

IA2 стадия



- Модифицированная расширенная экстирпация матки (II тип)
- При необходимости сохранения детородной функции
  - расширенная трахелэктомия

# Лечение



**IV1 стадия**  
**IIA стадия**  
**(≤ 4 см)**

(R. R. Barakat, M. W. Bevers, D. M. Gershenson, W. J. Hoskins. Handbook of Gynecologic Oncology (2nd ed.). Martiin Dunitz, 2002.)

# Лечение

IB1, IIA стадии ( $\leq 4$  см)

Прогноз благоприятный. Такие пациентки могут быть излечены посредством хирургического лечения или лучевой терапии. *(Установлено в рандомизированных контролируемых исследованиях).*

Выбор метода лечения зависит от наличия ресурсов, опыта врача, возраста пациентки и наличия сопутствующих заболеваний.

Применение комбинации хирургического лечения с лучевой терапией увеличивает частоту осложнений. С целью уменьшения частоты осложнений при планировании лечения следует избегать комбинации хирургического лечения и лучевой терапии.

**IB1, IIA стадии ( $\leq 4$  см)**

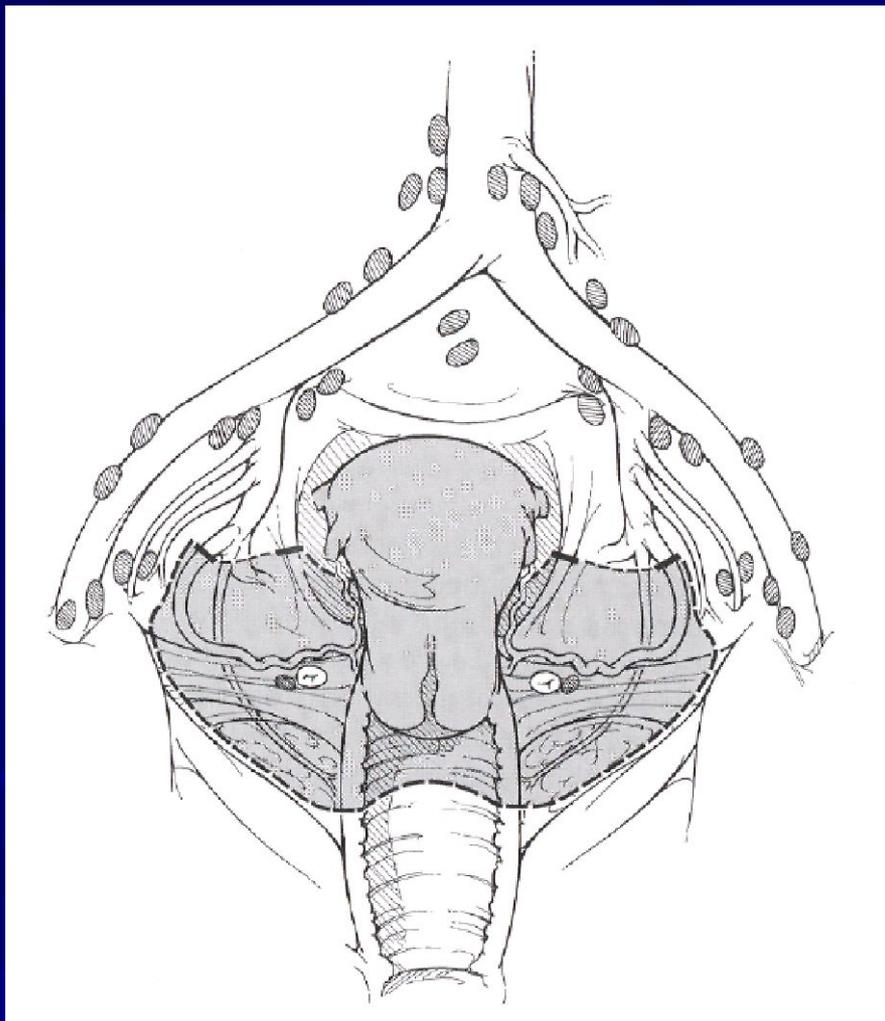
# Лечение

Хирургическое лечение помимо удаления первичной опухоли позволяет выполнить более точное стадирование, что в свою очередь позволяет при необходимости провести соответствующую адъювантную терапию

Кроме того, хирургическое лечение позволяет сохранить функцию яичников у молодых пациенток и избежать хронических лучевых повреждений мочевого пузыря, влагалища, толстой и тонкой кишок, которые трудно поддаются лечению

IB1, IIA стадии ( $\leq 4$  см)

# Лечение



- Расширенная экстирпация матки (III тип) или модифицированная расширенная экстирпация матки (II тип)
  - в молодом возрасте выполняют транспозицию яичников
- Сочетанная лучевая терапия

# Показания к операции Вертгейма

- 1. Инвазия подлежащей ткани более 3 мм.
- 2. Низкодифференцированный, железистый рак.
- 3. Возраст до 50 лет.
- 4. Сочетание с беременностью.
- 5. Сочетание с миомой или опухолью яичников.
- 6. Резистентность опухоли к облучению.
- 7. Признаки поражения регионарных лимфоузлов.

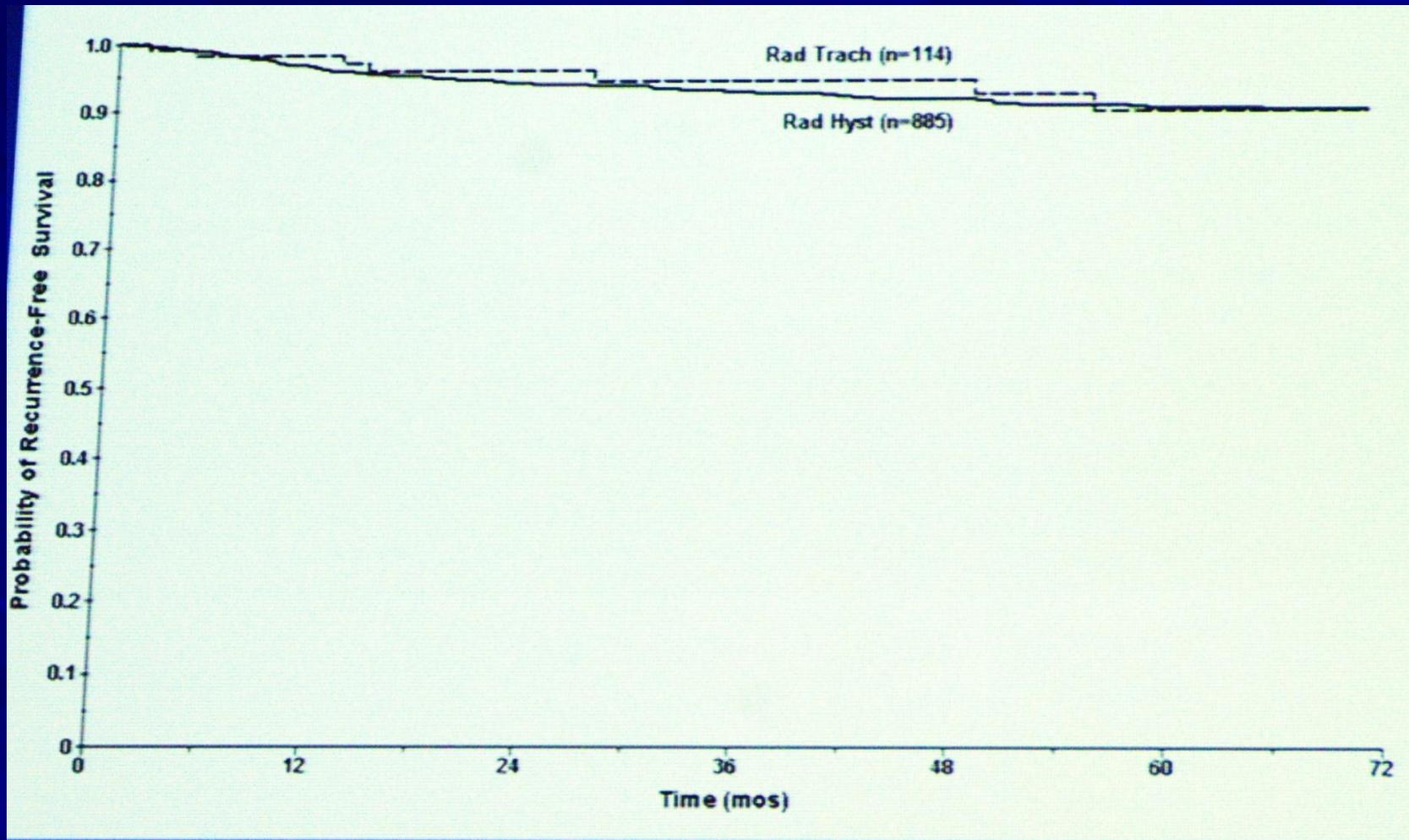
# Предпосылки для разработки органосохраняющих операций при РШМ

- Рост заболеваемости РШМ среди молодых женщин
- 40% - I стадия заболевания у женщин в возрасте до 40 лет
- 31% больных I ст. в возрасте 35-39 лет не имеют детей
- 51% больных в возрасте 40-45 лет не имеют детей

- 1985-2001 гг. выполнено:
  - 435 расширенных ЭМ;
  - 186 больных в возрасте до 40 лет;
  - 101 больная имела T1a или T1b1 No
  - 24 пациентки не имели детей.

*(Sonoda Y., Abu-Rustum N.R., G.Oncol.J 2004)*

Сравнительная безрецидивная выживаемость после операций Вертгейма (n=885) и радикальной трахелэктомии (n=114) (Covens et.al. 2006 г.).



## Результаты АРТ

Автор, год	N	Стадия FIGO	Средний возраст	Роды	Рецидивы
Smith et al., 1997	1	IB	-	-	-
Rodriguez et al., 2001	3	IA1, IA2	26,3	1	0
Del Priore et al., 2004	1	IB1	28	-	1 (6 мес.)
Ungar et al., 2005	33	IA2-IB2	30,5	2	0
Abu-Rustum et al., 2005	2	IB1	7	-	0
Cibula et al., 2005	3	IA2, IB1	-	-	-
Bader et al., 2005	1	IB1	34	-	1
Abu-Rustum et al., 2006	5	IB1	36	-	0
Pareja et al., 2008	15	IA2, IB1	30	3	0

# Результаты АРТ

**L. Ungar, 2008**

101 пациентка, IB1—IB2 (FIGO)

1 рецидив (стекловидноклеточный рак)

22 пациентки пытались забеременеть

12 беременностей:

9 родов (здоровые дети)

3 самопроизвольных аборта

4 пациентки включены в программу ЭКО

# РЭМ с транспозицией ячников.

Опыт гинекологического  
отделения НООД 2000-2013 г.

- Операций - 67
- Рецидивов заболевания – 3
- Смертность - 2

## Опыт

гинекологического отделения  
Новосибирского областного  
онкологического диспансера

2008—2010гг.

16 больных IA2 — IB1 стадий (FIGO)

0 рецидивов

1 беременность — самопроизвольный  
аборт во II триместре

## Опыт

гинекологического отделения  
Новосибирского областного  
онкологического диспансера

2008—2013 гг.

24 больных IA2 — IB1 стадий (FIGO)

2 рецидива

2 беременности — самопроизвольный  
аборт во II триместре

искусственный аборт - в I триместре

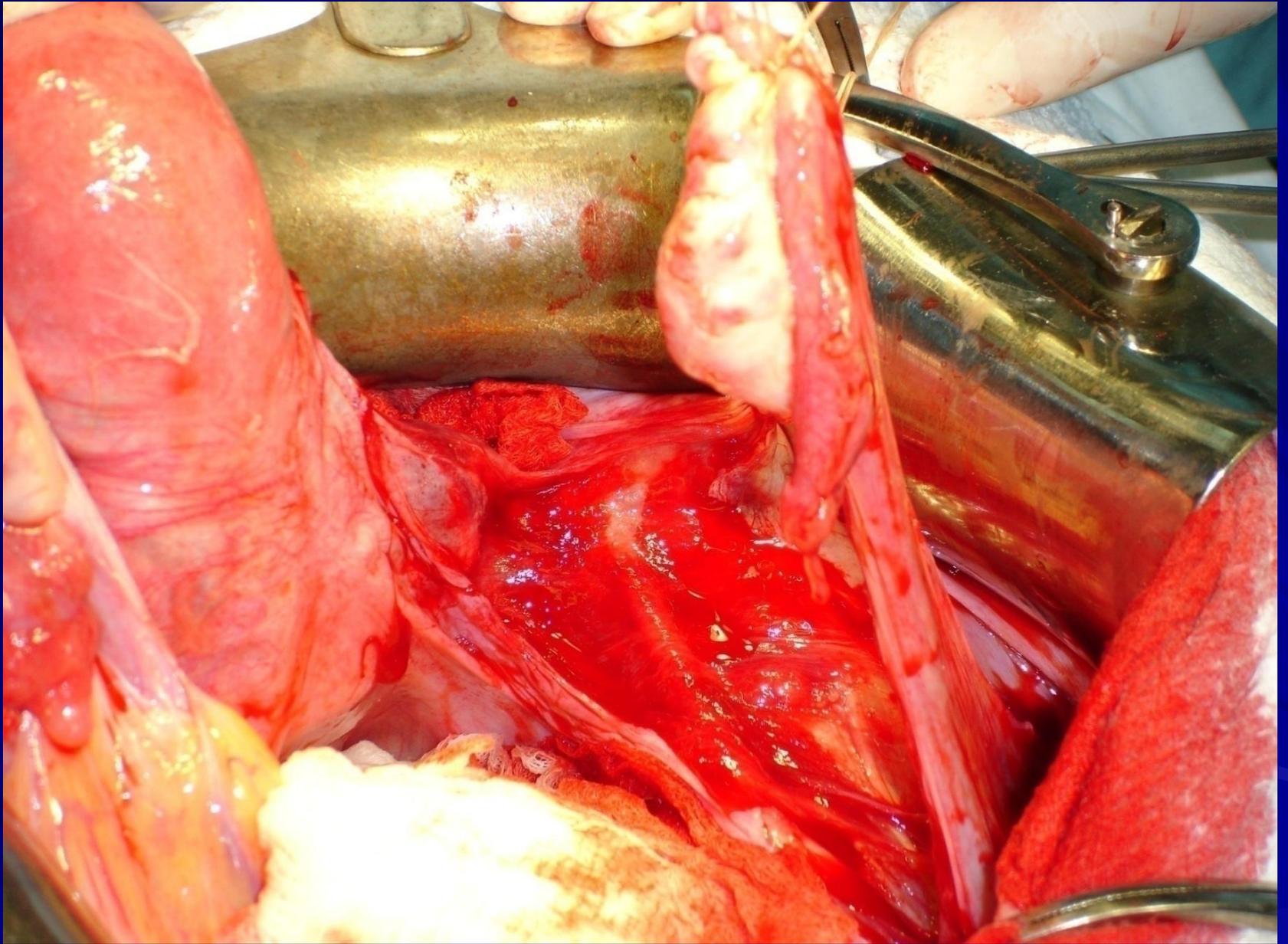
## Определение

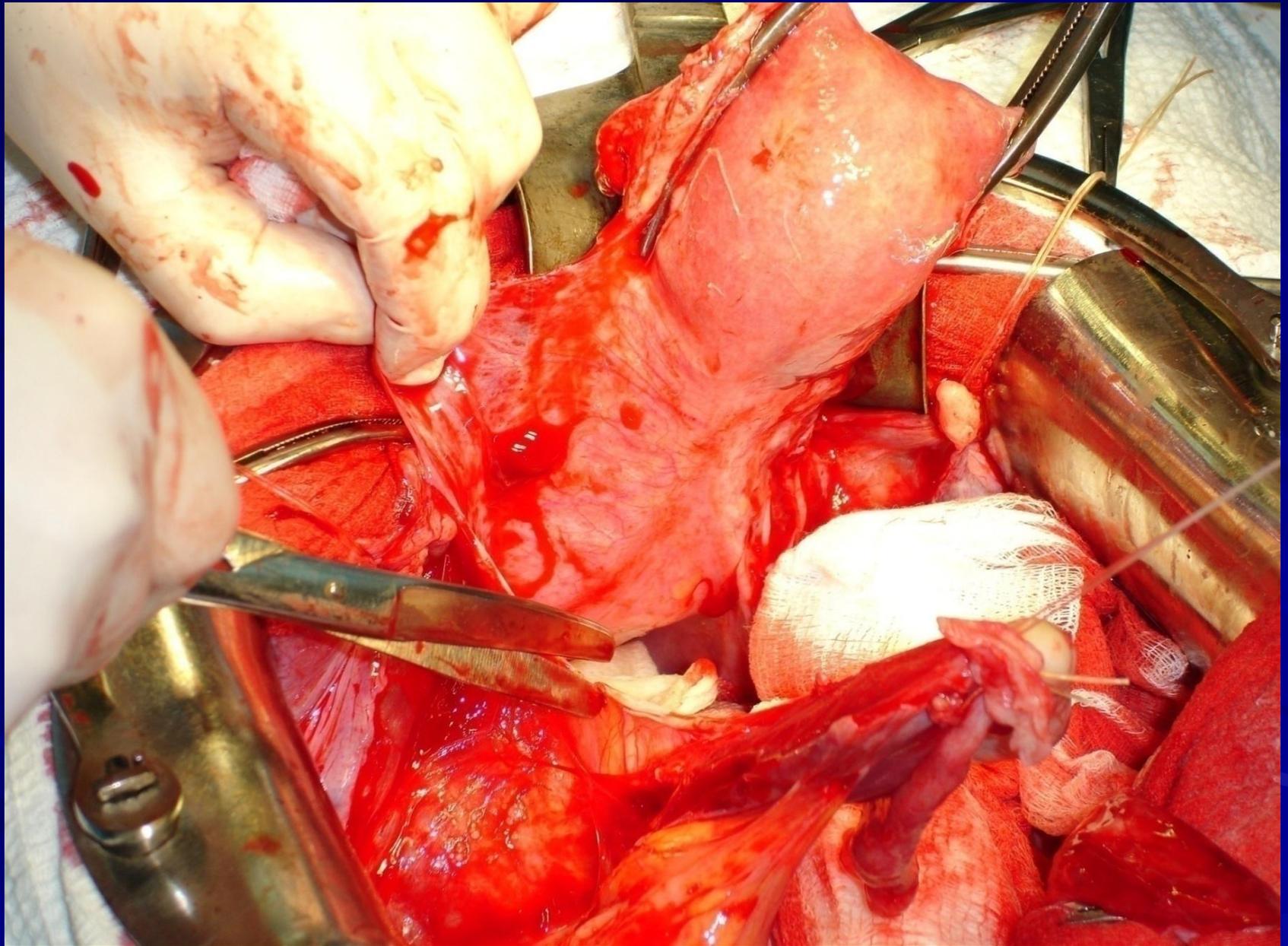
- Расширенная трахелэктомия — хирургическое вмешательство, включающее удаление шейки матки с параметральной клетчаткой и верхней третью влагалища, двустороннюю тазовую лимфаденэктомию и наложение анастомоза между телом матки и влагалищем
- Доступы
  - влагалищный (лапароскопически-ассистированная операция)
  - абдоминальный
  - лапароскопический (единичные сообщения)

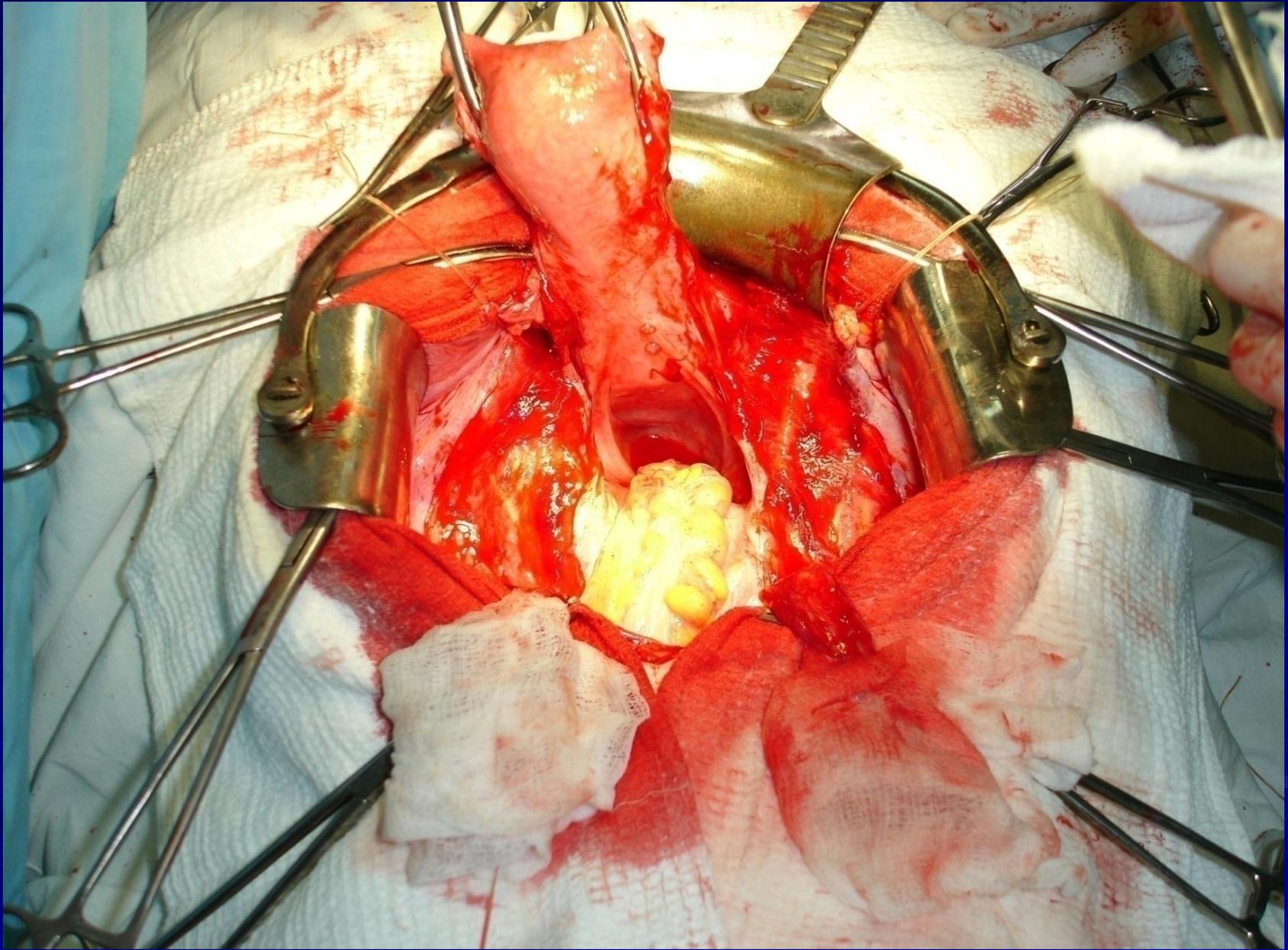
# Критерии отбора больных

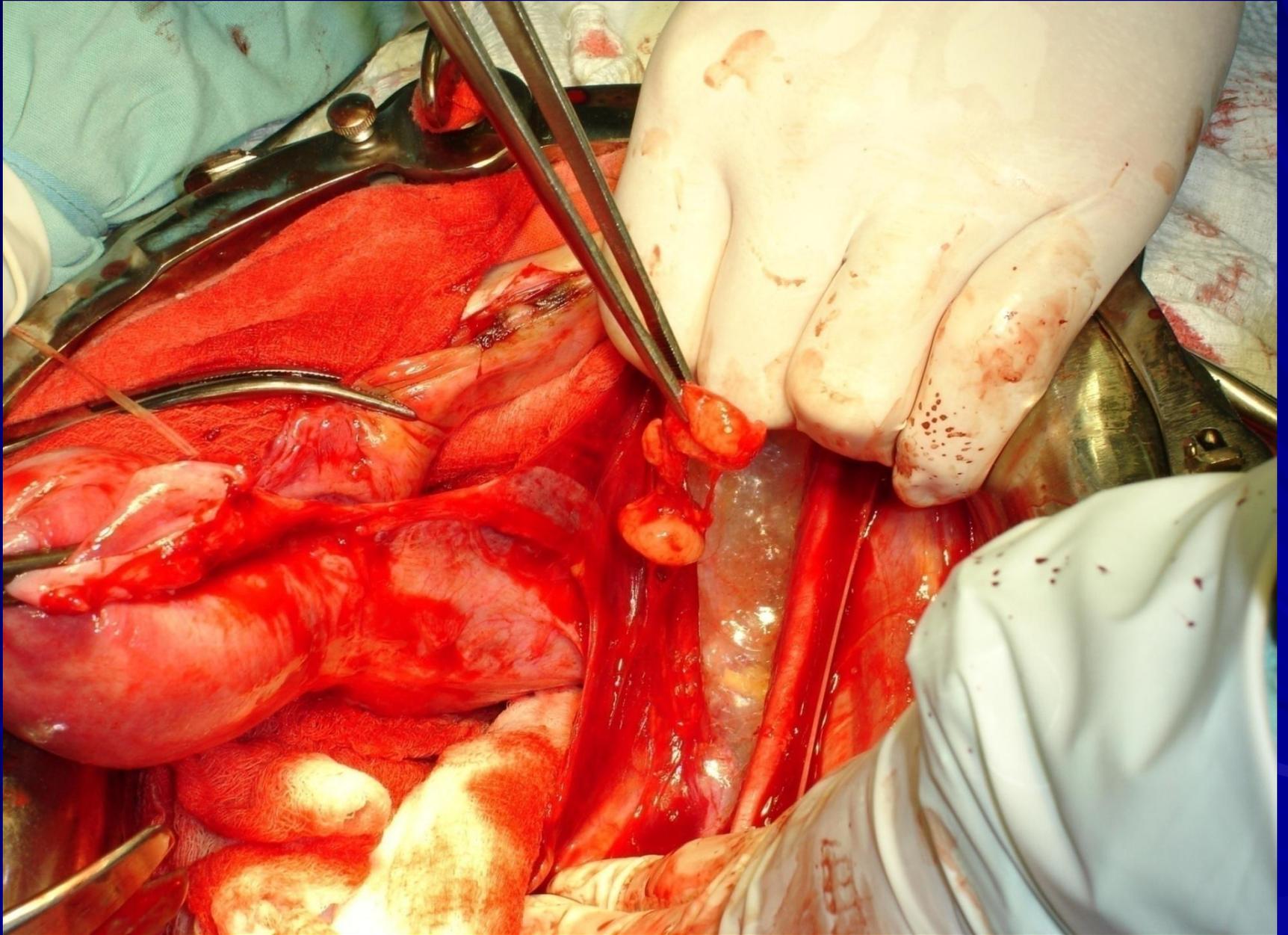
- **ВРТ**
  - Возраст до 40 лет
  - Желание сохранить детородную функцию
  - Отсутствие бесплодия
  - Размер опухоли менее 2 см
  - Стадия IA — IB1 (FIGO)
  - Отсутствие опухоли в крае резекции шейки матки
  - Отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах
- **АРТ**
  - +
  - Размер опухоли 2—4 см
  - Размер опухоли до 6 см (L. Ungar и соавт., 2005)

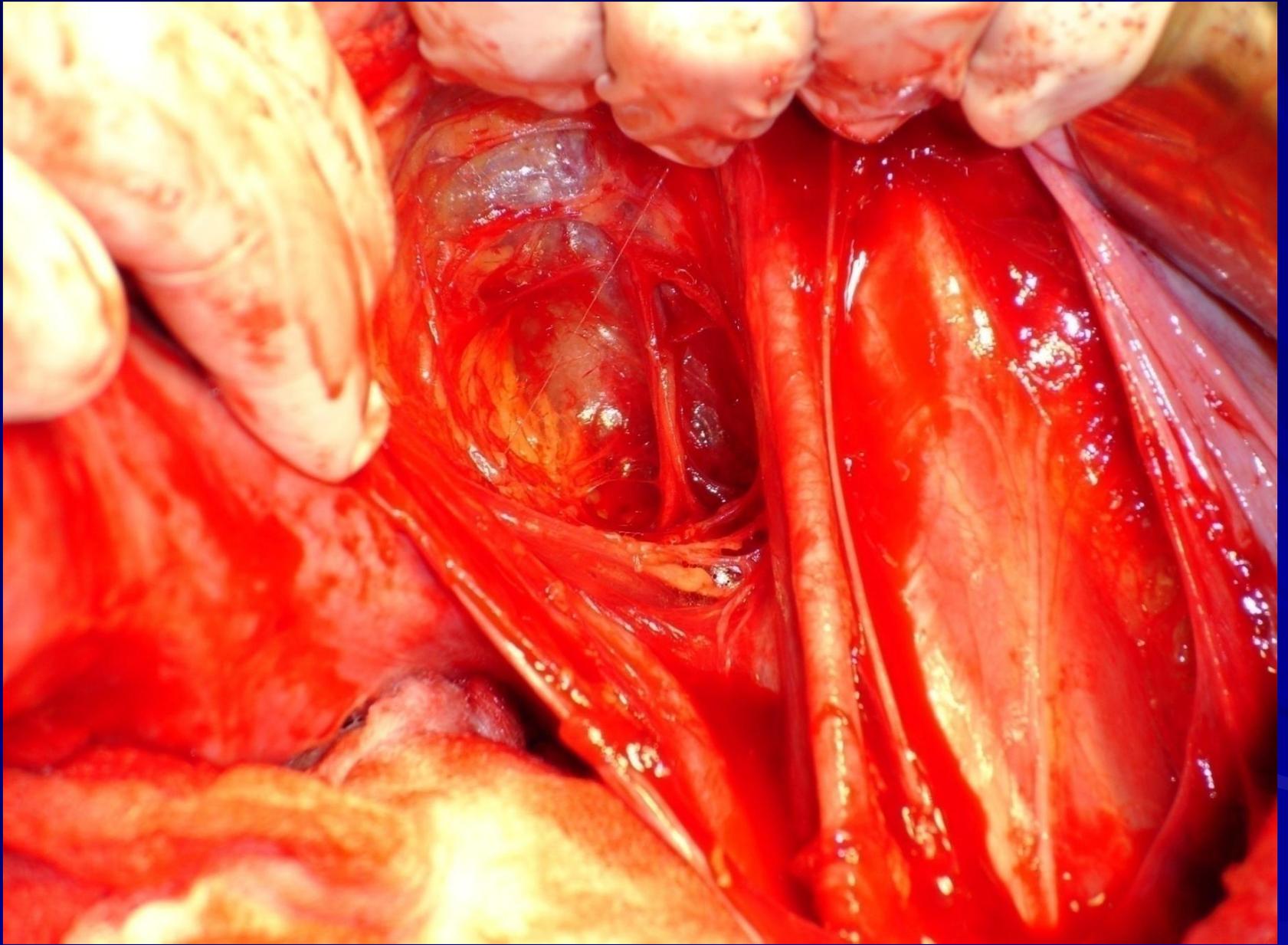








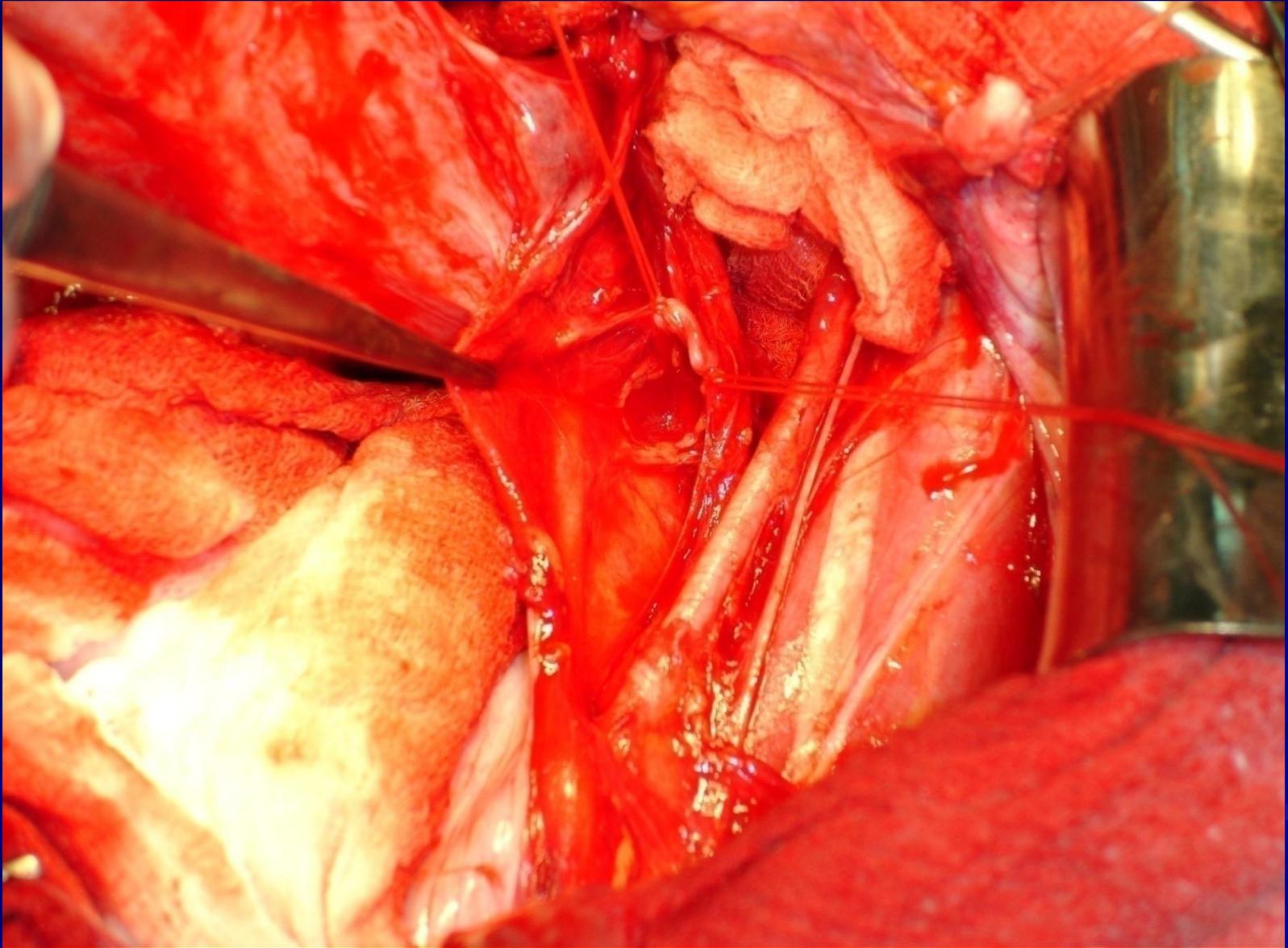


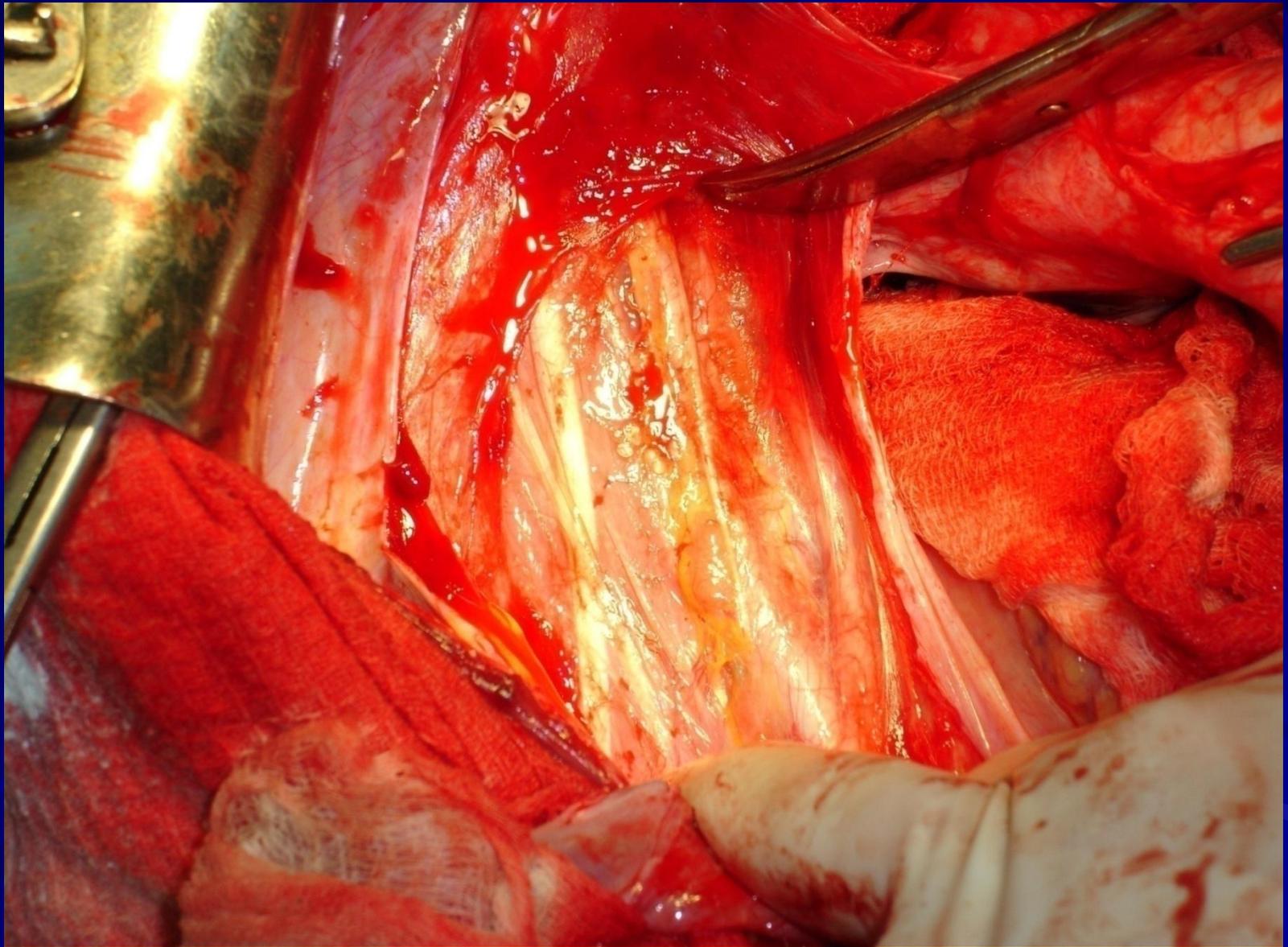


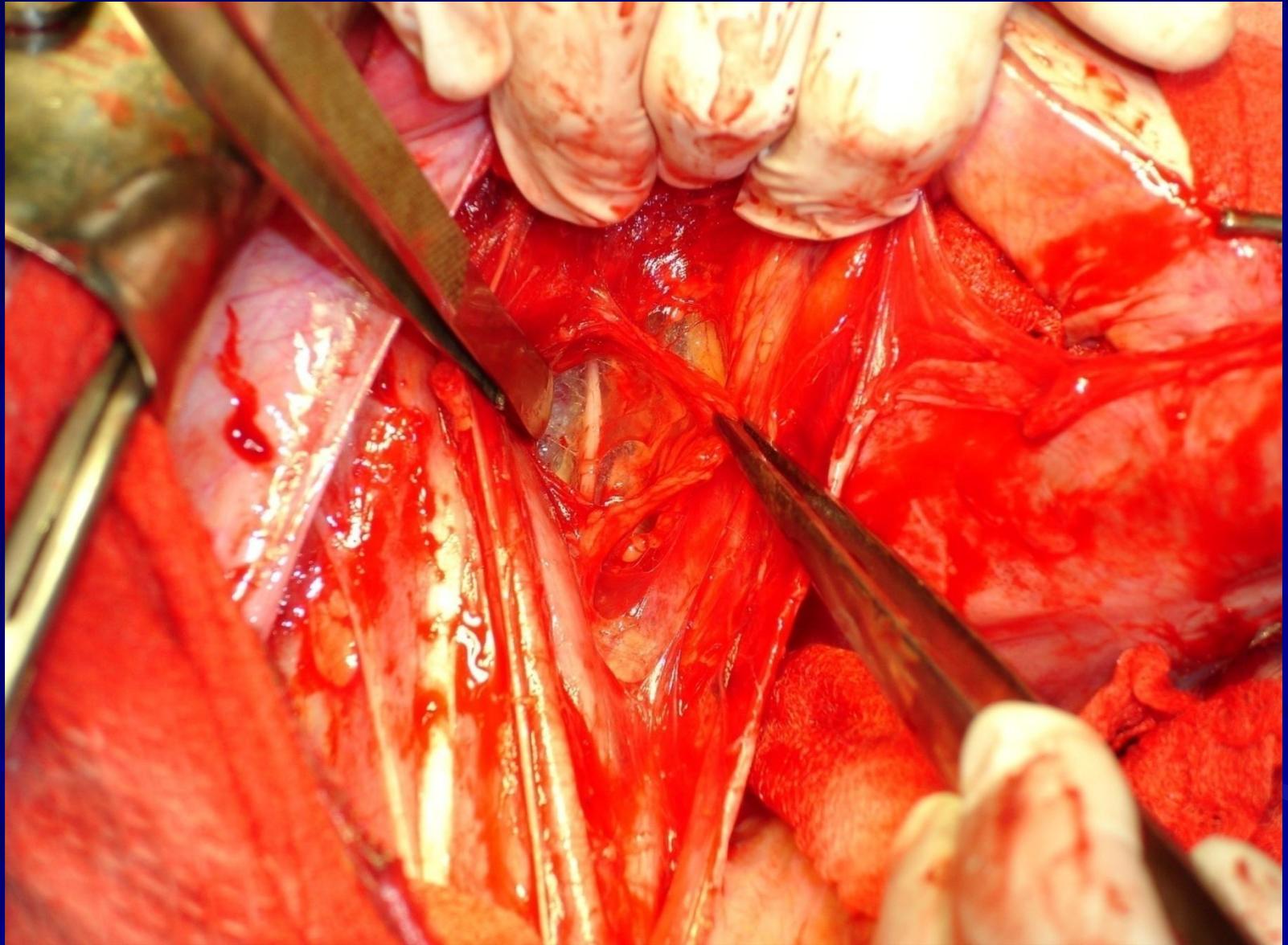
# Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов при РШМ

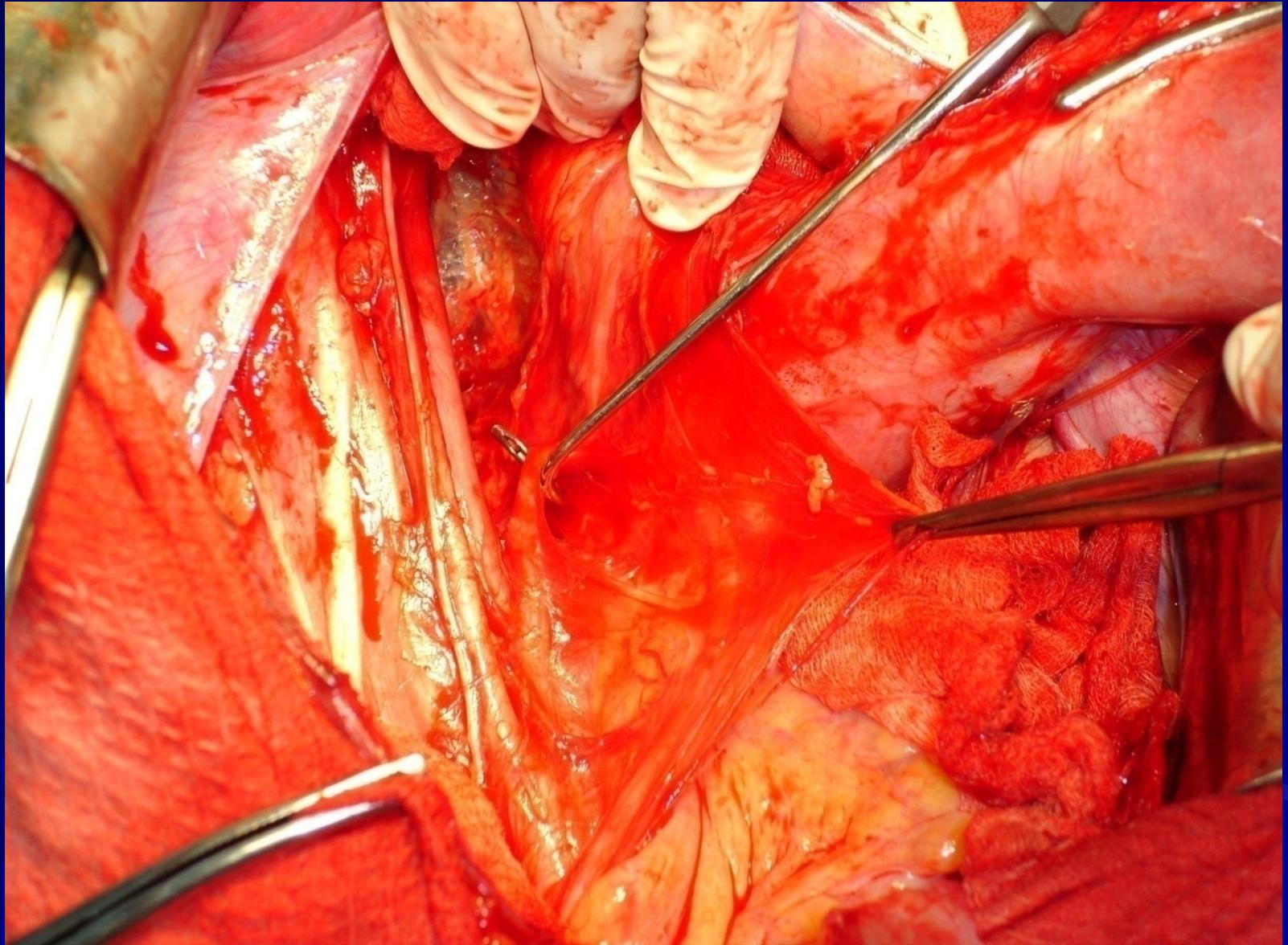


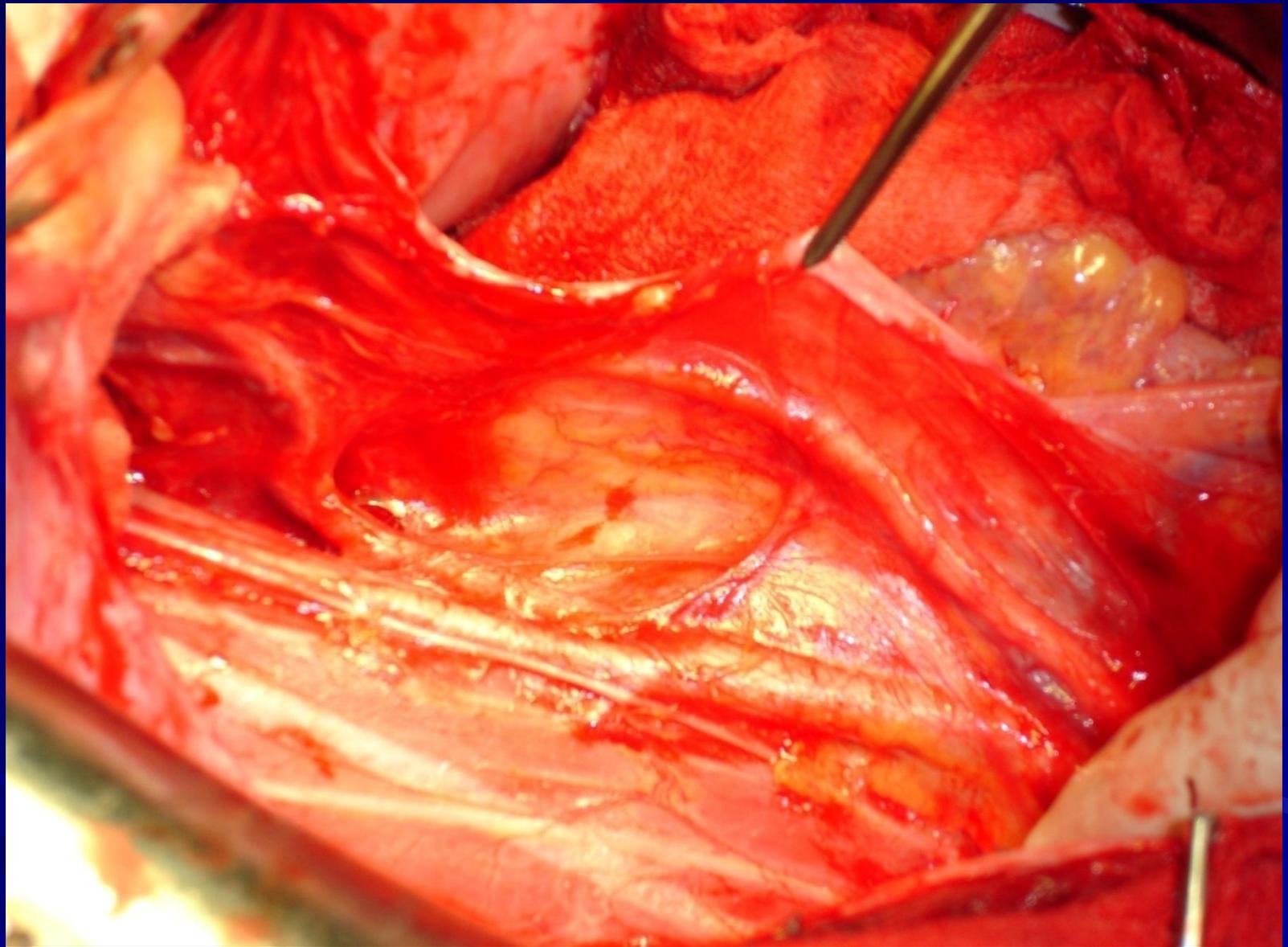
- I стадия – 18-20%
- II стадия – 20-30%
- III стадия – 40-50%

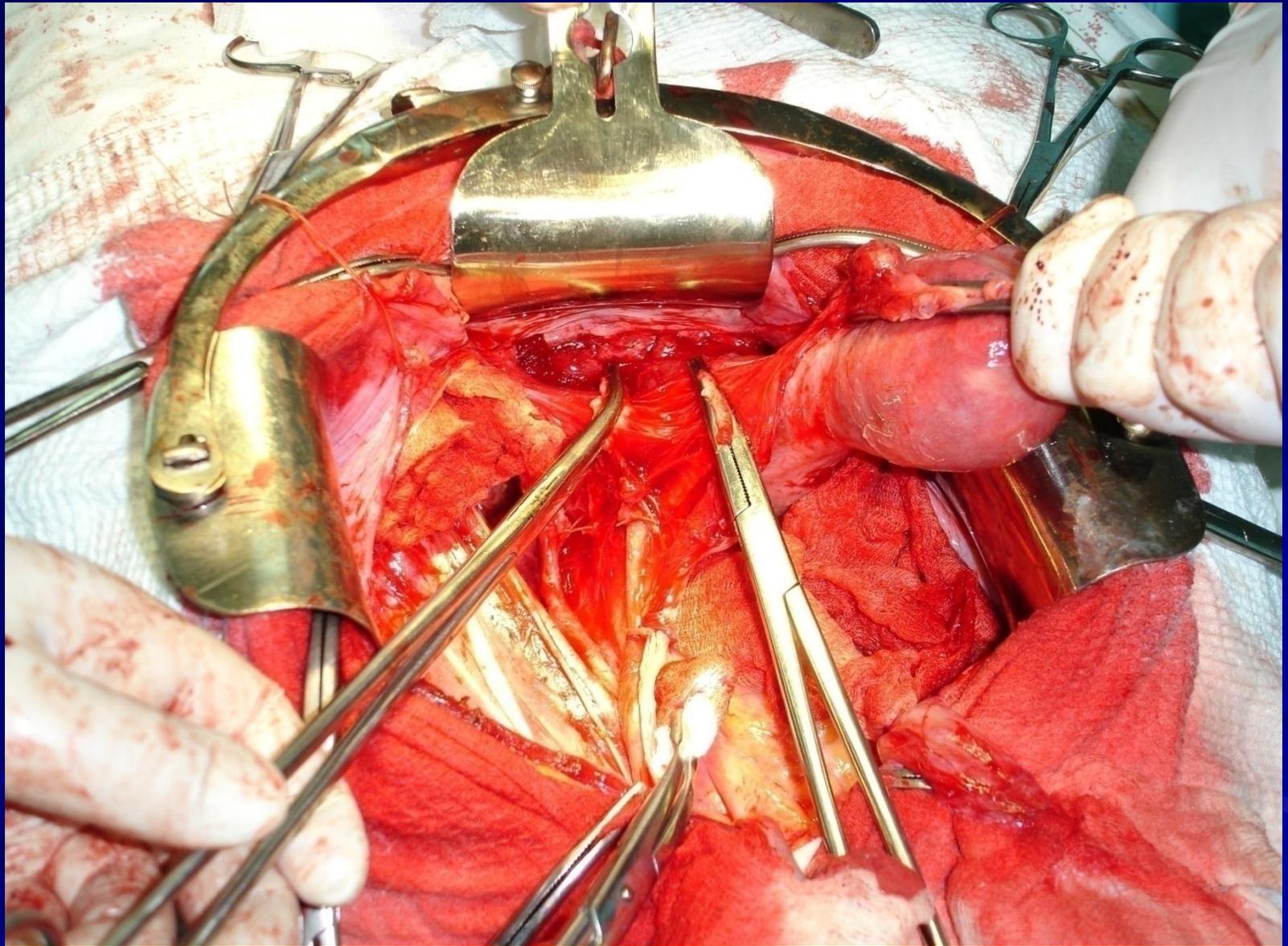


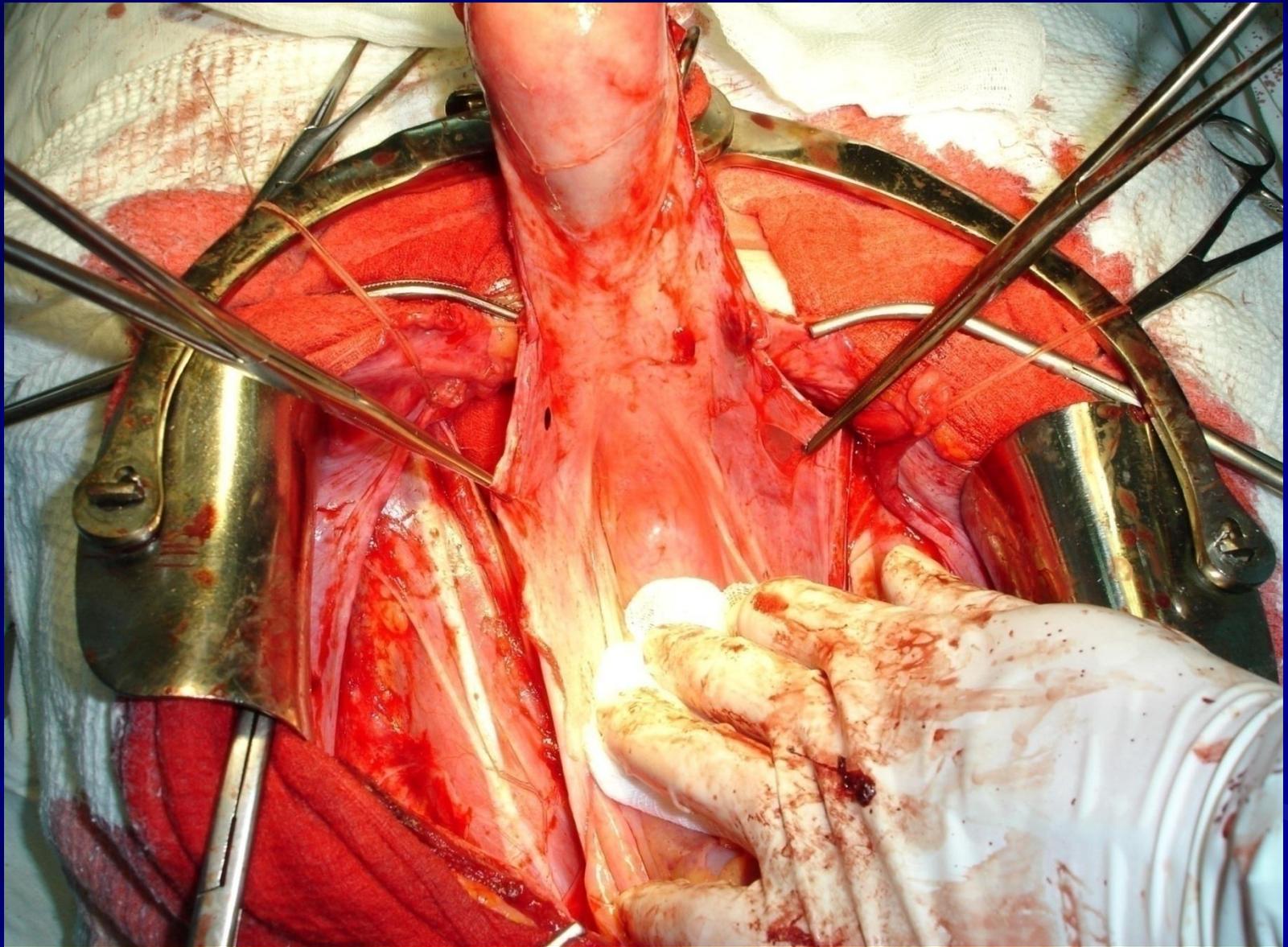


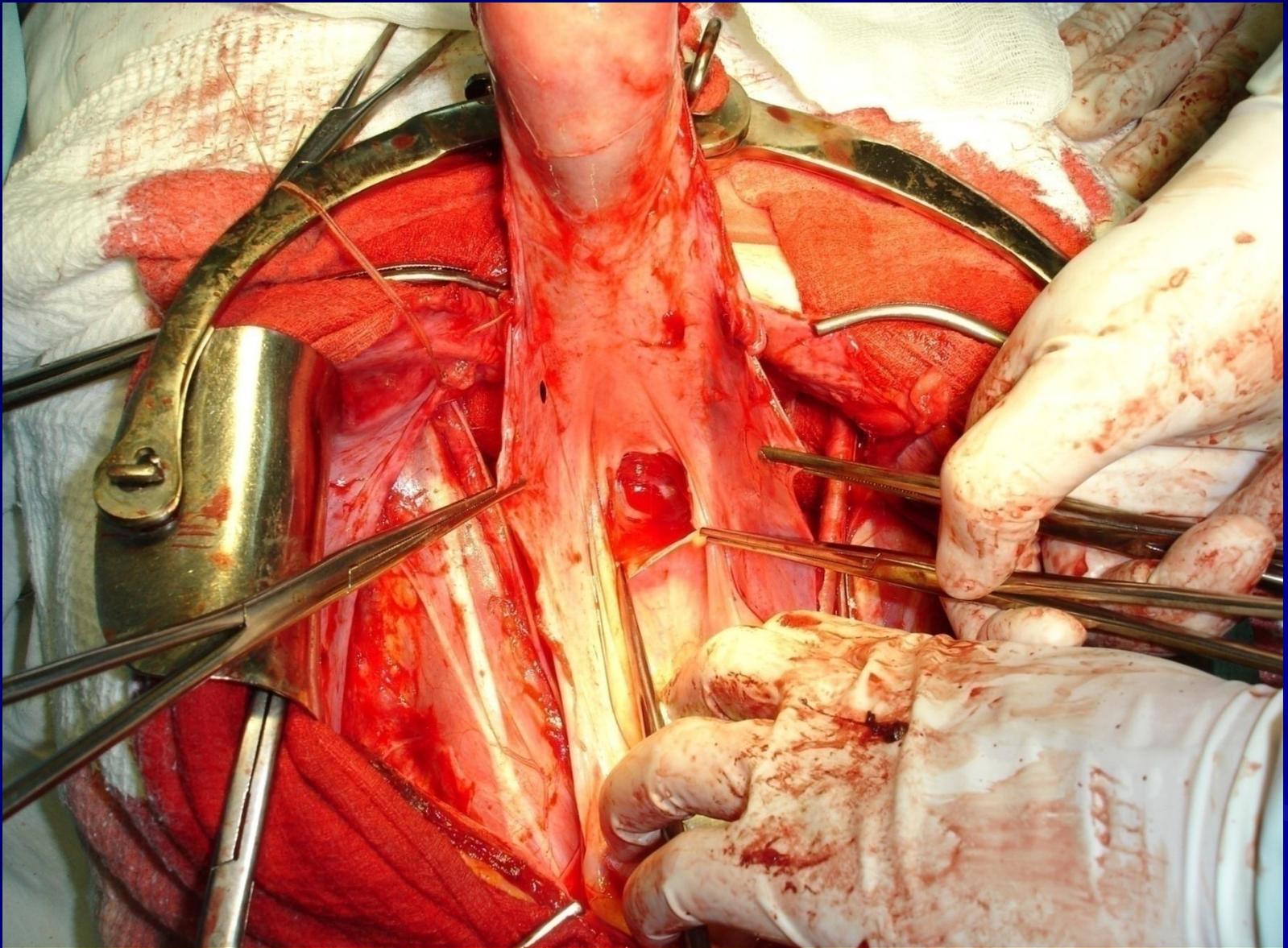


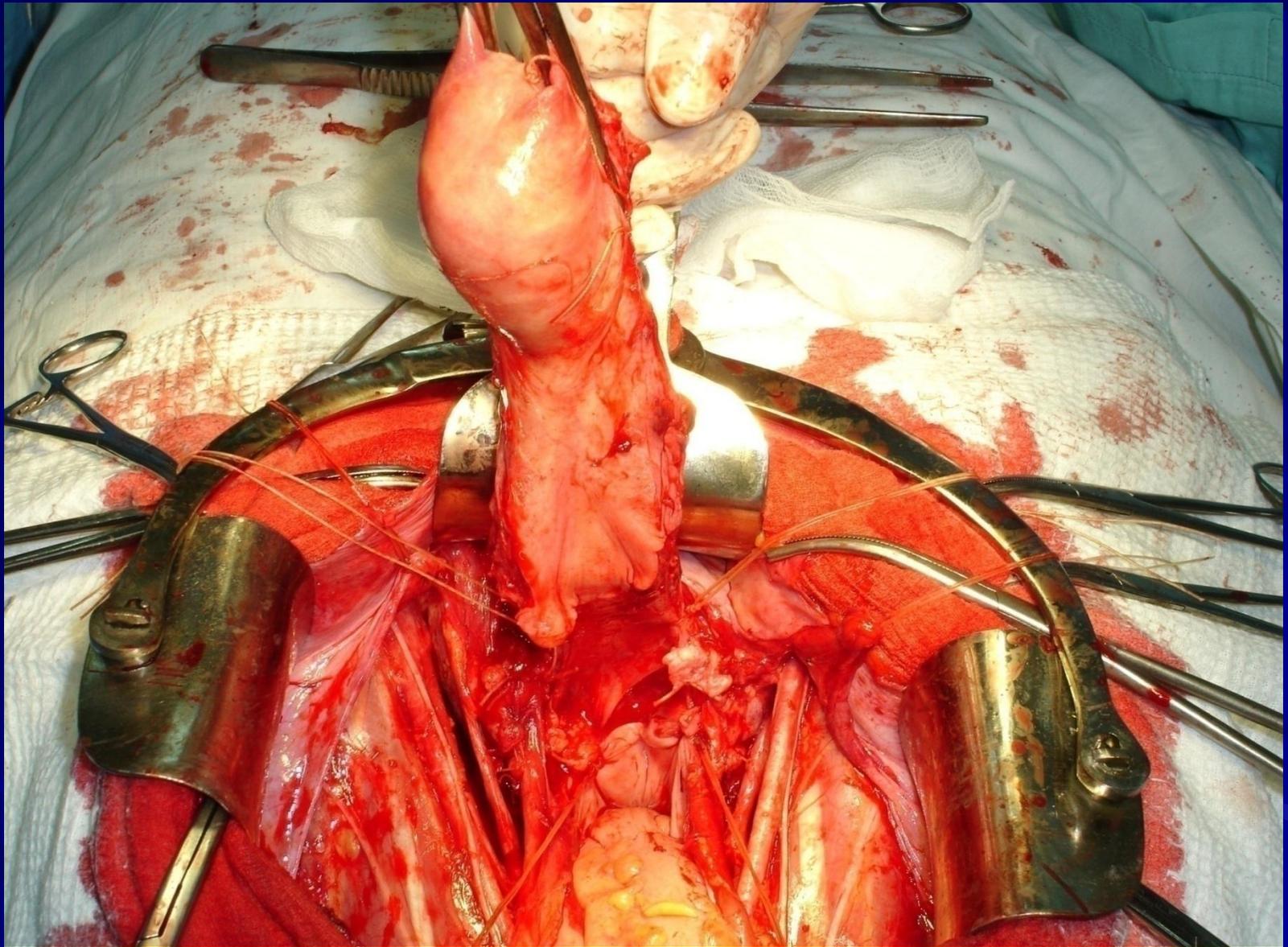


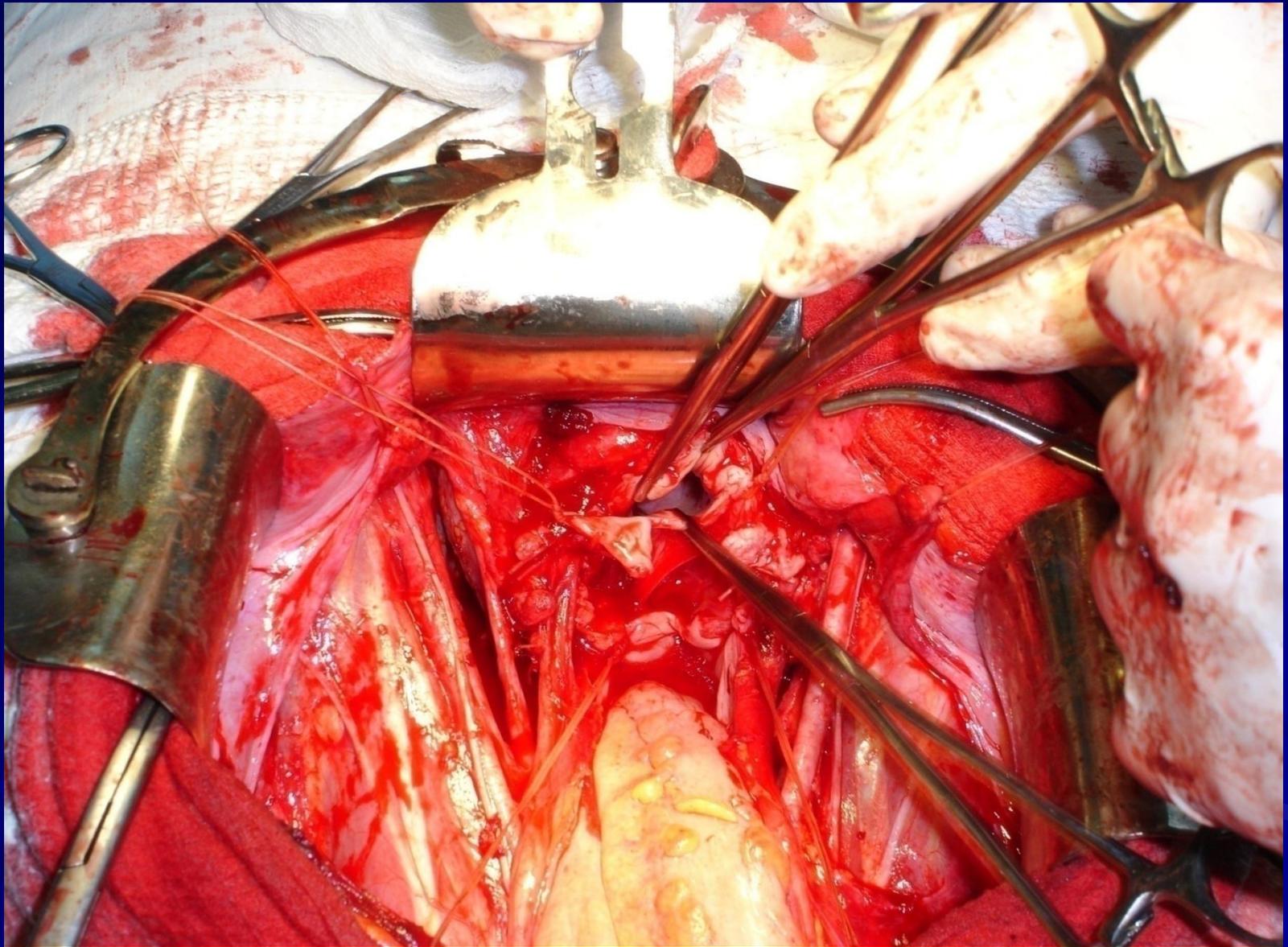


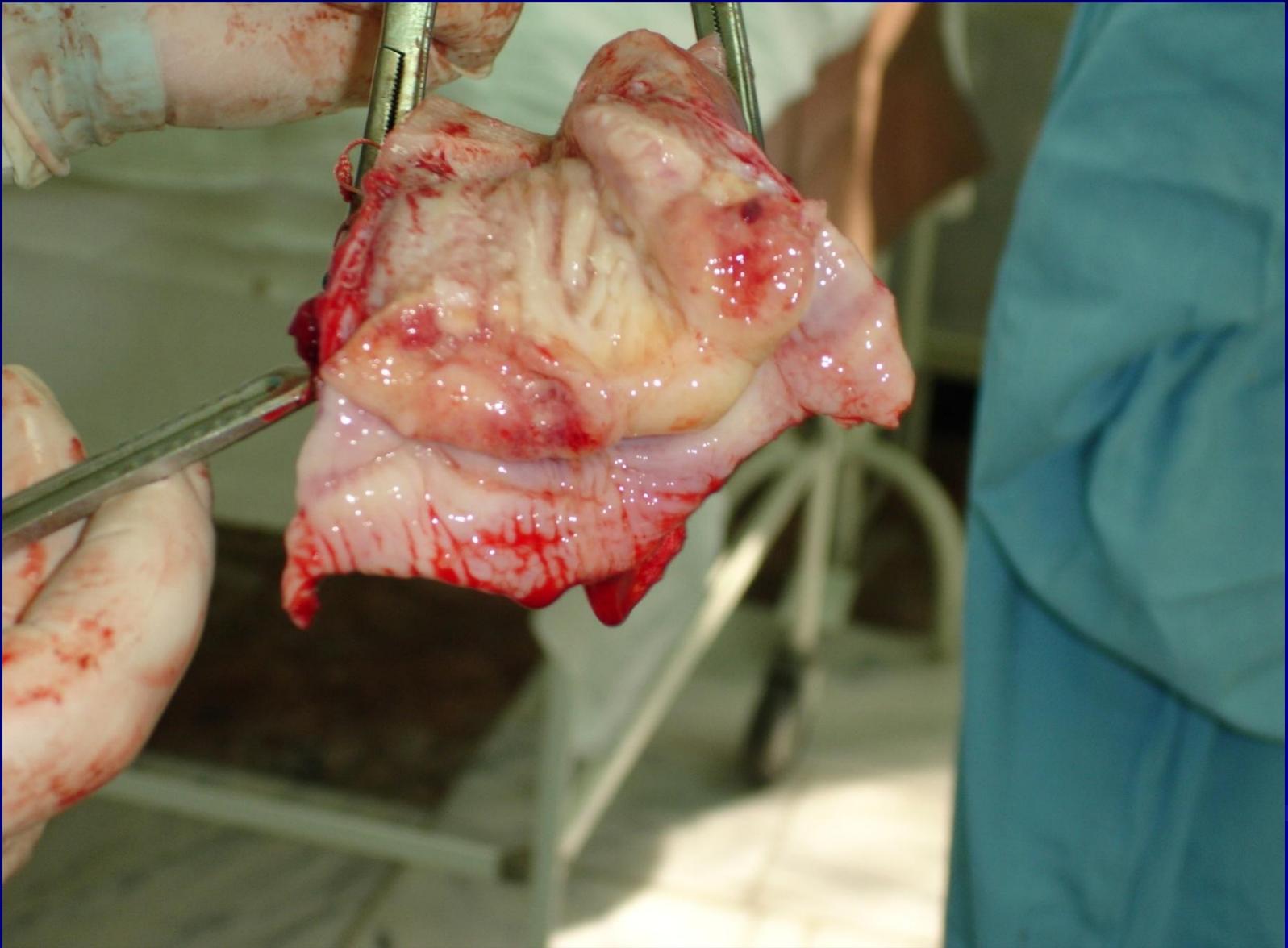




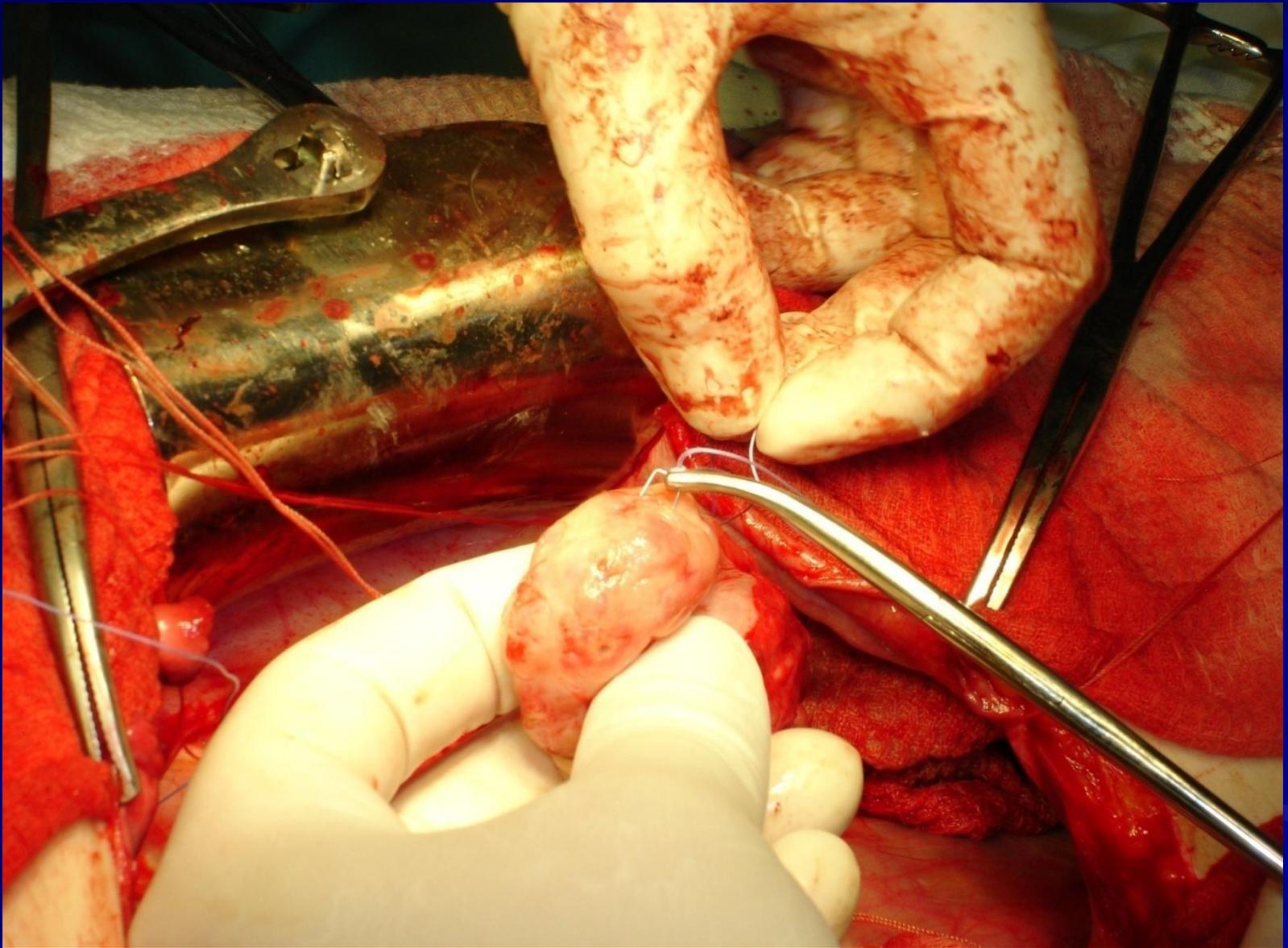


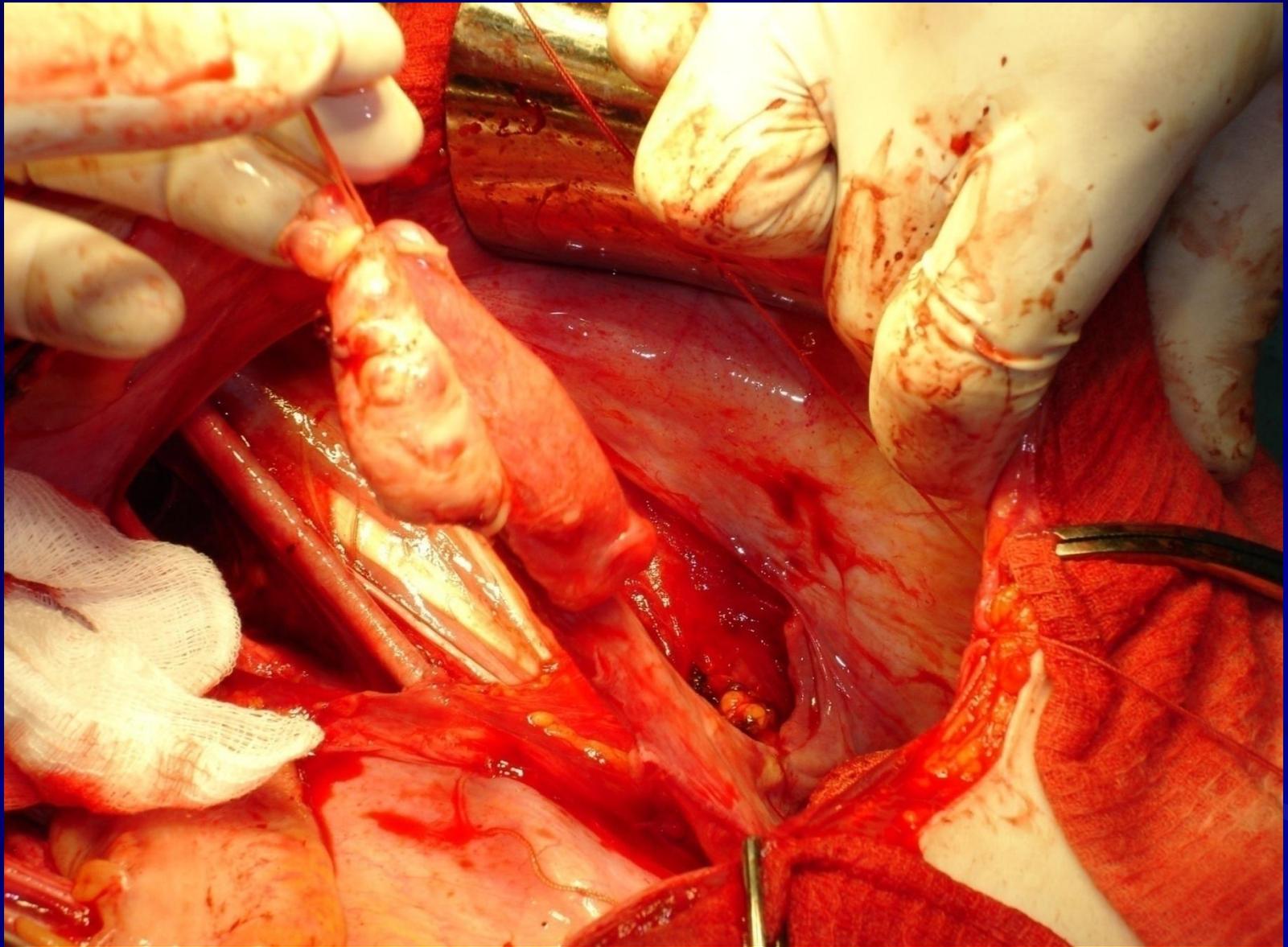


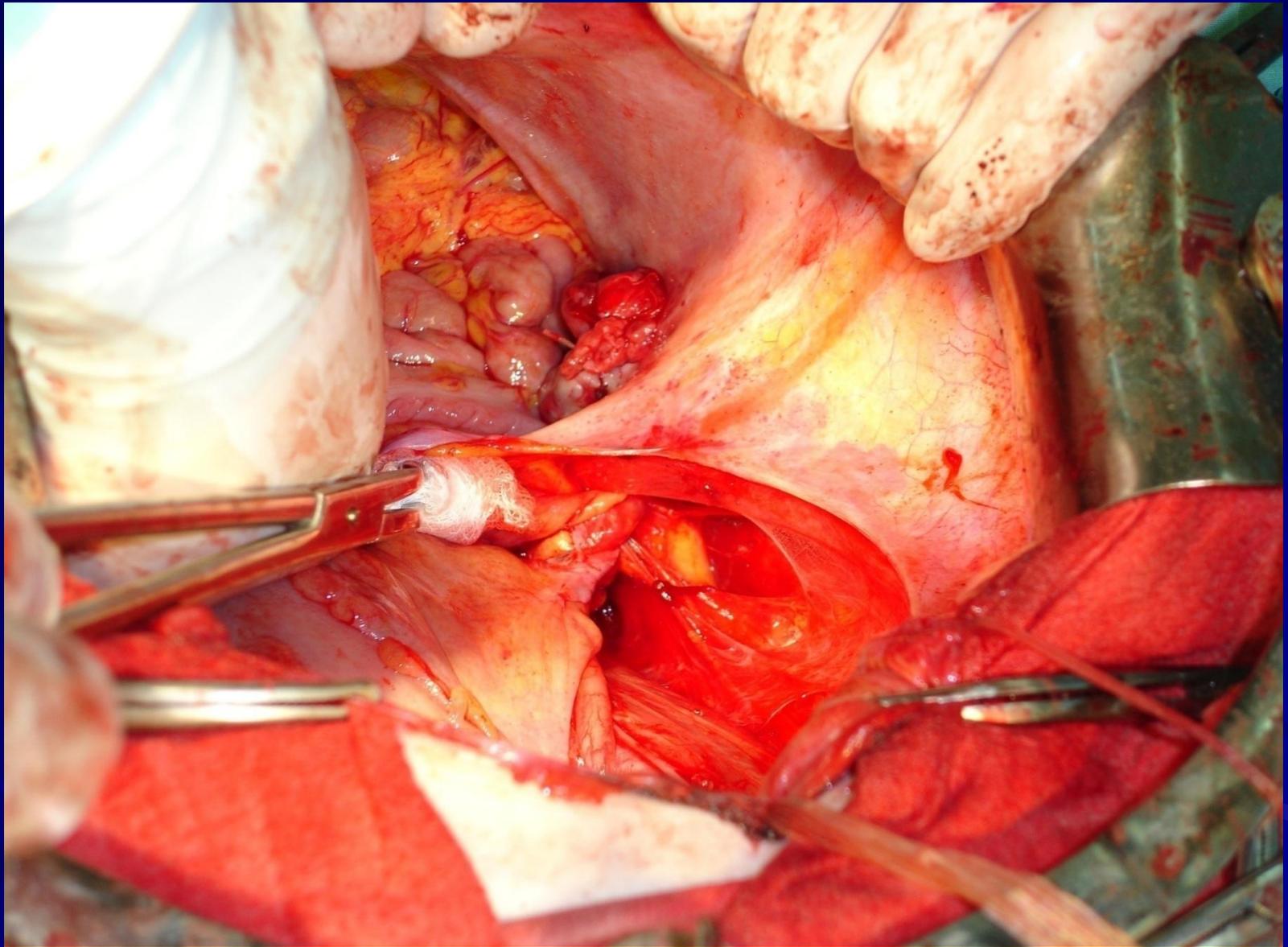


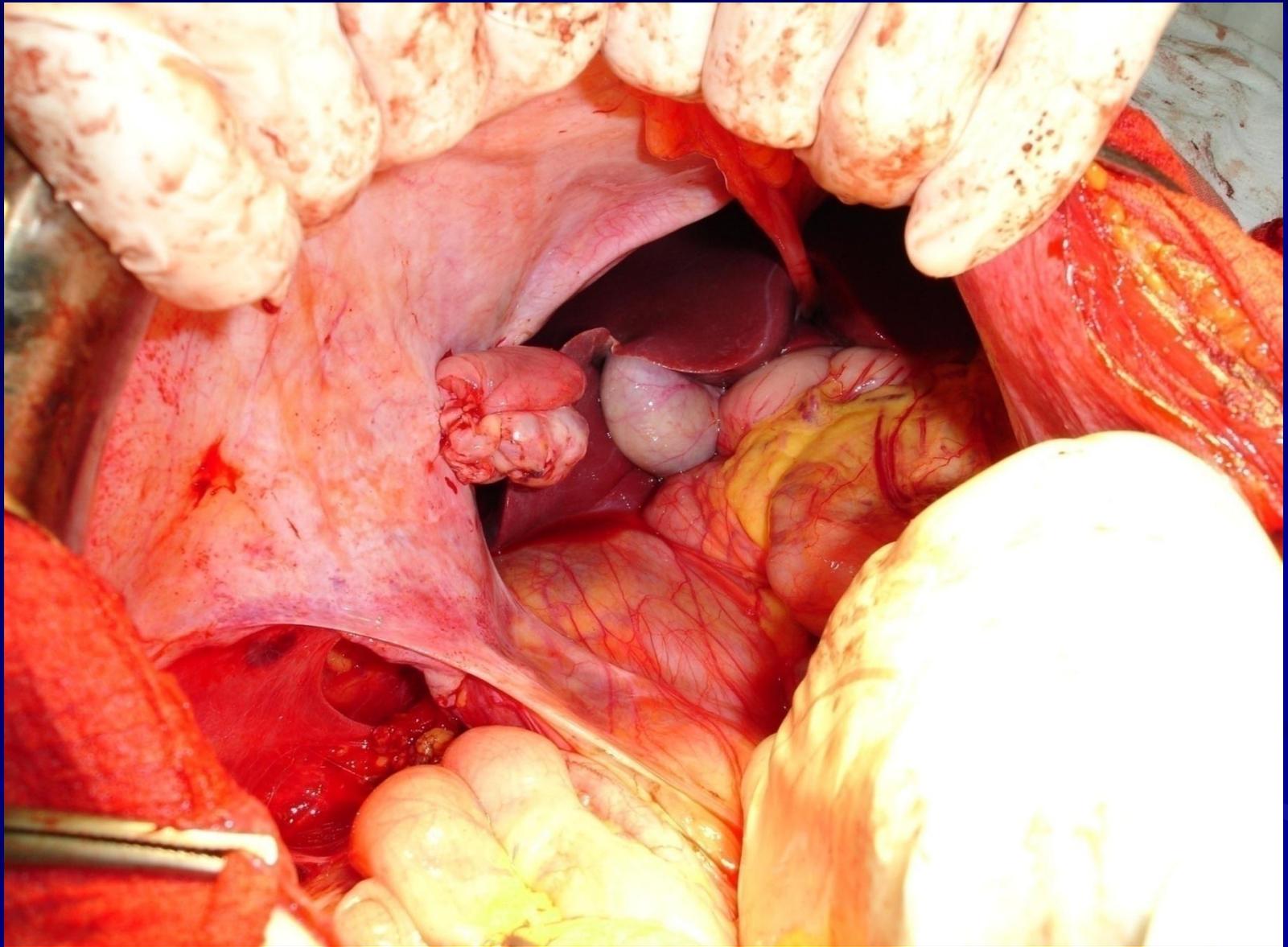


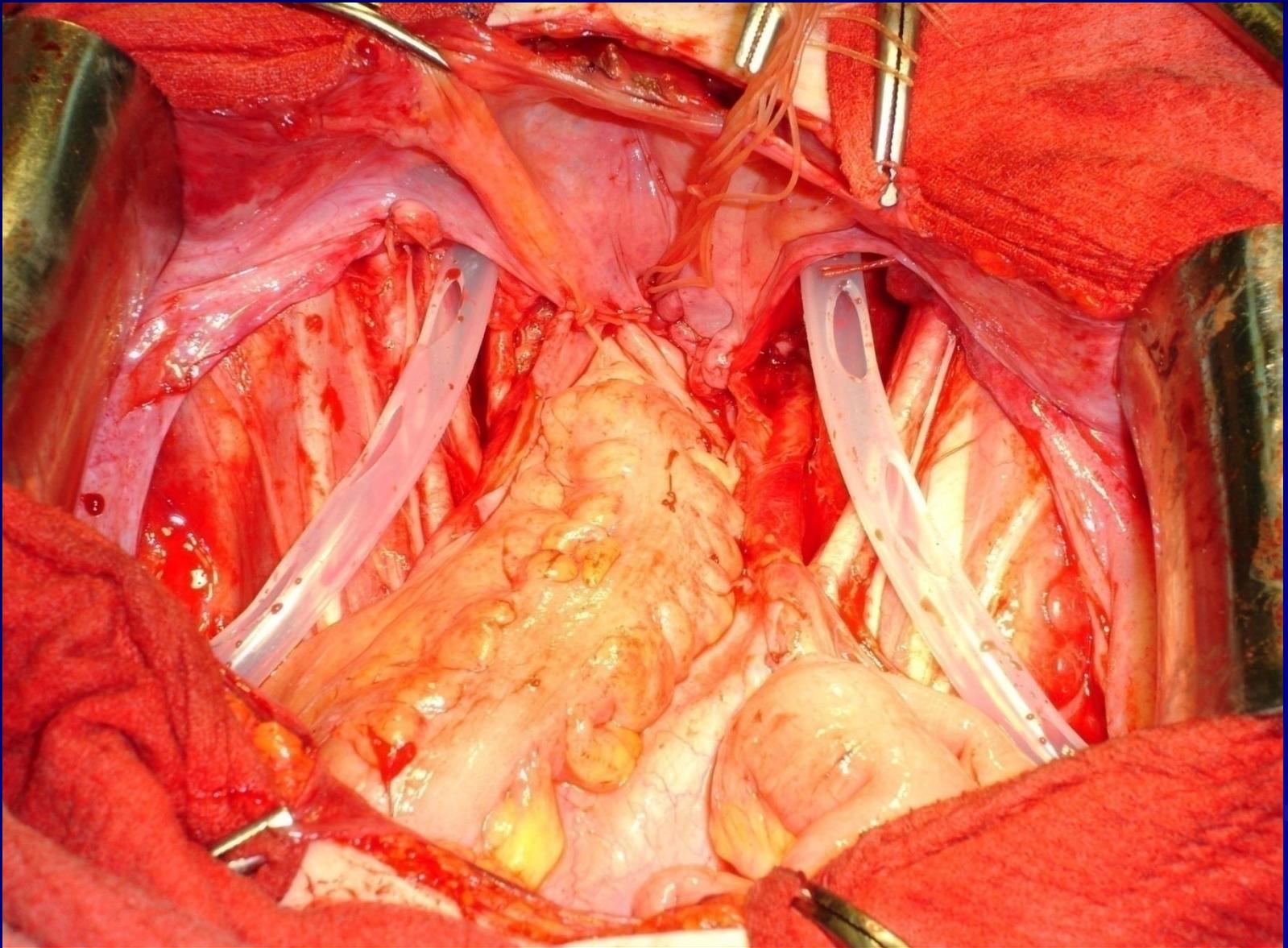


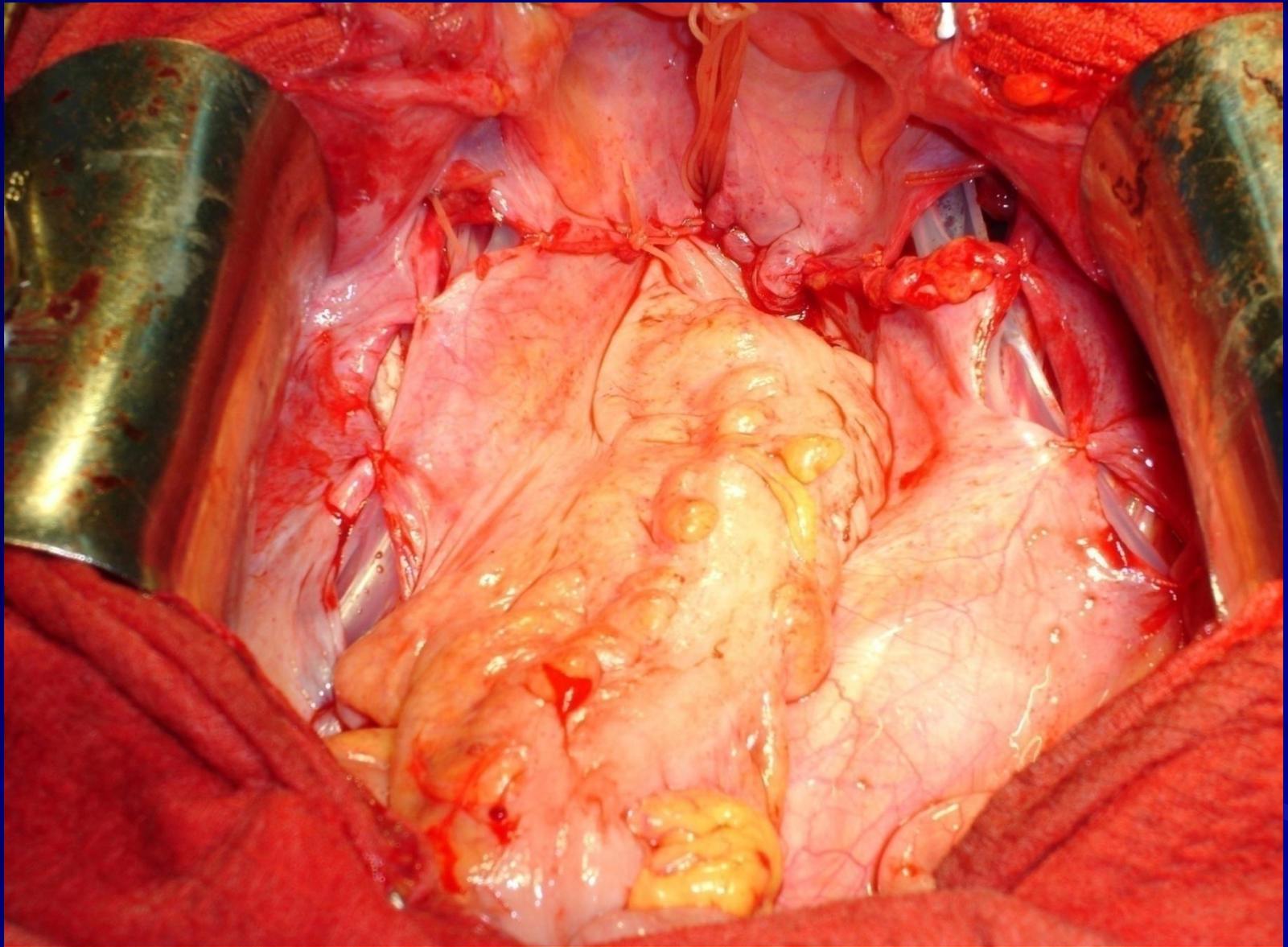


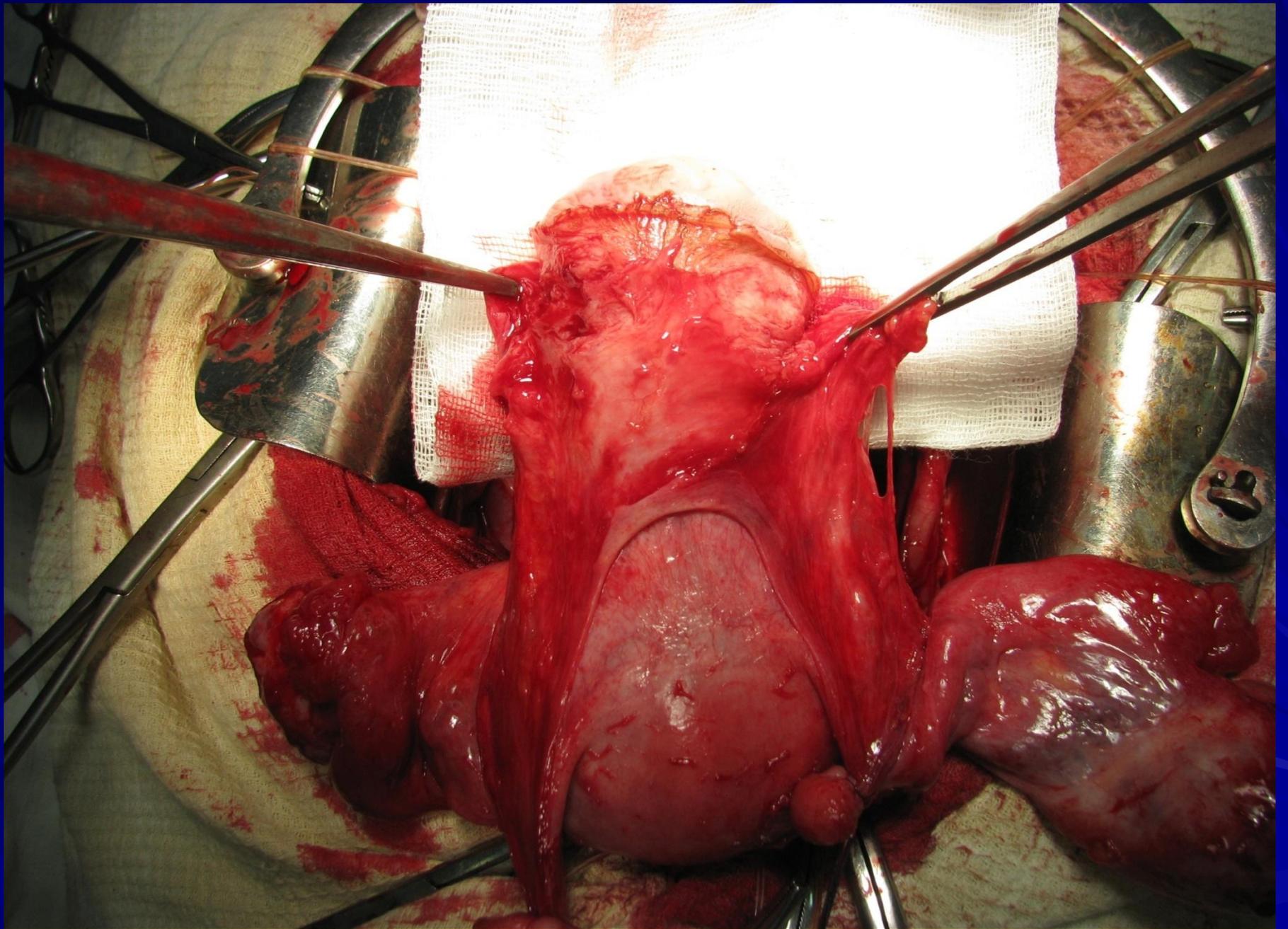


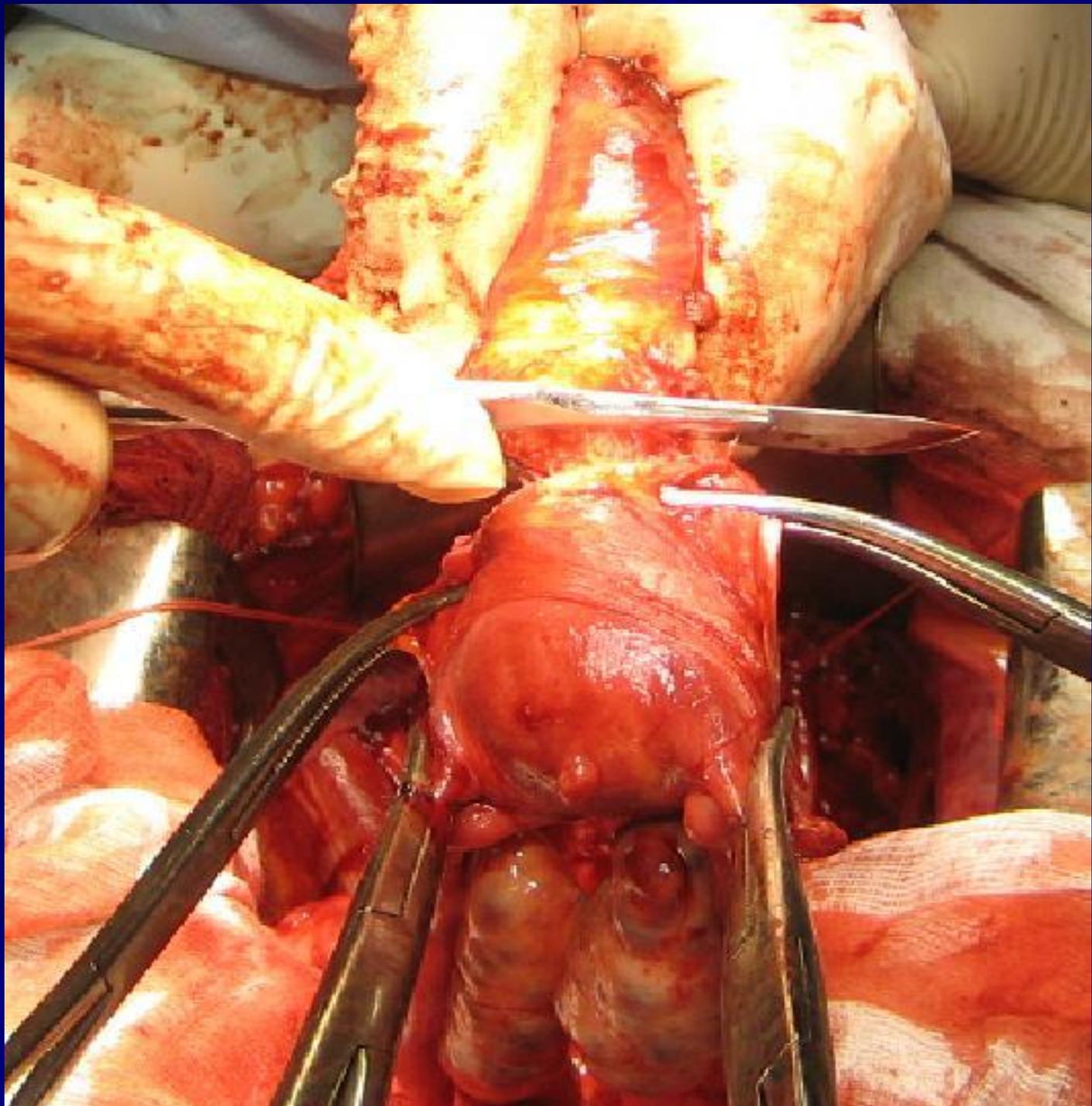




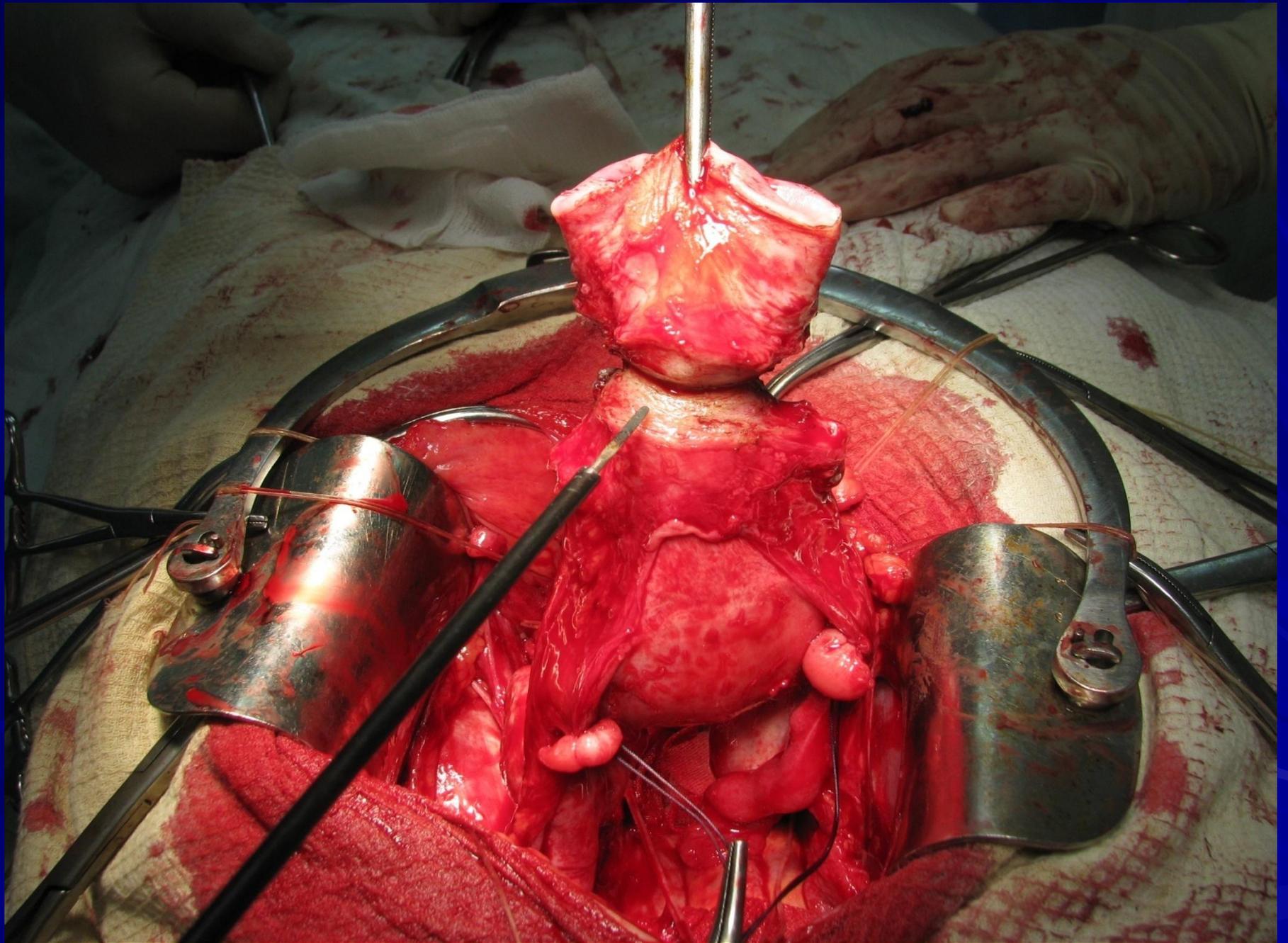


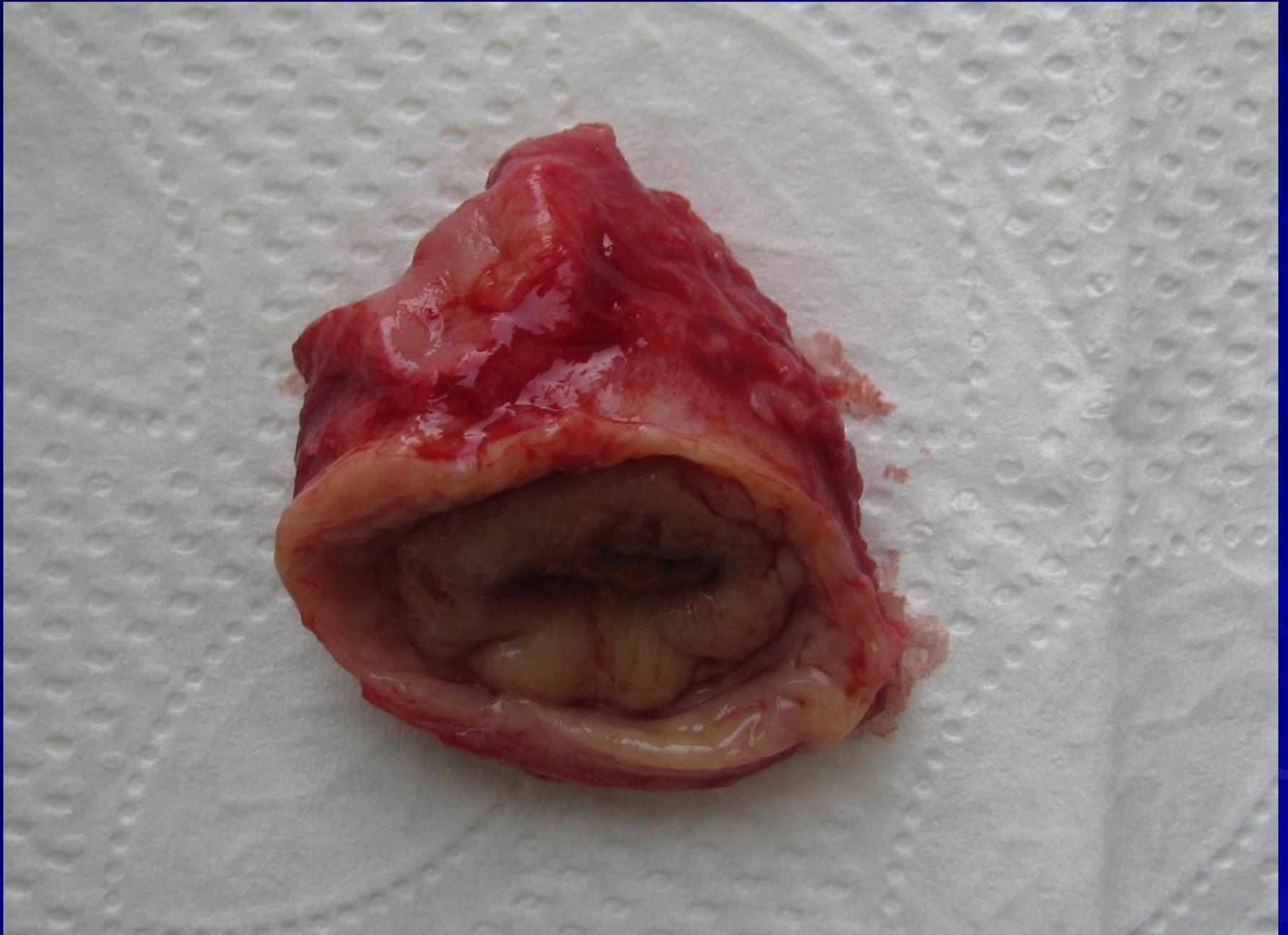




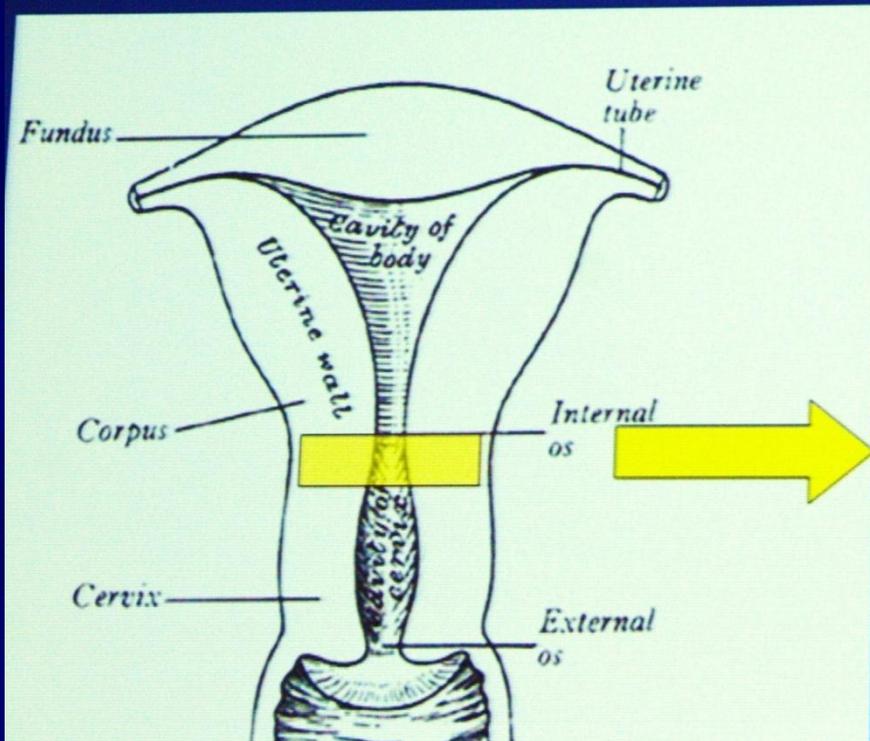






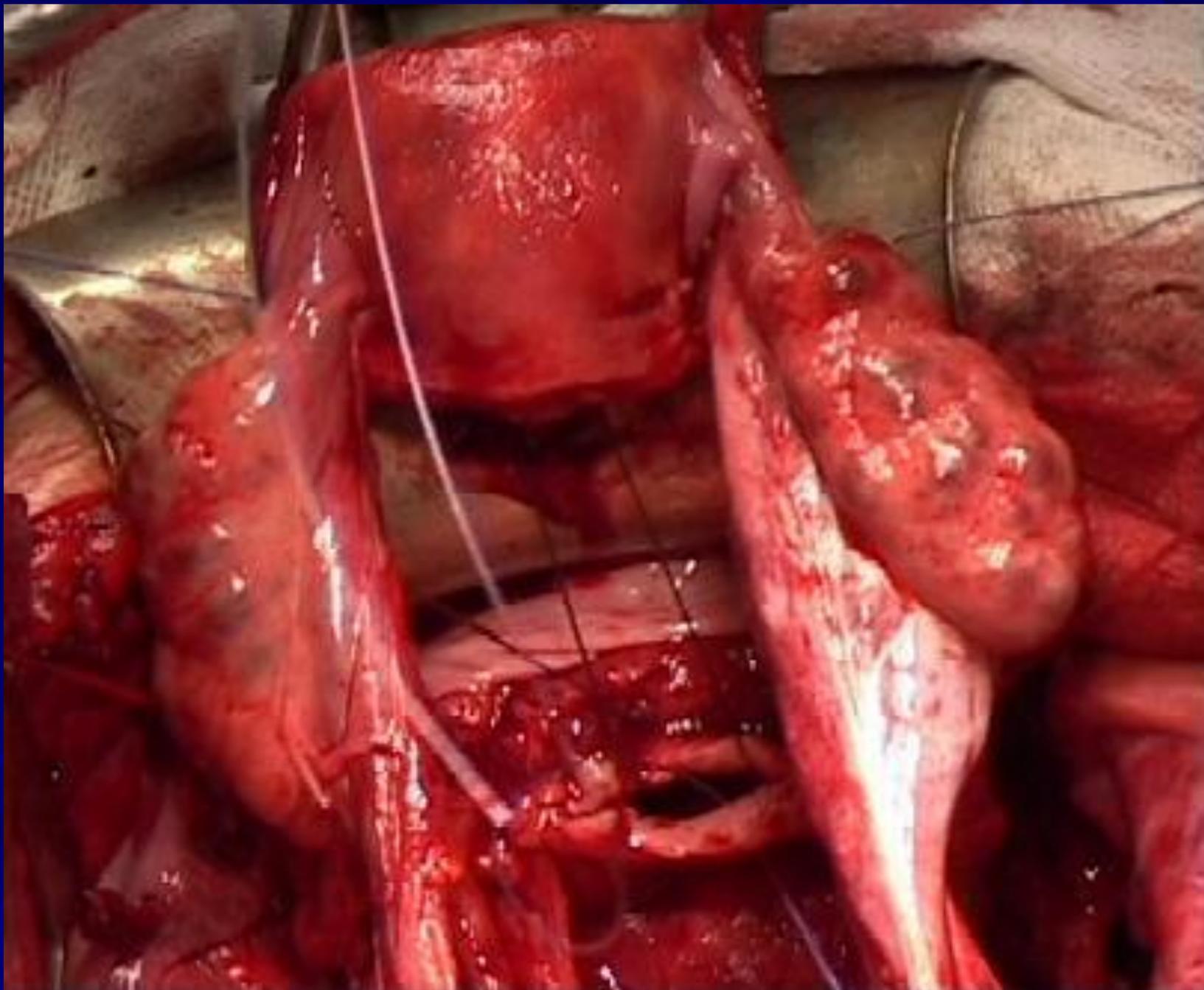


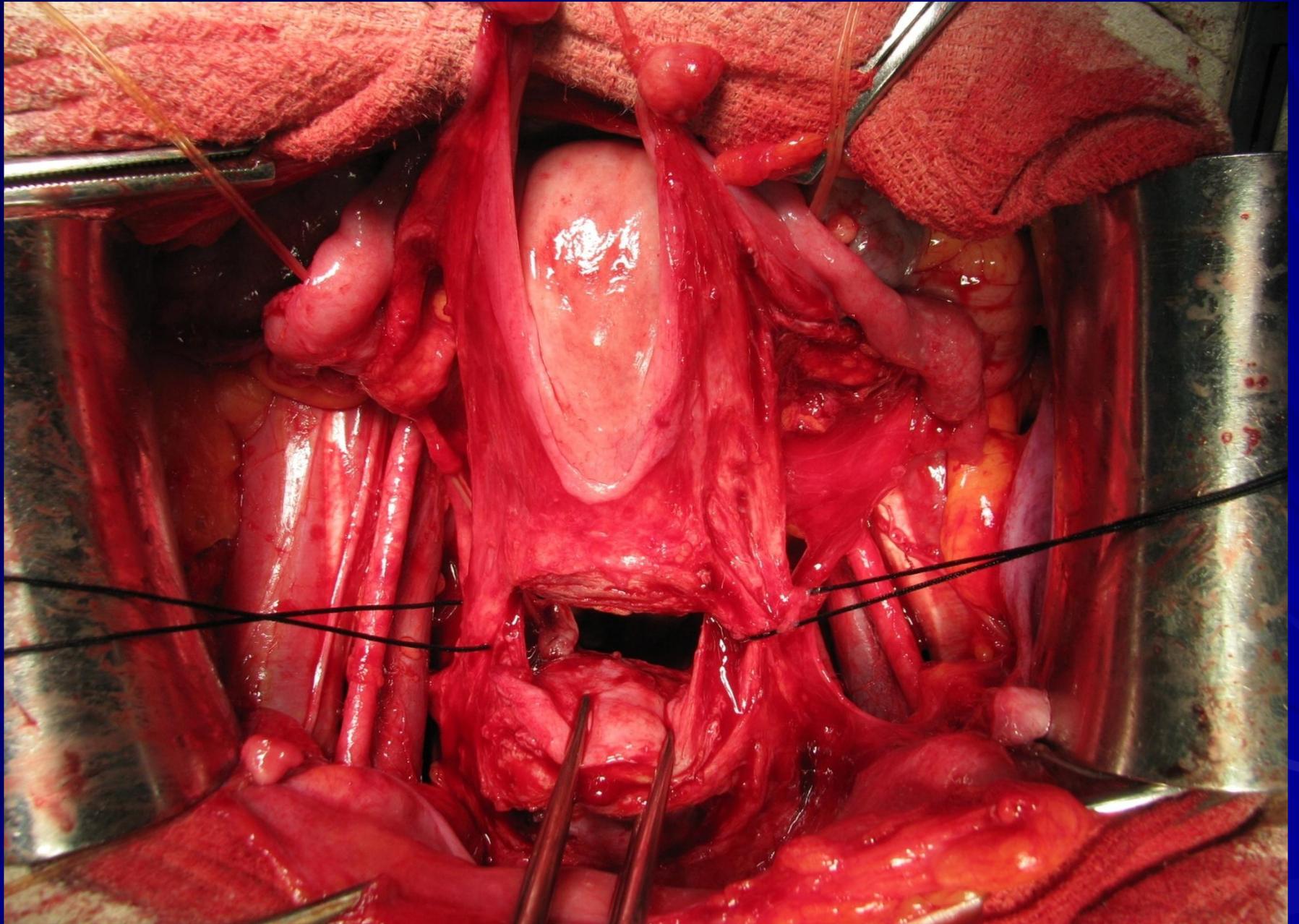
# Радикальная трахелэктомия.

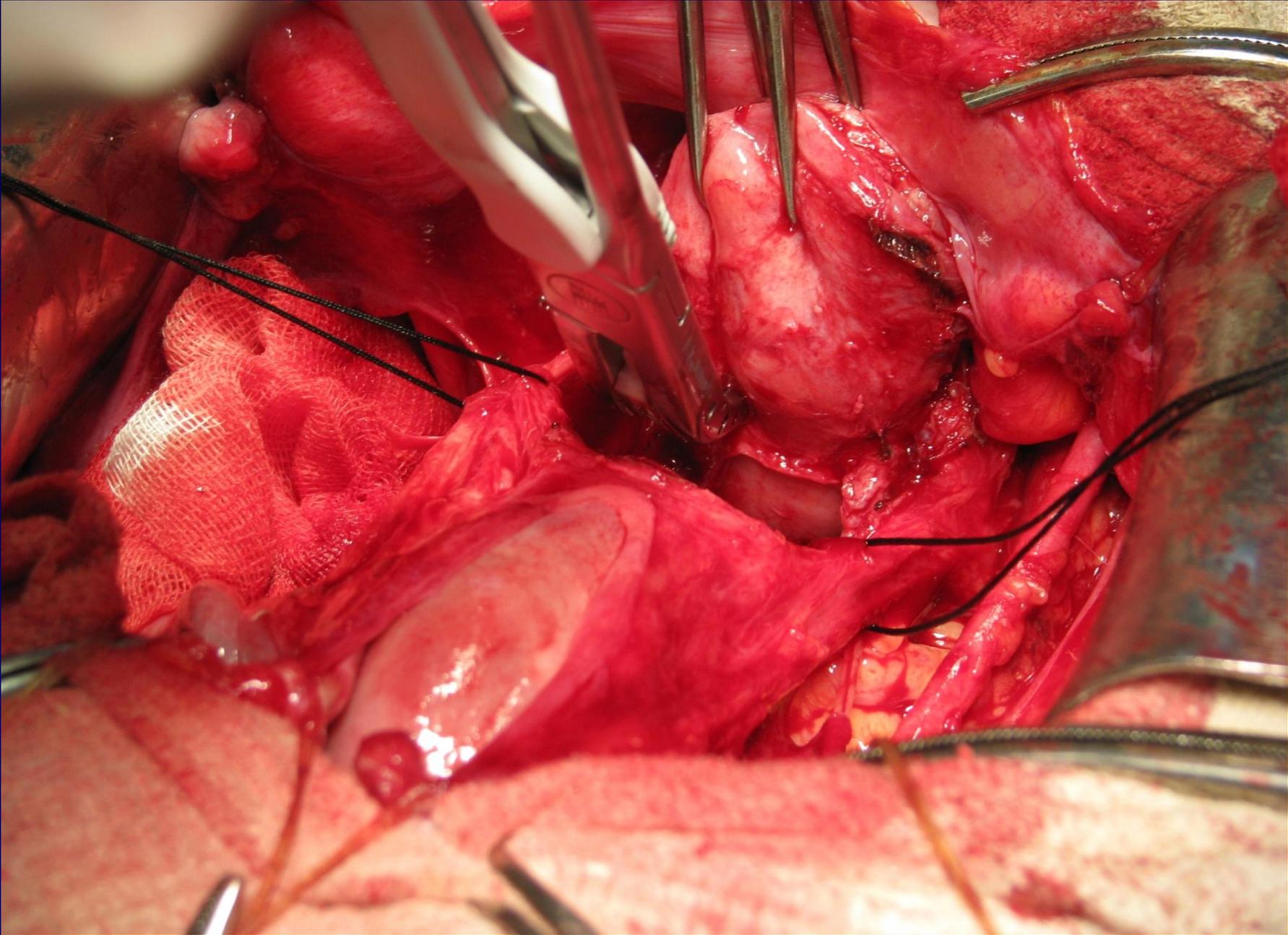


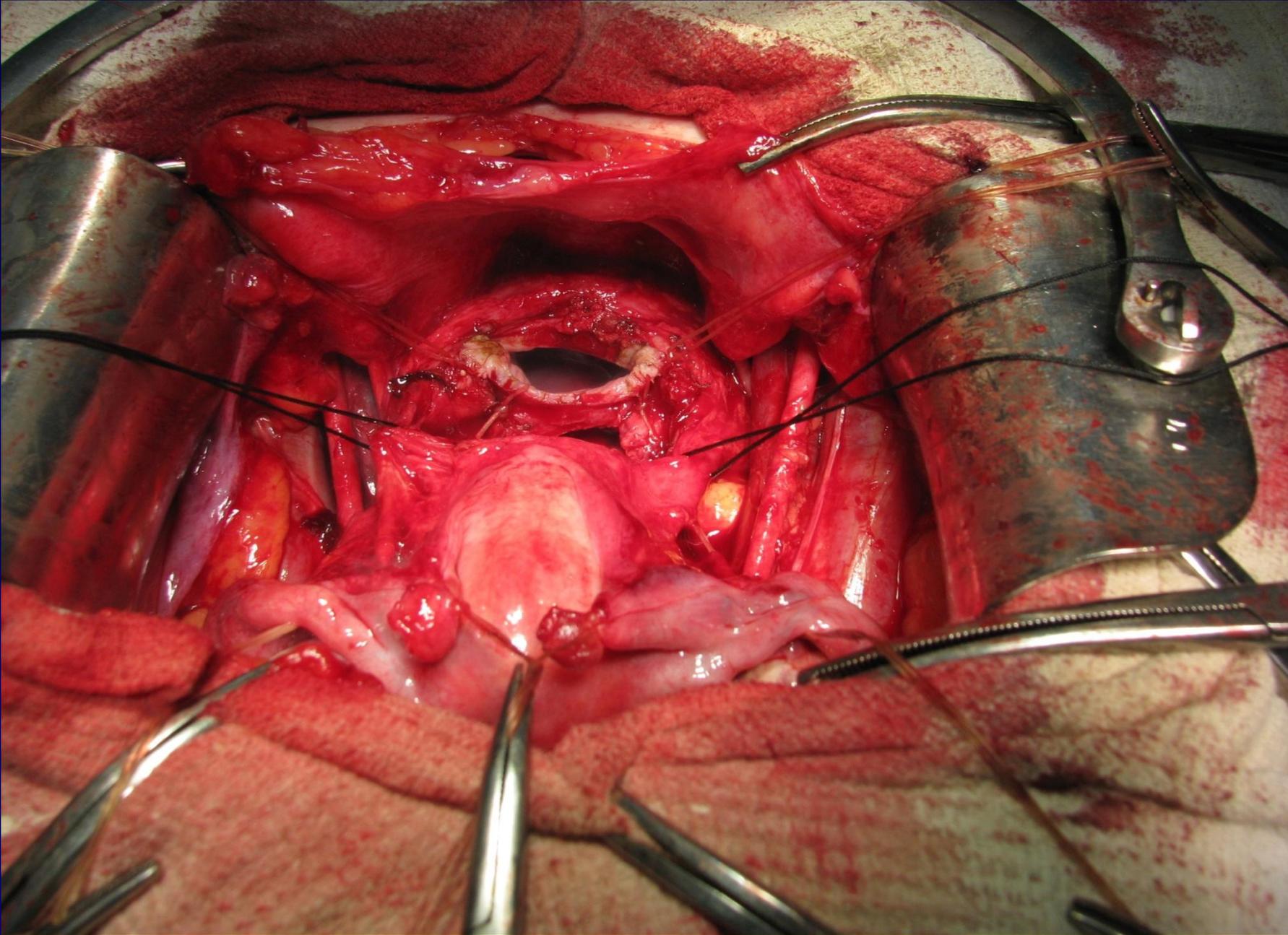
- В нижнем сегменте по краю резекции необходимо выполнить срочное гистологическое исследование.

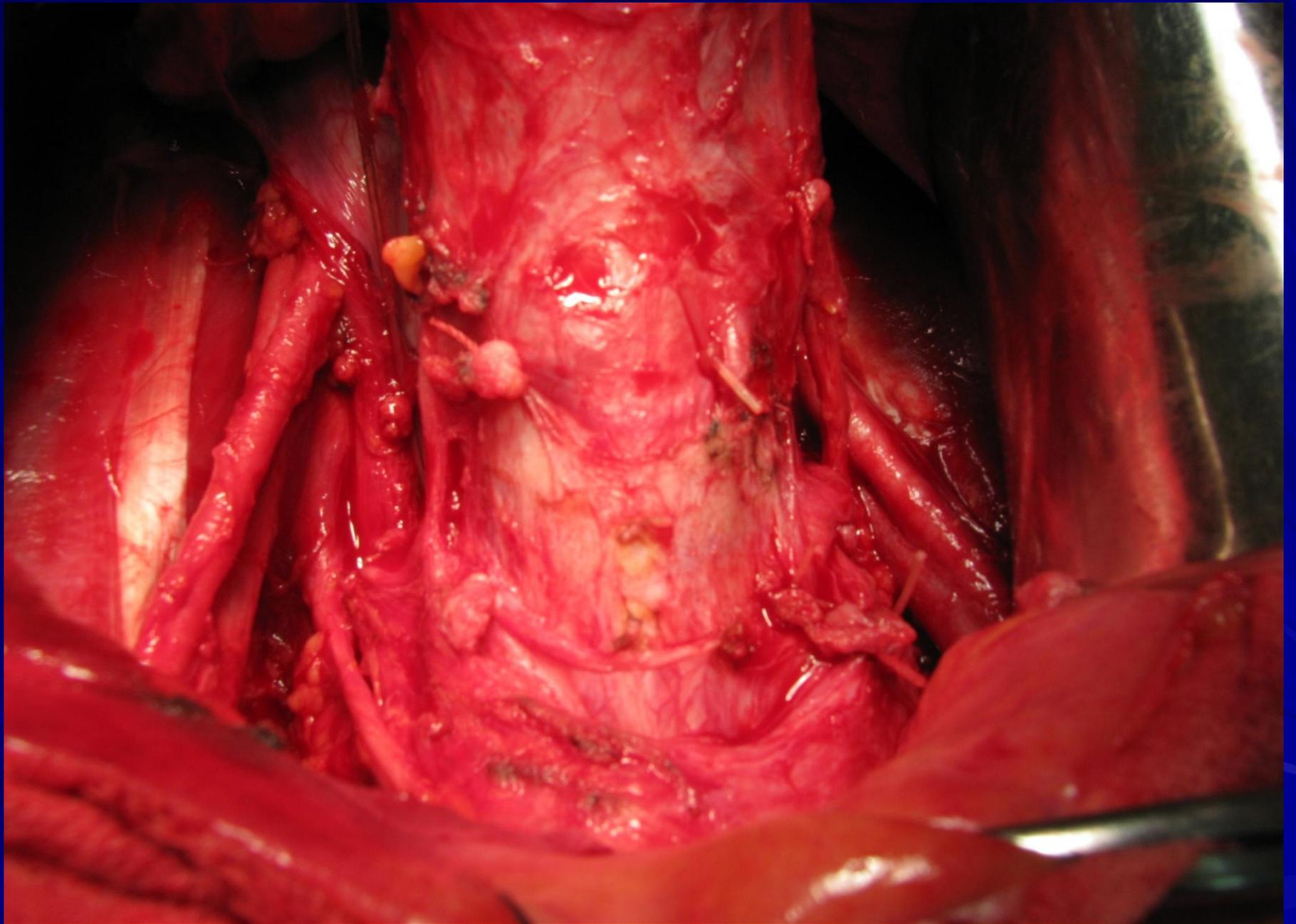
- Часто воспалительная инфильтрация и метаплазия затрудняют морфолога.

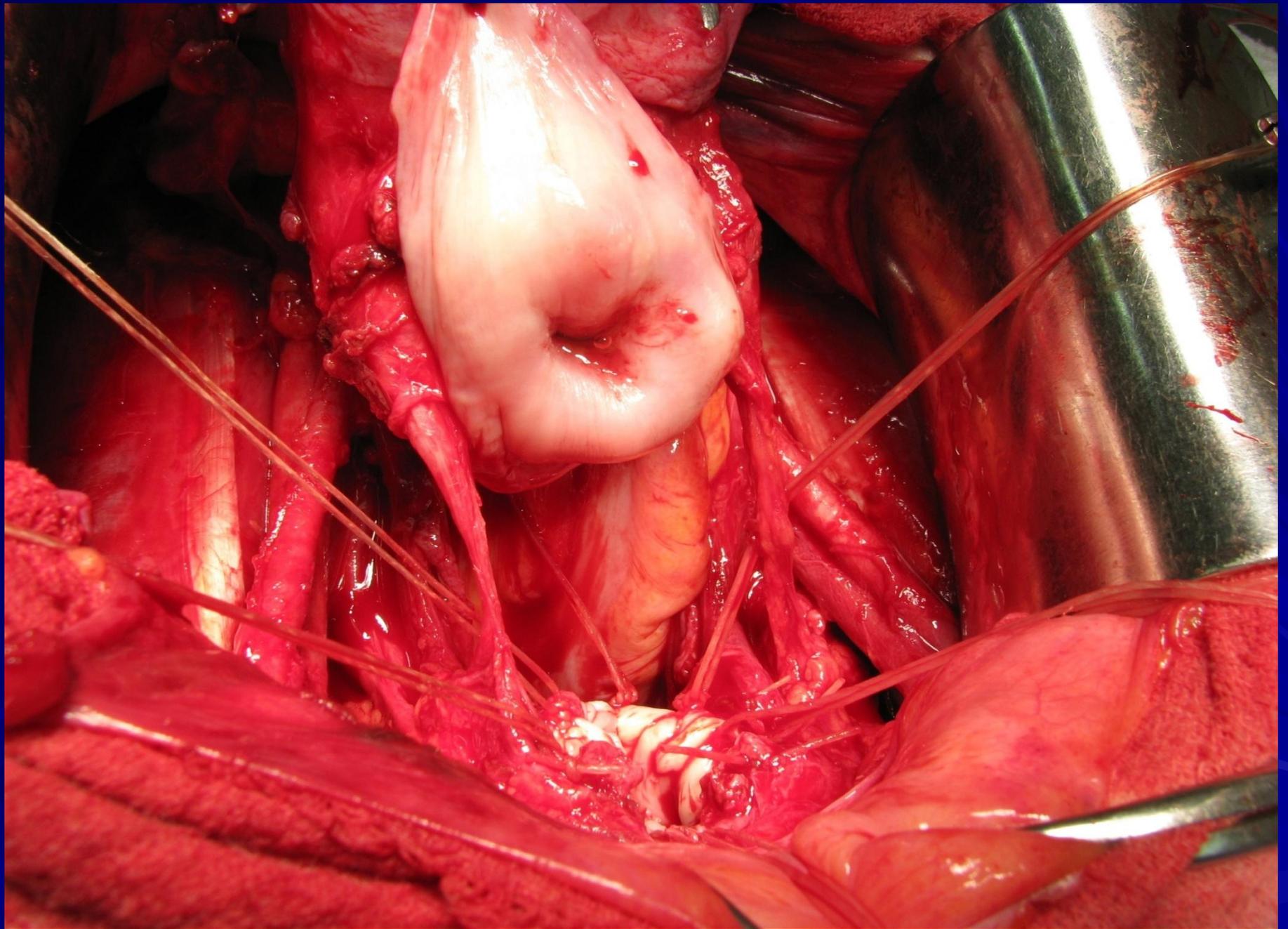


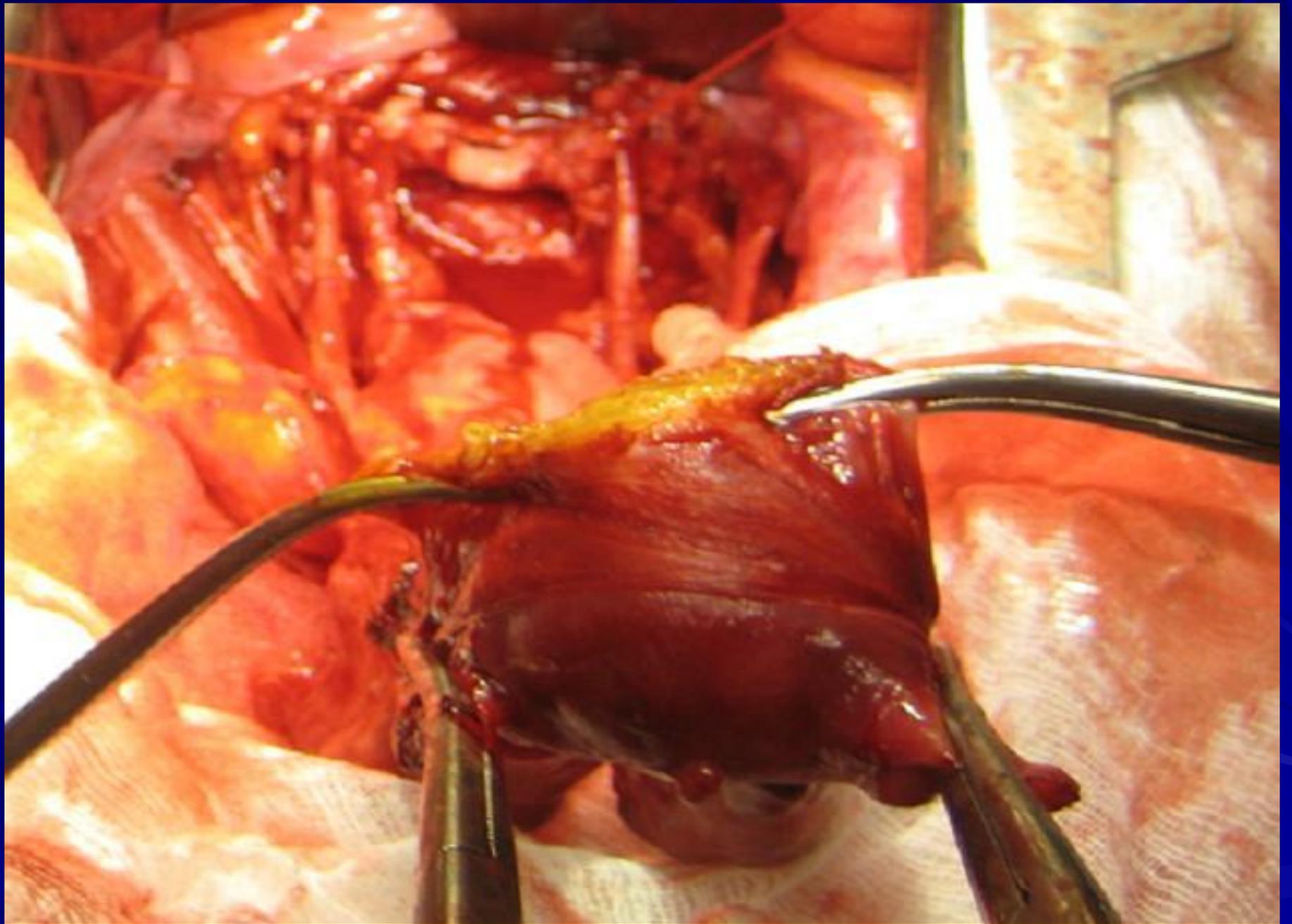


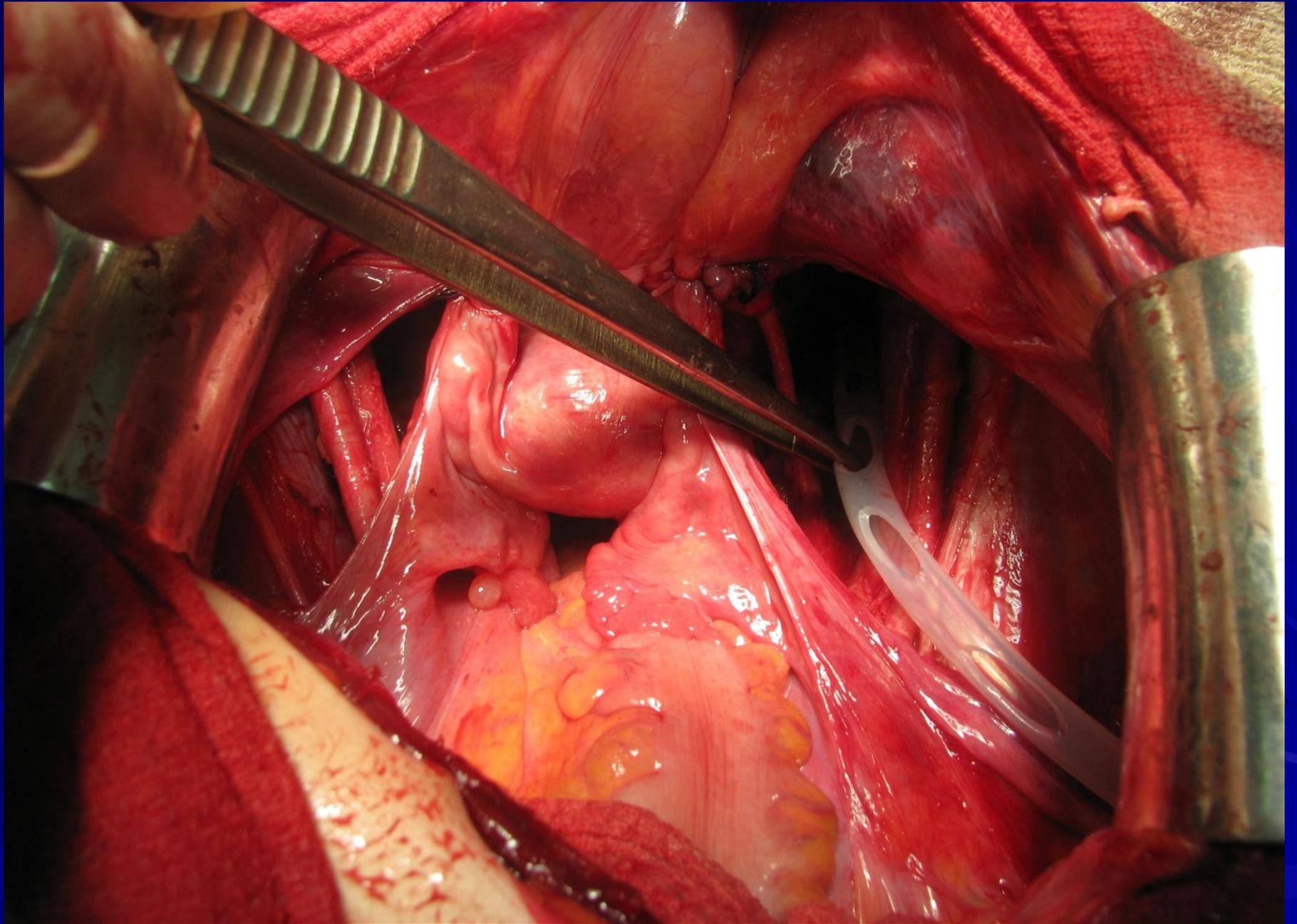


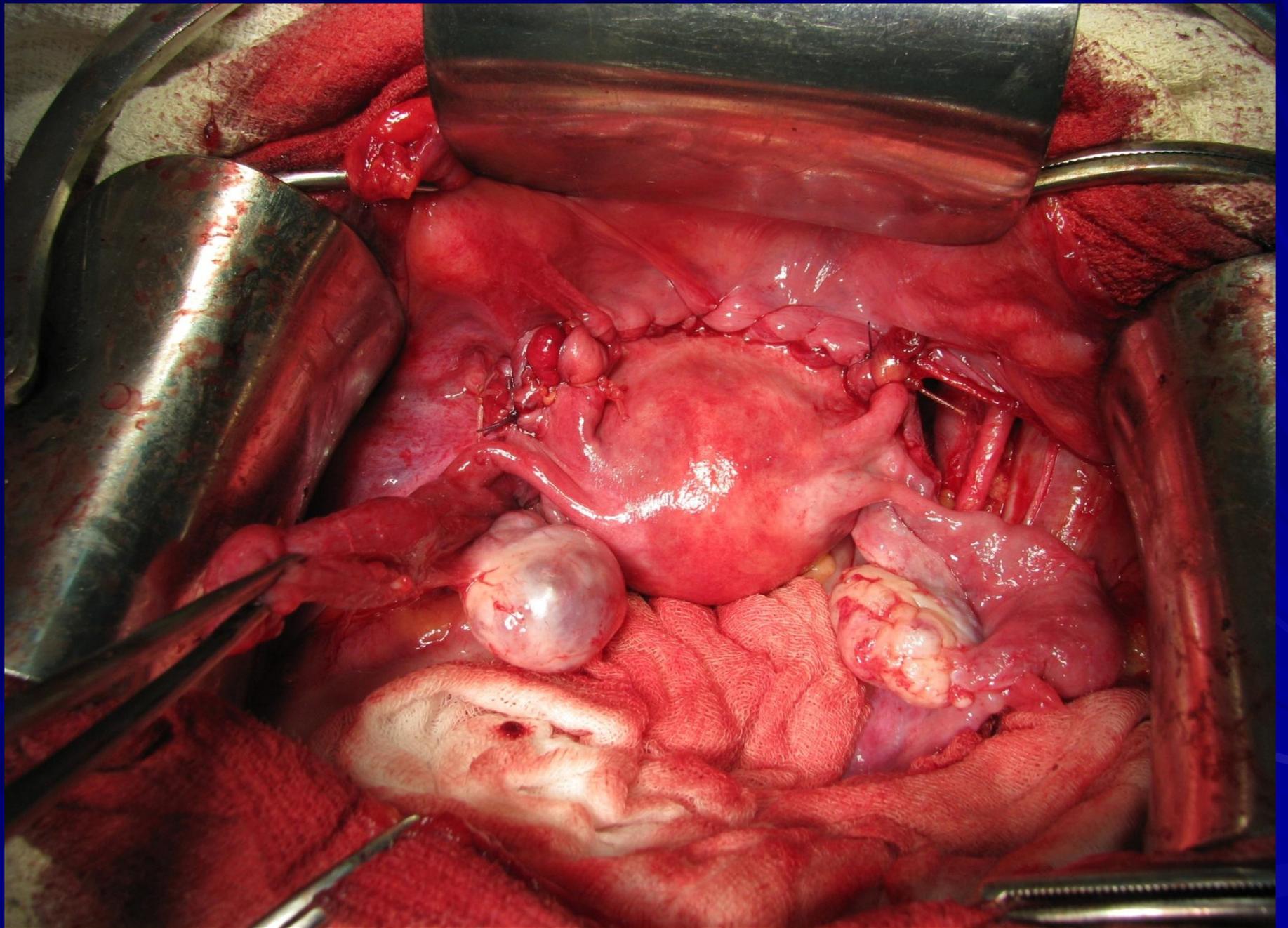


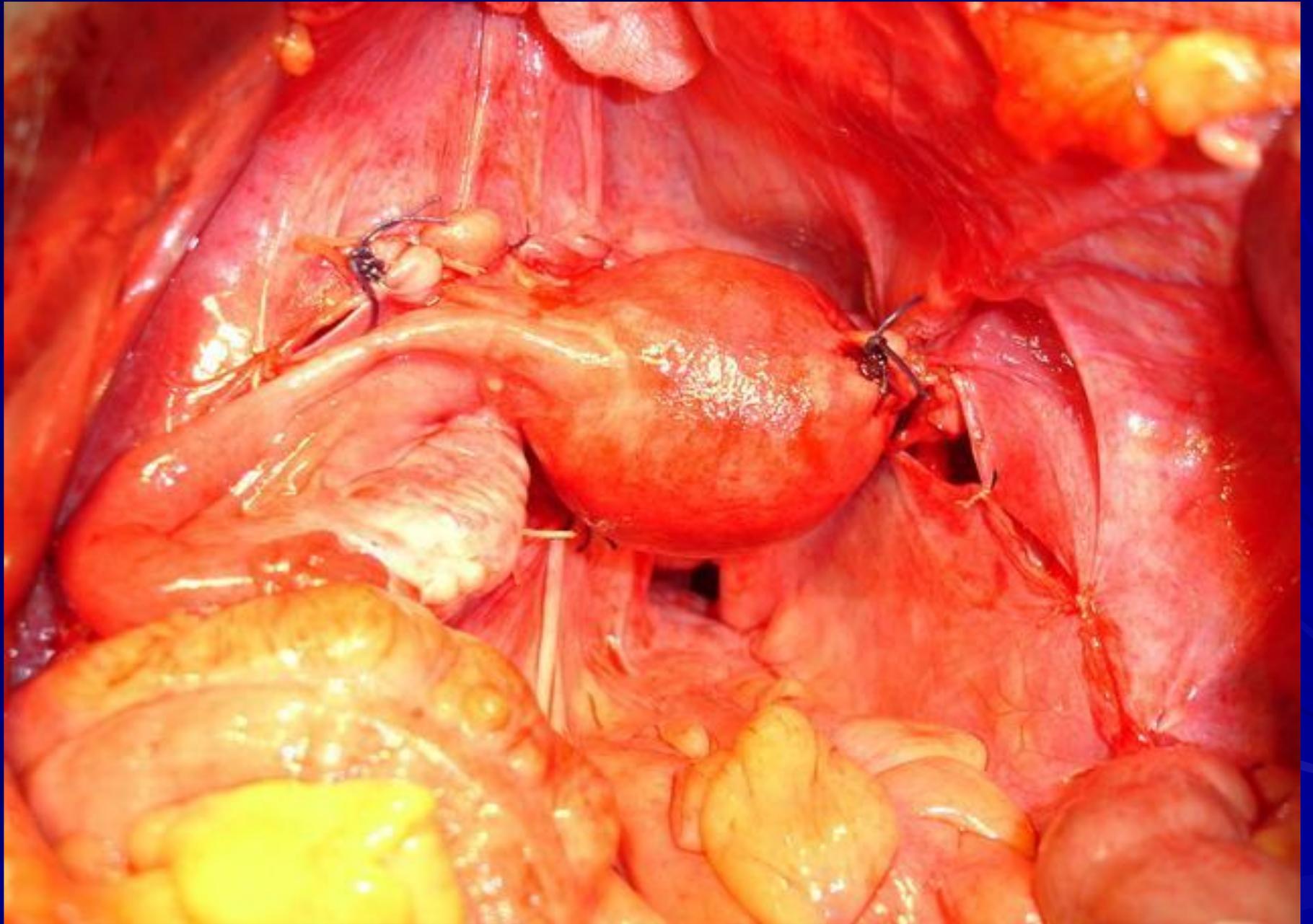


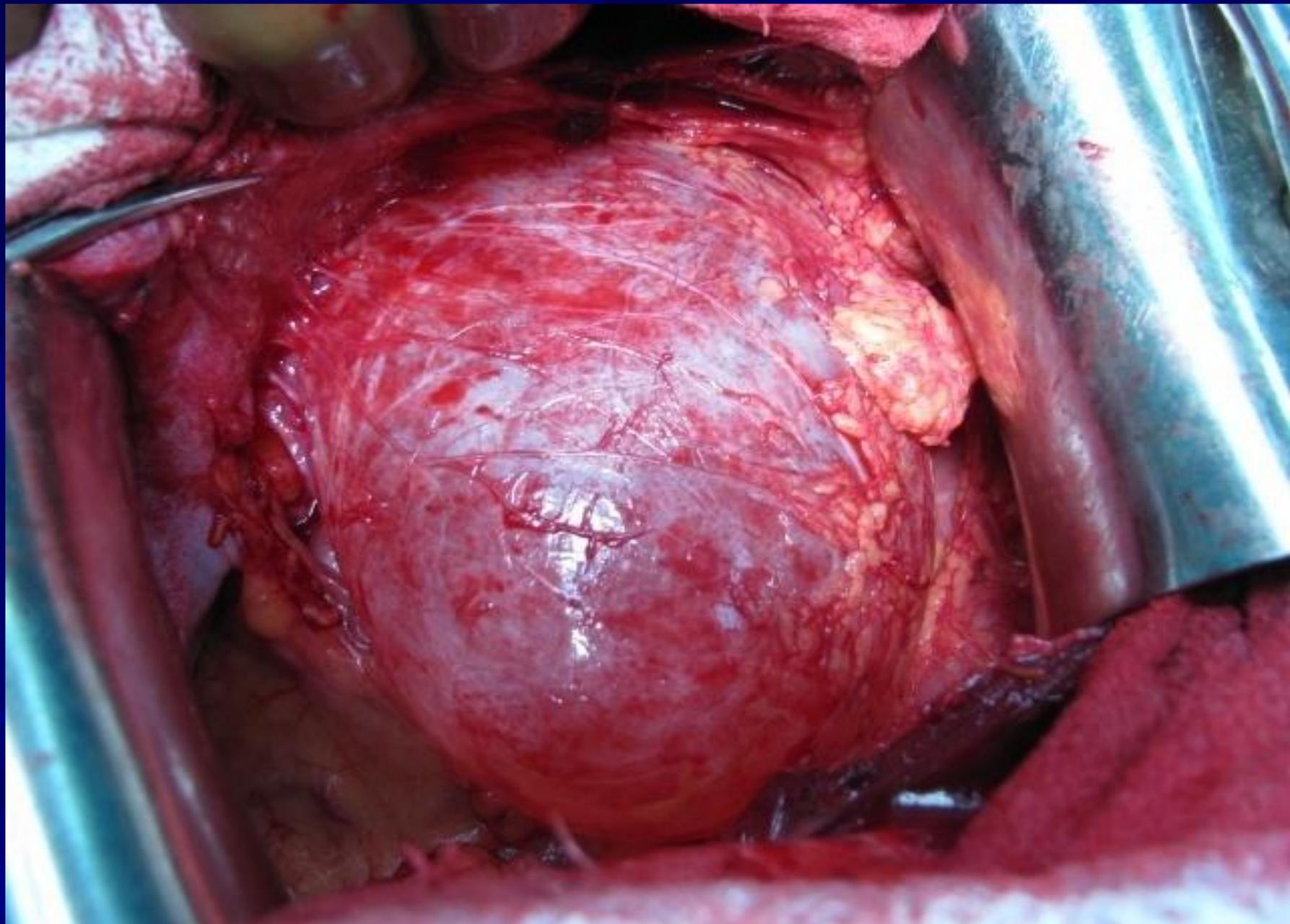


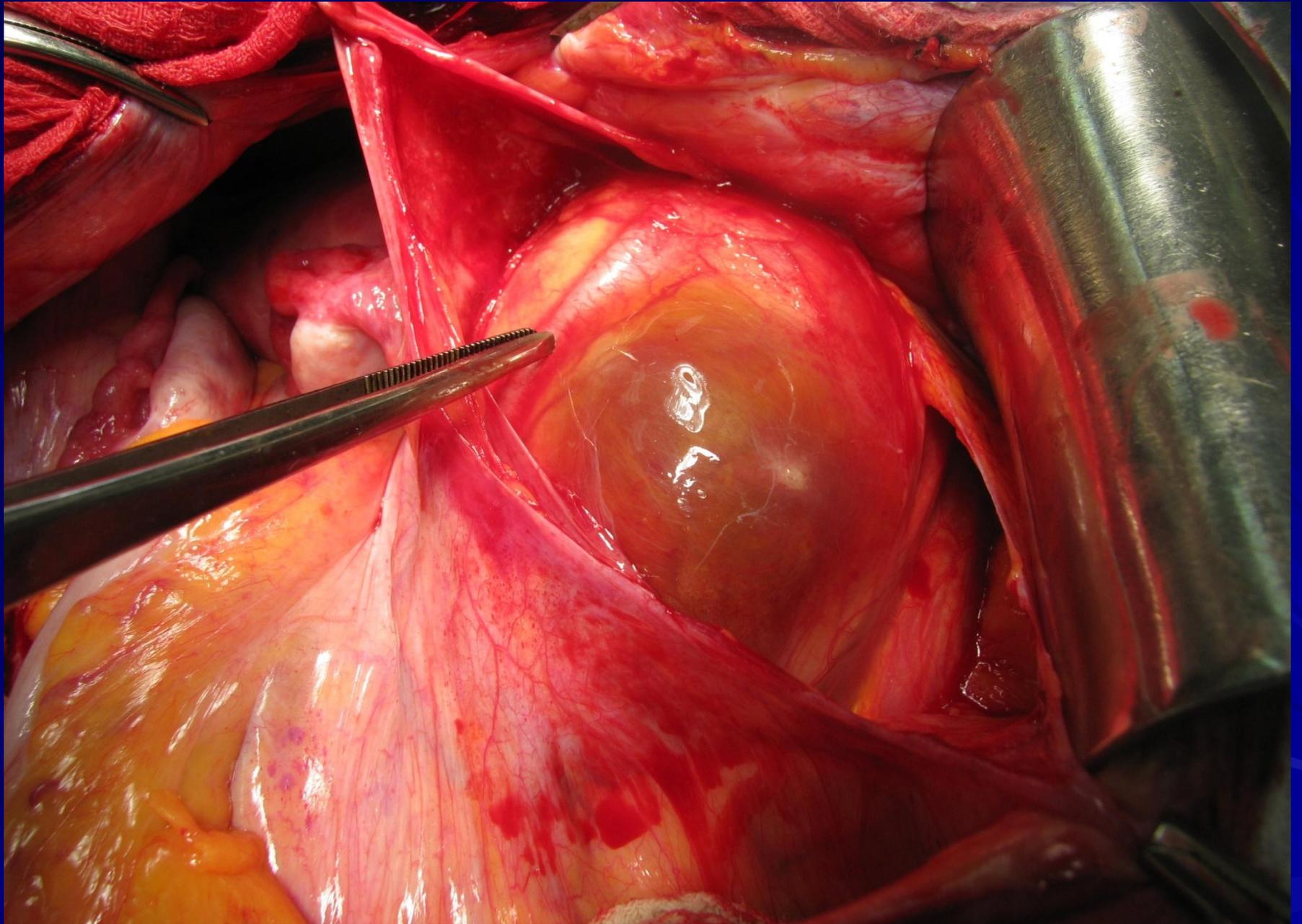








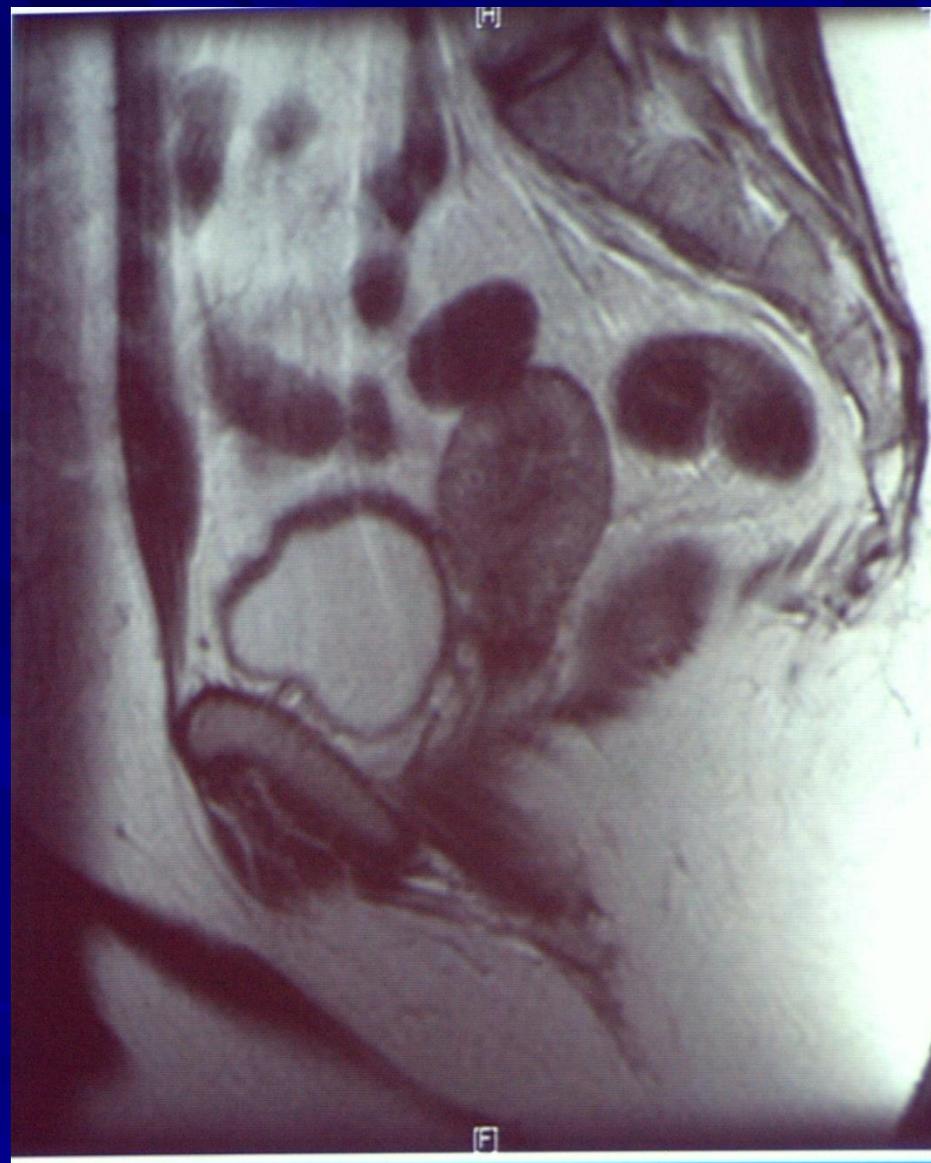




# Послеоперационная забрюшинная лимфатическая киста (справа). КТ.



После операции  
через 3мес.

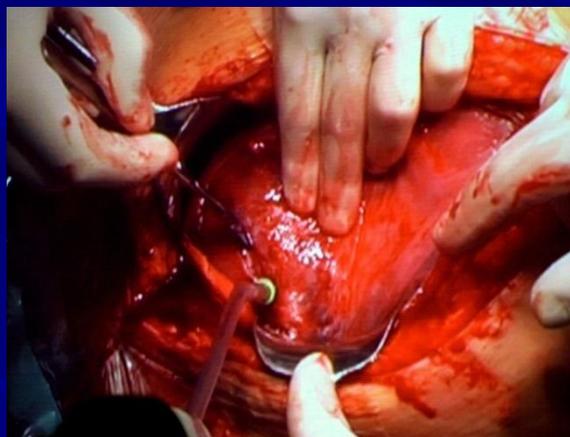
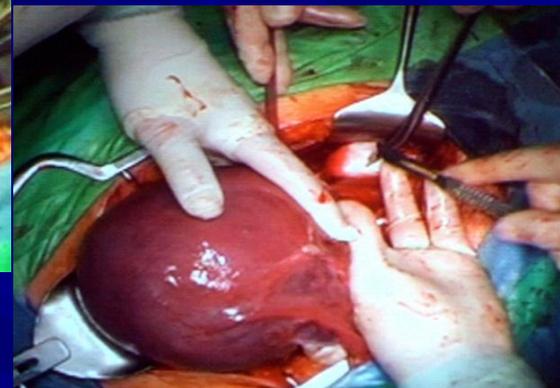


## Результаты после радикальной трахелэктомии 2006г.

Автор	Страна	Число б-х	Число рецидивов	Смертность
Plante/Roy	Canada	102	3(3.0%)	1(1.0%)
Covens	Canada	121	7(5.8%)	4(3.3%)
Schneider	Germany	100	4(4%)	2(2%)
Dargent	France	95	4(4.2%)	3(3.1%)
Shepherd	England	95	3(3.1%)	1(1.0%)
Ungar	Hungary	91	2(2.2%)	0
Abu-Rustum	USA	50	0	0
Roman	USA	36	2(5.5%)	0
Svane	Denmark	24	0	0
Shen	China	16	0	0
Burnett	USA	10	0	0
Schlaerth	USA	10	0	0
Итог:		739	25(3.2%)	11(1.5%)

# Беременности после радикальной влагалищной трахелэктомии 2006г.

Автор	Число беременных
Plante/Roy	65
Covens	45
Hertel	14
Dargent	61
Shepherd	55
Hellberg	6
Abu-Rustum	10
Roman	8
Qvarleu	4
Shen	4
Итого:	272



## Будущие направления для сохранения фертильности у больных РШМ.

- Конизация или простая ампутация шейки матки с лапароскопической тазовой лимфаденэктомией.
- Ампутация шейки матки после неоадьюватной химиотерапии.
- Радикальная трахелэктомия у беременных - больных РШМ.

# Будущие направления для сохранения фертильности у больных РШМ.

- Конизация или простая ампутация шейки матки с лапароскопической тазовой лимфаденэктомией.

Отбор больных - РШМ T1a2 и T1b1 до 42- 45лет желающих сохранить фертильность:

1. *Лимфаденэктомия ;*
2. *Плановое гистологическое исследование;*
3. *На 7-10 сутки: при –LN выполняется ампутация шейки матки; при + LN – операция Вертгейма.*





## *Беременность у больных РШМ после органосохраняющих операций*

Беременность после лапароскопической тазовой лимфаденэктомии и радикальной влагалищной трахелэктомии:

Mathevet-Dargent (2003)

67/95 женщин сохранили фертильность,  
34(51%) пациенток забеременели.

Plante M. et.al. Gyn. Oncol. 2005,98:3

N=72

Беременностей - n=50 у 31 больной(43%);

Осложнения в первом триместре – 16%

Во 2-м триместре – 4%

В 3-м триместре 36/50(72%)

## Будущие направления для сохранения фертильности у больных РШМ.

Ампутация шейки матки после неоадьювантной химиотерапии:  
[Mateo et.al., UK, IGCS 2004g;

*Plante M. et.al. Gyn.Oncol. 2006].*

Химиотерапия у больных РШМ Т161-2  
(первичная опухоль от 2 до 3см)

паклитаксел 125мг/м<sup>2</sup> -1-й день,

цисплатин 75мг/м<sup>2</sup> – 1-й день,

ифосфамид 5мг/м<sup>2</sup> -1-й день-24ч. инфузия с месной 5мг/м<sup>2</sup> -2-й день.  
каждый 21 день - 3 курса.



Из 18 больных органосохраняющие операции выполнены 14 б-м:

инвазия опухоли до 3мм у 7 б-х;

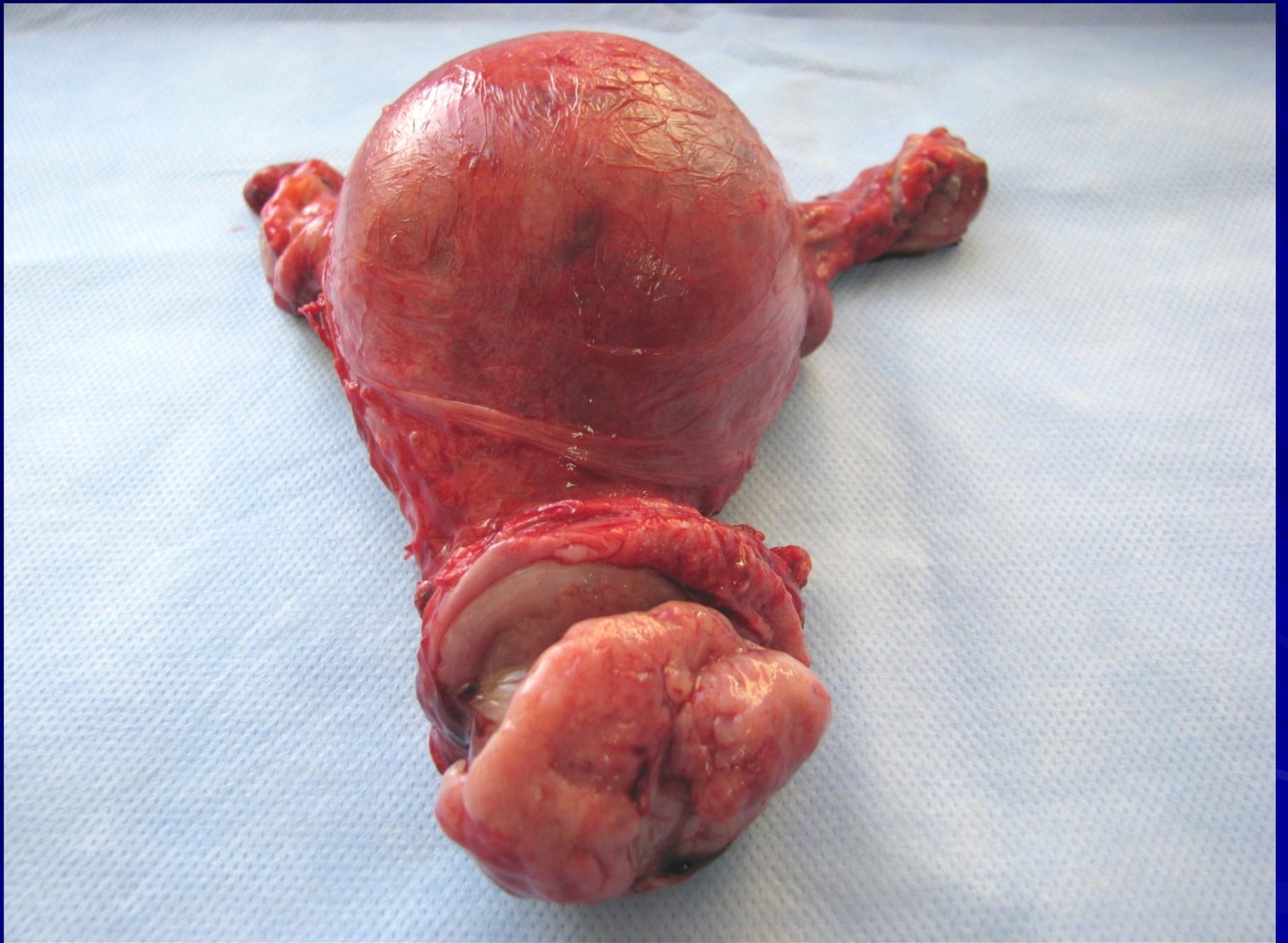
от 3мм до 10 мм - 4 больных;

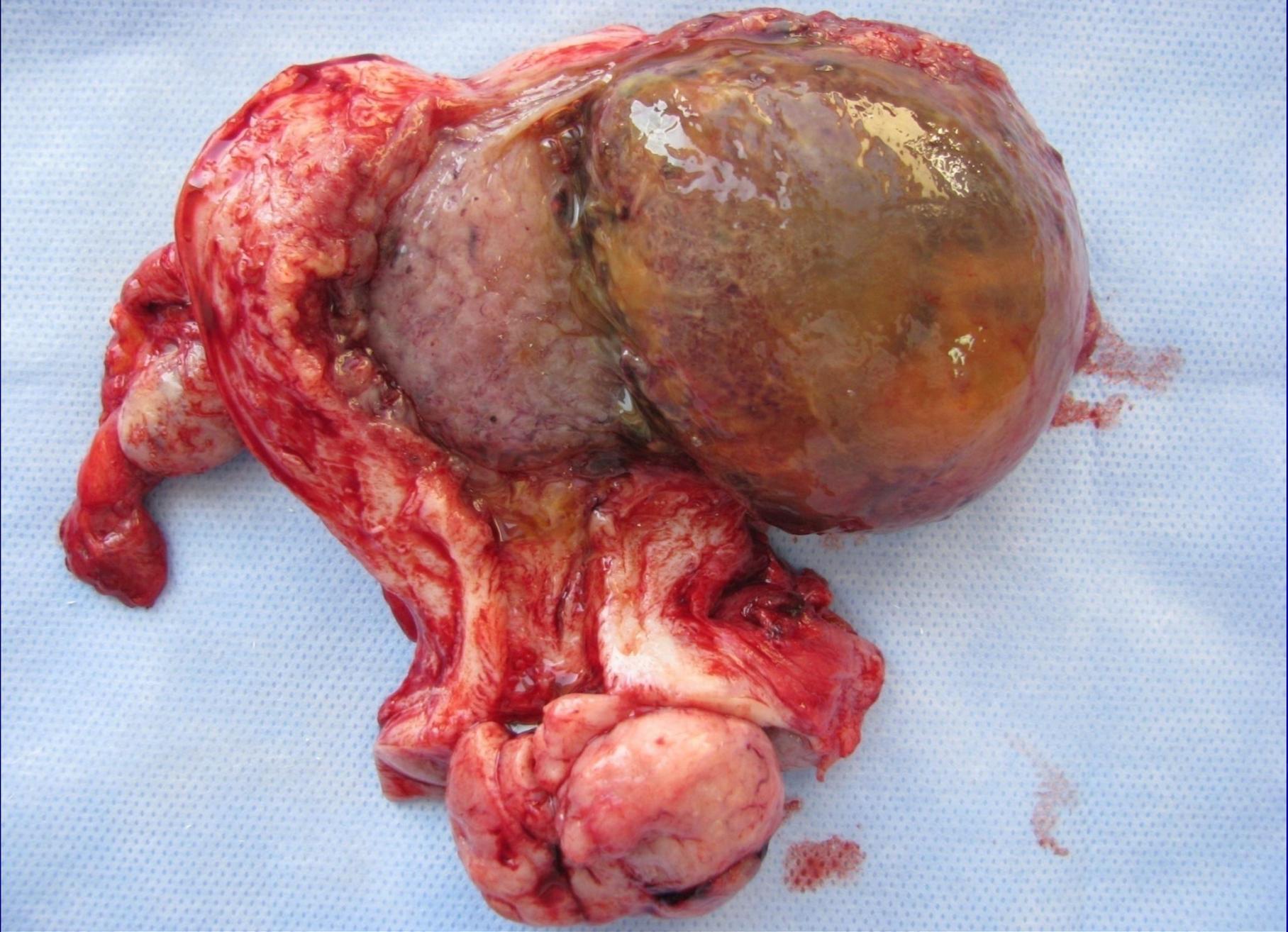
у 3 б-х лечебный патоморфоз III-IV ст.

5 из 8 больных имеют беременности,

6 живых, здоровых детей.

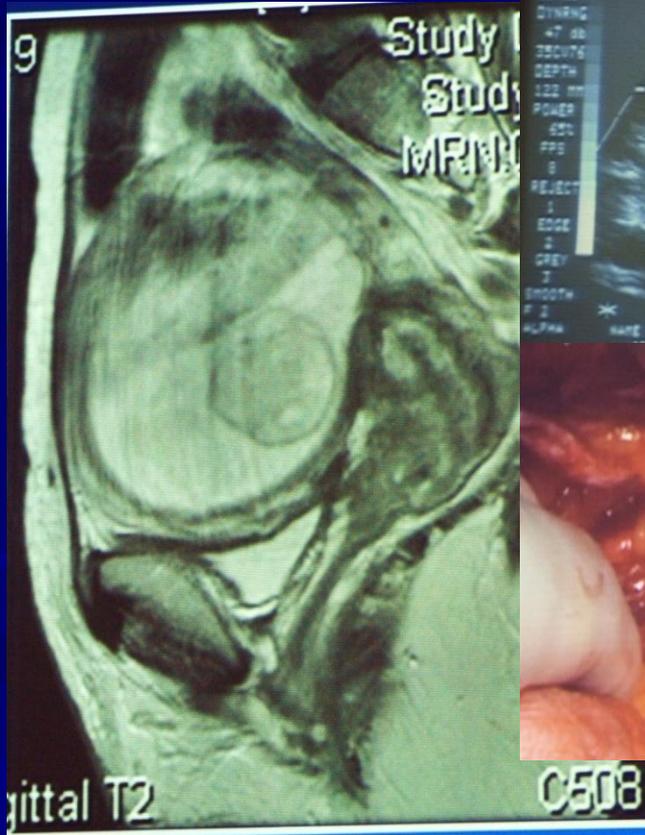




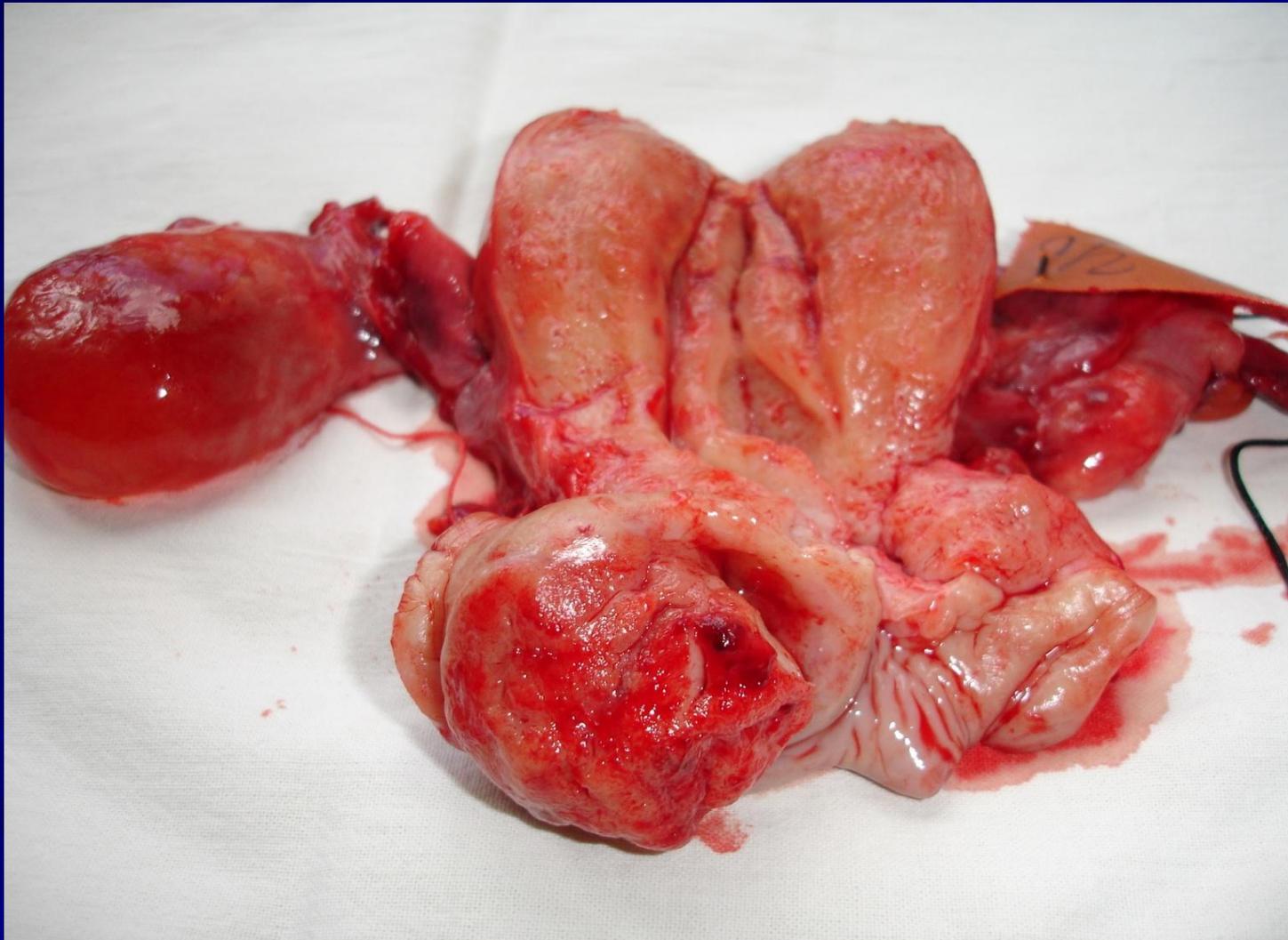


# Будущие направления для сохранения фертильности у больных РШМ.

## Радикальная трахелэктомия у беременных - больных РШМ.



# Рак шейки матки 8 недель после родов



Рак шейки матки, обнаруженный в течение 6 месяцев после прерывания беременности и 12-18 месяцев после родов, может быть отнесен к опухолям, ассоциированным с беременностью, т. к. клинические и морфологические проявления опухолевого процесса присутствуют уже во время беременности. Среди больных раком шейки матки частота сочетания с беременностью составляет 1-3 %. Средний возраст больных раком шейки матки в сочетании с беременностью — 30 лет.

Рак шейки матки занимает первое место среди гинекологических опухолей, ассоциированных с беременностью, и выявляется по данным различных авторов (Jones F. G., 1968; Hacker, N. F., 1982; Creasman W. T., 2001) от 13 случаев на 10000 беременностей, включая послеродовой период, и 1 на 1000-2 500 родов.

Частота доброкачественных заболеваний шейки матки у беременных составляет **78,6%** и всегда сопровождается воспалительными изменениями.

CIN составляют **13,6%**;  
полиповидные образования  
цервикального канала — **6,3%**,  
эктопии — **4,0%**.

# Репродукция и рак.

- Применяемые в онкологии диагностические и лечебные комбинации позволили значительно улучшить прогноз целого ряда онкологических заболеваний и дать надежду на возможность репродукции.
- 57% больных РМЖ и РШМ до 35 лет думают о сохранении репродуктивной функции.
- 75% мужчин при наличии злокачественной патологии хотели бы иметь детей в будущем.



# Беременность и эпителиальная дисплазия шейки матки (по Richart).

- CIN II (ВПЧ пол.) –
- CIN III – и Ca in situ - аборт + конизация ШМ.
- **Лечение:**
  - 1-ый триместр: медицинский аборт и только через 1 месяц конизация шейки матки, разрешить беременность через 3 - 6 мес. после анализа на HPV;
  - 2, 3 триместр: сохранить беременность, контроль, после родов через 6-8 недель конизация шейки матки с контрольным обследованием на HPV и онкоцитологию.



# Рак шейки матки и беременность



- Стадия Ia1

- 1-ый триместр:

- а) медицинский аборт, через 1 месяц ампутация шейки матки.
    - б) при нежелании сохранить беременность и фертильность –экстирпация матки.

- -2,3 триместр:

- в) при желании сохранить беременность и фертильность – сохранение беременности и через 1-2 месяца после родов –ампутация шейки матки + лапароскопическая лимфаденэктомия или расширенная экстирпация шейки матки.
    - г) при желании сохранить беременность и завершить деторождение – кесарево сечение + экстирпация матки или расширенная абдоминальная трахелэктомия.

## **Ia<sub>2</sub> стадия РШМ**

- В I,II триместрах беременности и после родов производится расширенная **экстирпация шейки матки с верхней третью влагалища.**

## **Ib<sub>1</sub> стадия**

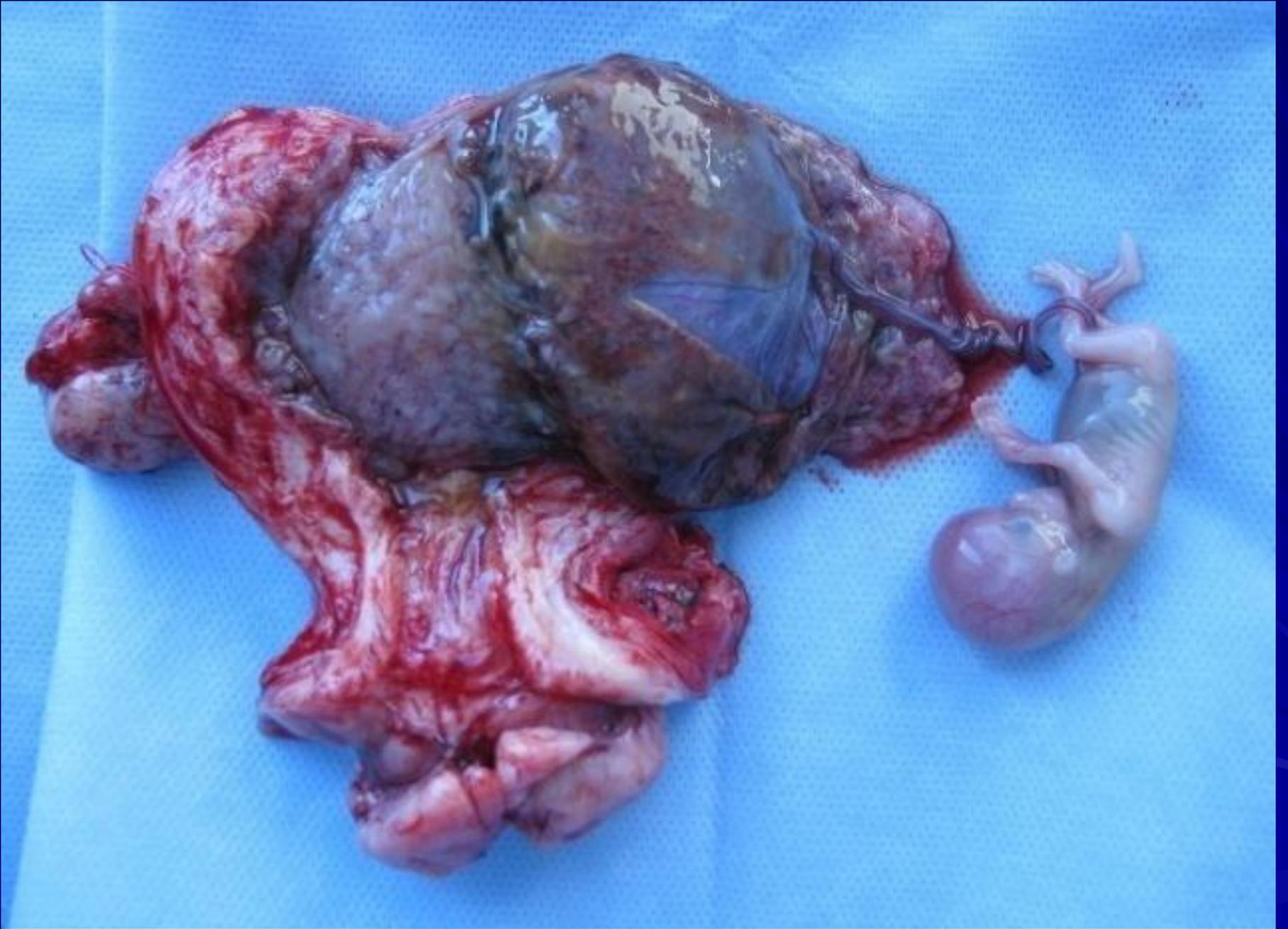
- В I,II триместрах беременности и после родов - **расширенная экстирпация матки**; в послеоперационном периоде при глубокой инвазии и регионарных метастазах проводится **дистанционное облучение.**
- В III триместре беременности **кесарево сечение** с последующей **расширенной экстирпацией матки.** В послеоперационном периоде проводится **ДЛТ.**

## I б, IIa стадии

- в I, II, III триместрах беременности производится **расширенная экстирпация 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**.

## IIb стадия

- В I триместре беременности и после родов проводится **СЛТ**. Не следует стремиться к искусственному прерыванию беременности в I триместре при II и III стадиях заболевания, поскольку самопроизвольные выкидыши наступают на 10 - 14 день от начала лучевой терапии.
- Во II и III триместрах беременности, производится **КС и сочетанное лучевое лечение** в послеоперационном периоде по вышеизложенной схеме.



# Рак шейки матки и беременность

- **Стадия III,IV**
  - 1 –ый триместр: наружное облучение, после спонтанного аборта (~ 40 Гр.) продолжение сочетанной лучевой терапии + химиотерапия.
  - 2,3 триместр:
    - < 20 нед. – наружное облучение, после спонтанного аборта (~ 40 Гр.) химиолучевая терапия.
    - >20 нед. – кесарево сечение + операция Вертгейма + химиолучевая терапия.



- **Лактация у больных злокачественными опухолями не рекомендуется.**
- Классический принцип акушерства “сохранить ребенку мать, а матери - ребенка” не всегда выполним.
- В клинической практике нередко приходится выбирать между риском для жизни матери и будущего ребенка.
- Стандартные акушерские и онкологические приемы становятся скорее исключением, чем правилом.
- Поэтому эти трудные больные нуждаются в индивидуальном подходе.

«Если женщина умирает  
от рака шейки матки,  
то кто то ещё, кроме рака,  
повинен в её смерти.»

Ч. Камерон



**Спасибо  
за внимание!**