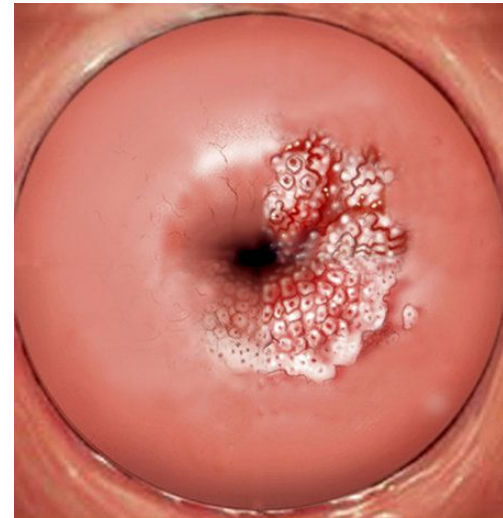




Российский университет
дружбы народов
RUDN University

Российский университет дружбы народов
Медицинский институт
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
(зав. кафедрой – член-корр. РАН, проф. Радзинский В.Е.)

РАК ШЕЙКИ МАТКИ (РШМ)



Эпидемиология

В общей структуре заболеваемости в России РШМ составляет- 20% (6 место).

Среди заболеваний репродуктивной системы – 3-е место после рака молочной железы и эндометрия.

Частота возникновения РШМ резко возрастает у женщин старше 40 лет. Максимум заболеваемости РШМ приходится на 40–69-летний возраст (65,3%): 40–49 лет —21,8%, 50–59 лет — 19,5%, 60–69 лет — 24%.

В последнее время отмечен рост распространенности РШМ у женщин до 30 лет.

Рак шейки матки – имеет большую длительность и поэтапность развития: CIN от умеренной до тяжелой и в итоге – ср.

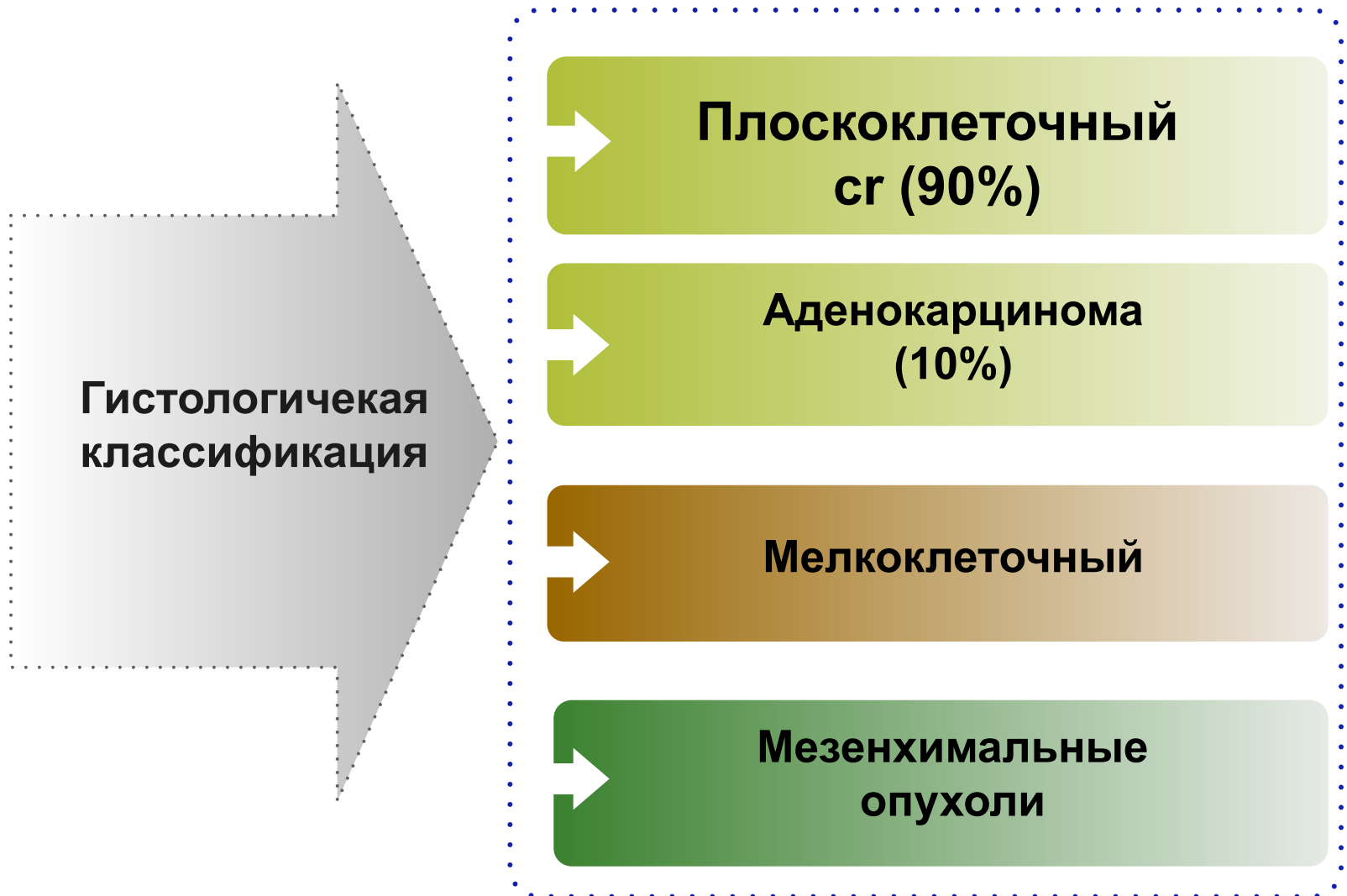
CIN III может протекать в форме карциномы 0 стадии (in situ). Эта патология считается ранней формой не инвазивного рака.

Классификация

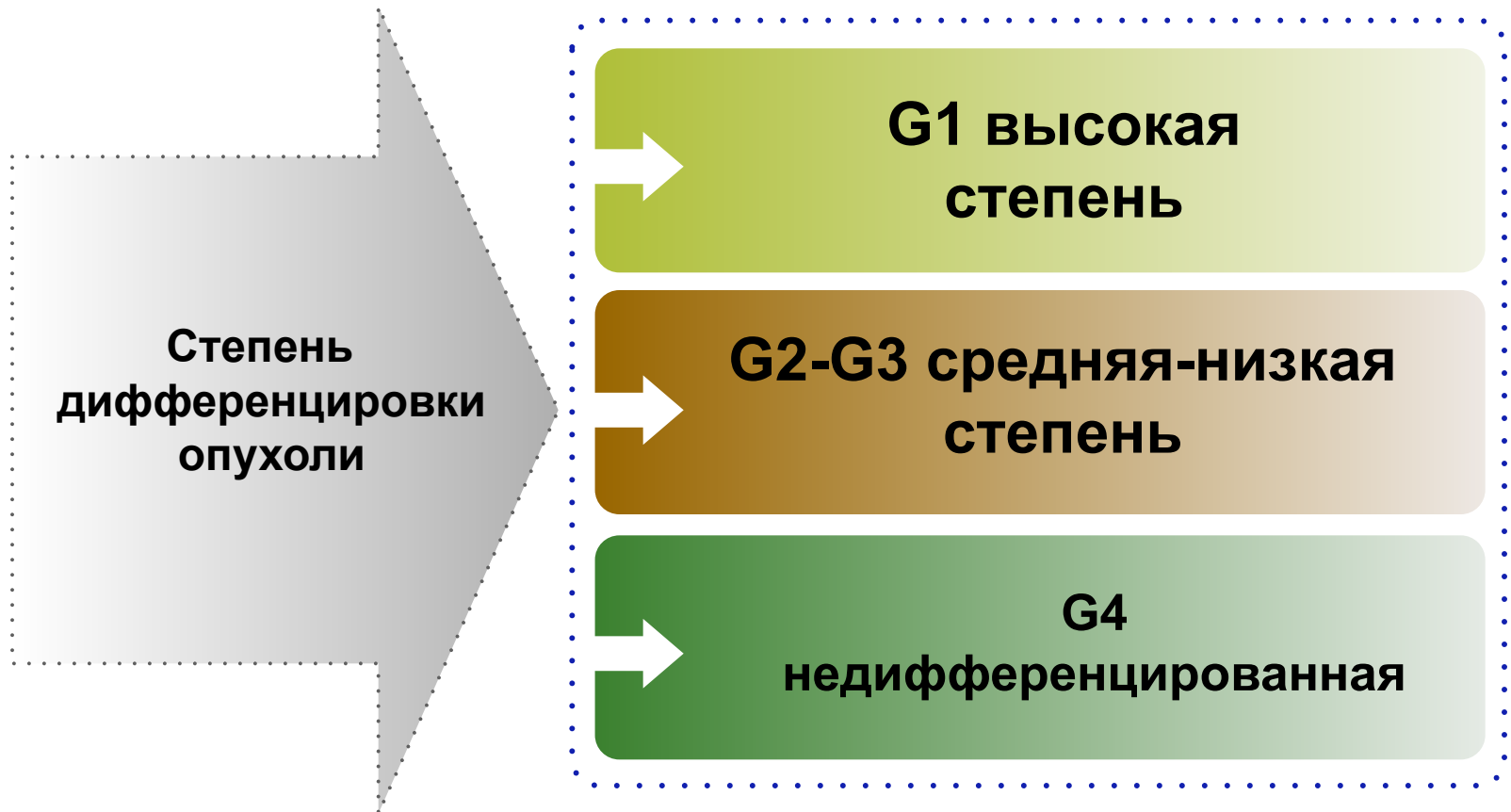
Код по МКБ-10

**C53. Злокачественное новообразование шейки
матки**

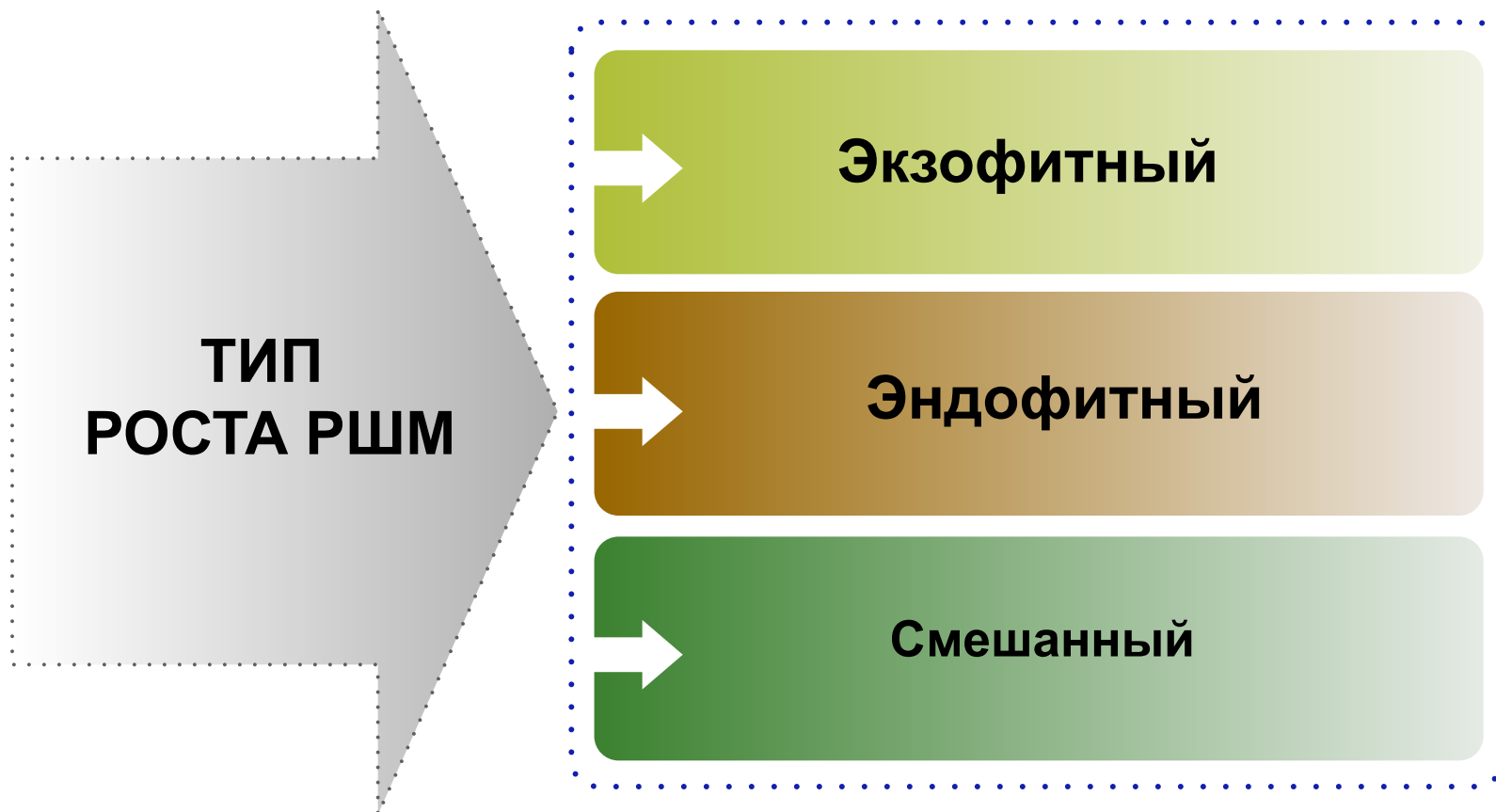
Классификация РШМ



Гистопатологическая классификация



ТИПЫ РОСТА РШМ

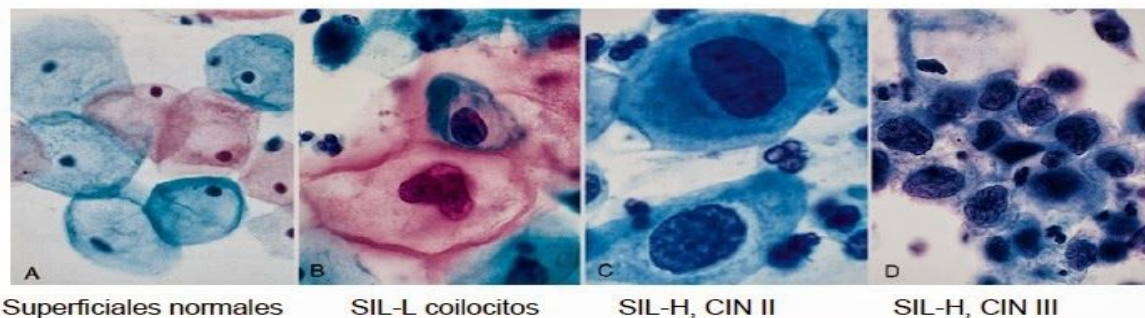
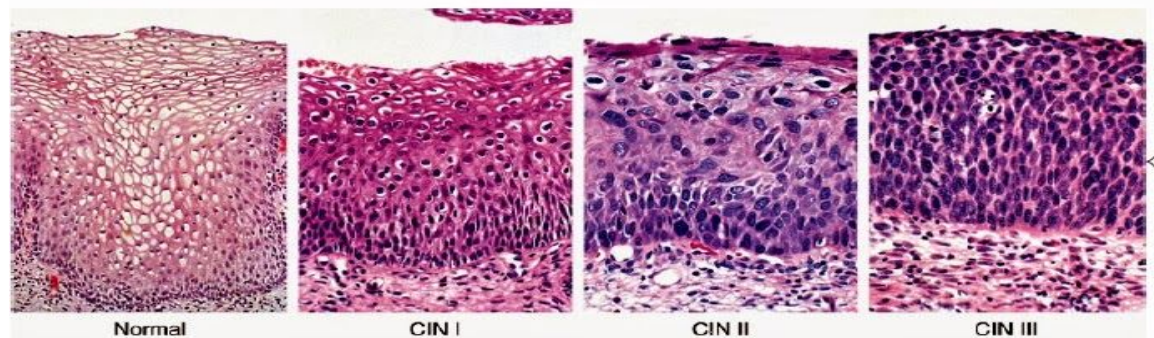


МЕЖДУНАРОДНАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ (ВОЗ, 4-Е ИЗДАНИЕ, 2014 г)

Опухоли из плоского эпителия:

Плоскоклеточные интраэпителиальные поражения (цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) / поражение плоского эпителия (SIL)):

- легкая дисплазия (CIN I / поражение плоского эпителия легкой степени (LSIL))
- умеренная дисплазия (CIN II / поражение плоского эпителия тяжелой степени (HSIL))
- тяжелая дисплазия (CIN III / HSIL)
- рак in situ (III / HSIL).



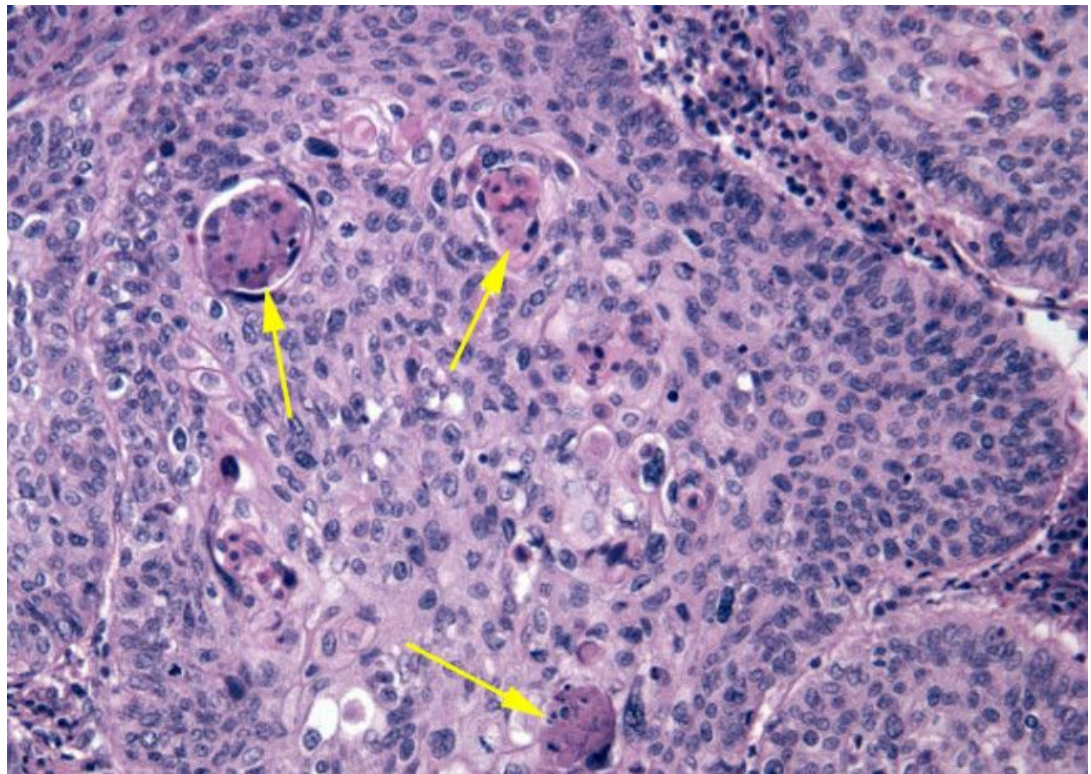
МЕЖДУНАРОДНАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ (ВОЗ, 4-Е ИЗДАНИЕ, 2014 г)

(продолжение)

**-Плоскоклеточный рак с началом
инвазии (микроинвазивный)**

Плоскоклеточный рак

- ороговевающий;
- неороговевающий;
- базалоидный;
- веррукозный;
- кондиломатозный;
- папиллярный;
- лимфоэпителиальный;
- плоскоклеточно-
переходноклеточный;

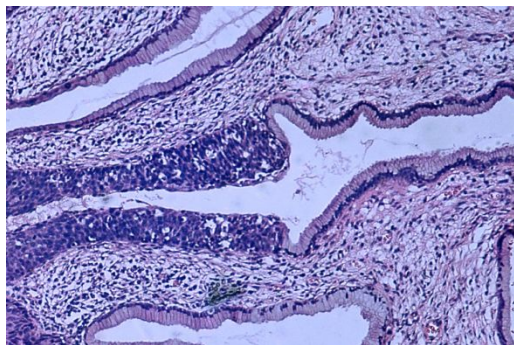


МЕЖДУНАРОДНАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ (ВОЗ, 4-Е ИЗДАНИЕ, 2014 г)

(продолжение)

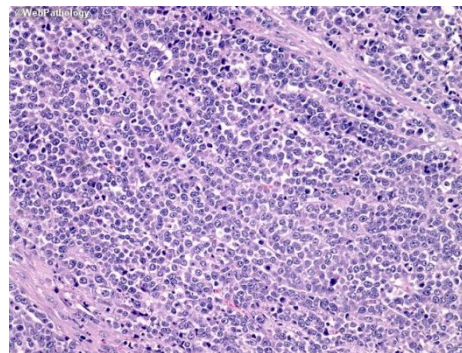
Опухоли из железистого эпителия:

- Аденокарцинома in situ;
- Аденокарцинома с началом инвазии;
- Аденокарцинома:
 - муцинозная;
 - эндоцервикального типа;
 - кишечного типа;
 - перстневидноклеточная;
- Аденокарцинома с минимальными изменениями;
 - виллогландулярная;
 - эндометриоидная;
 - светлоклеточная;
 - серозная;
 - мезонефральная;



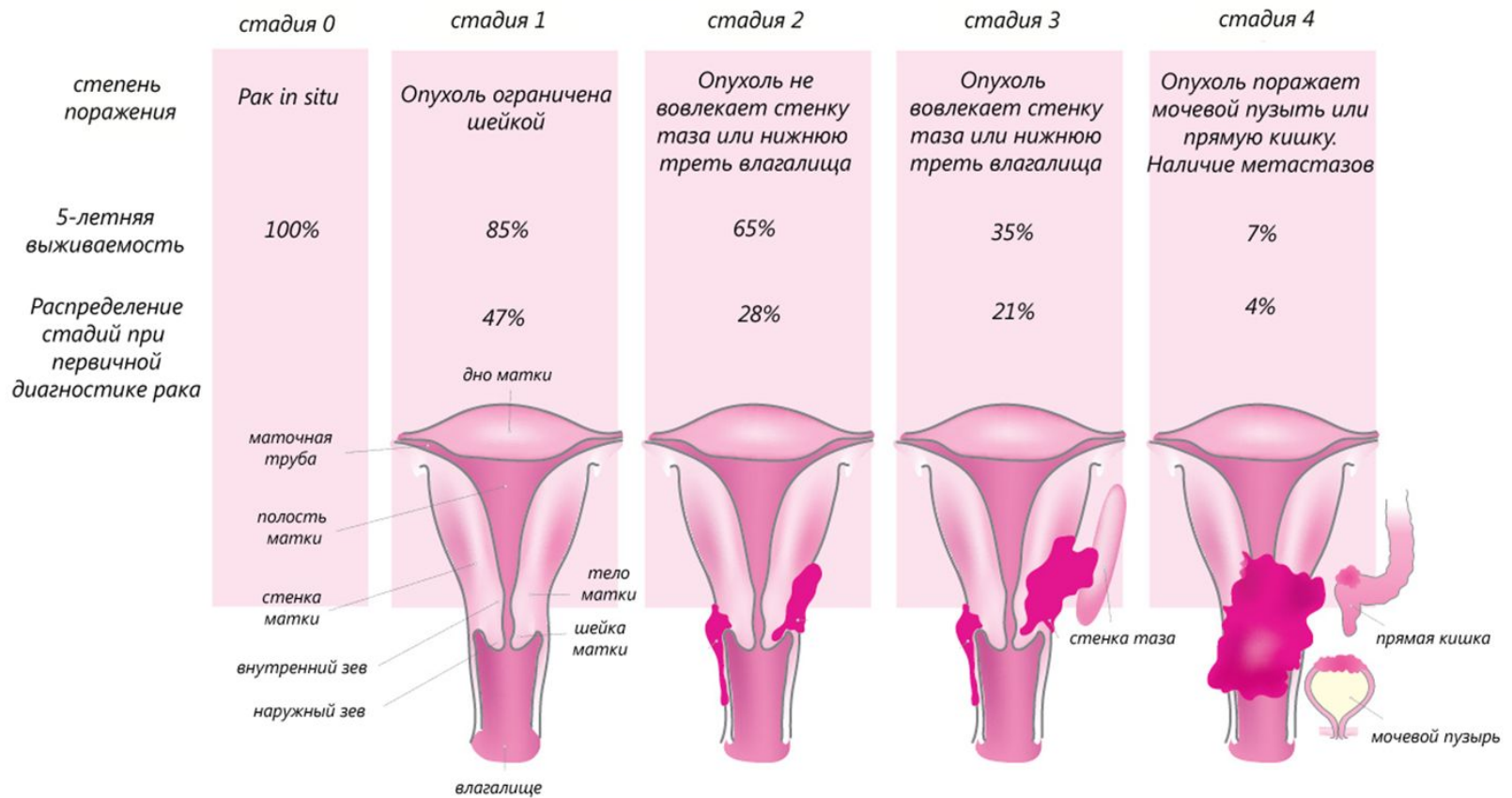
Другие эпителиальные опухоли:

- Железисто-плоскоклеточный рак;
- стекловидноклеточный рак;
- Аденокистозный рак;
- Аденобазальный рак;
- Нейроэндокринные опухоли:
 - карциноид;
 - атипичный карциноид;
 - мелкоклеточный рак;
 - крупноклеточный нейроэндокринный рак;
- Недифференцированный рак



СТАДИРОВАНИЕ РШМ

Стадирование рака шейки матки



Классификация рака шейки матки TNM

(7-е издание, 2009 г.) и FIGO (2009 г.)

NB! РШМ стадируется клинически!

TNM FIGO

TX		Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
TO		Первичная опухоль не определяется
Tis	0	Преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ)
T1	I	Рак шейки матки, ограниченный маткой (распространение на тело не учитывается)
T1a	IA	Инвазивная карцинома, диагностируется только микроскопически. Все опухоли, определяемые макроскопически, даже при поверхностном распространении, оцениваются T1b/стадия 1B

T1a1 IA1 Инвазия стромы не более 3,0 мм в глубину и 7,0 мм по горизонтали в противном случае опухоль следует относить к стадии IB

T1a2 IA2 Инвазия стромы вглубь более 3,0 мм, но не более 5,0 мм, горизонтальное распространение до 7,0 мм

Примечание. Глубина инвазии не может быть более 5,0 мм от основания эпителия, поверхности или железы, из которых она начинается. Глубина инвазии определяется как распространение опухоли от эпителиально-стромального соединения окружающих поверхностных эпителиальных выступов до наиболее глубокой точки инвазии. Вовлечение венозных или лимфотических сосудов не учитывается.

T1b	IV	Клинически видимая опухоль, ограниченная шейкой, или микроскопическая опухоль больше T1a2/IA2. Глубина инвазии более 5,0 мм
T1b1	IV1	Клинически определяемая опухоль до 4,0 см в наибольшем измерении
T1b2	IV2	Клинически определяемая опухоль более 4,0 см в наибольшем измерении
T2	II	Опухоль шейки с распространением на матку, но без прорастания стенки таза или нижней трети влагалища
T2a	IIA	Без инвазии параметрия
T2b	IIb	С инвазией параметрия

- T3 III Рак шейки с распространением на стенку таза и/или вовлечением нижней трети влагалища, и/или приводит к гидронефрозу, или нефункционирующей почке**
- T3a IIIA Опухоль поражает нижнюю треть влагалища, но не распространяется на стенку таза**
- T3b IIIB Опухоль распространяется на стенку таза и/или приводит к гидронефрозу, или нефункционирующей почке**

- T4 IVA** Опухоль распространяется на слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки и/или распространяется далее малого таза
Примечание. Наличие буллезного отека недостаточно для классификации опухоли как T4.
Опухоль должна быть подтверждена при биопсии.
- M1 IVB** Отдаленные метастазы

ФАКТОРЫ РИСКА РШМ

- раннее начало половой жизни;
- ранние первые роды;
- частая смена половых партнёров;
- венерические заболевания (в том числе у половых партнёров);
- канцерогенное действие смегмы и спермы;
- длительное использование КОК у носительниц HPV
- курение (никотин и котинин);
- *Chlamydia trachomatis*, Эпштейн-Барр вирус, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, HIV 1 и 2, HPV, *Treponema pallidum*
- фоновые заболевания;
- недостаточность витамина А, В12, бета-каротина, витамина С, фолиевой кислоты;
- носители антигенов DQw3, DQB1* 0301;
- гиперпролактинемия в сочетании с HPV.

Клинические проявления РШМ

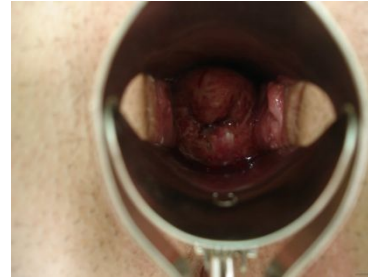
- Преинвазивный рак шейки матки не имеет патогномоничных клинических проявлений. Их выявляют только при морфологическом исследовании.
- Ранними проявлениями болезни являются обильные водянистые выделения и контактные кровянистые выделения из половых путей.
- У женщин репродуктивного возраста возможны ациклические кровянистые выделения из половых путей, в постменопаузе - периодические или постоянные кровянистые выделения.
- При значительном распространении опухоли больные предъявляют жалобы на боль, дизурию и затруднения при дефекации.
- При больших некротизированных опухолях выделения из половых путей сопровождаются неприятным запахом.
- В запущенных случаях образуются прямокишечно-влагалищные и мочепузырно-влагалищные свищи, могут пальпироваться метастатически измененные паховые и надключичные лимфатические узлы.

Метастазирование

- Рак шейки матки метастазирует лимфогенно и гематогенно.
- Лимфогенное метастазирование рака шейки матки условно делят на несколько этапов:
 - I этап — наружные, внутренние подвздошные и запирательные лимфатические узлы;
 - II этап — общие подвздошные лимфатические узлы;
 - III этап — поясничные лимфатические узлы;
 - IV этап — лимфатические узлы средостения и надключичных областей.

Диагностика РТМ

(первичный диагноз и оценка распространенности процесса)



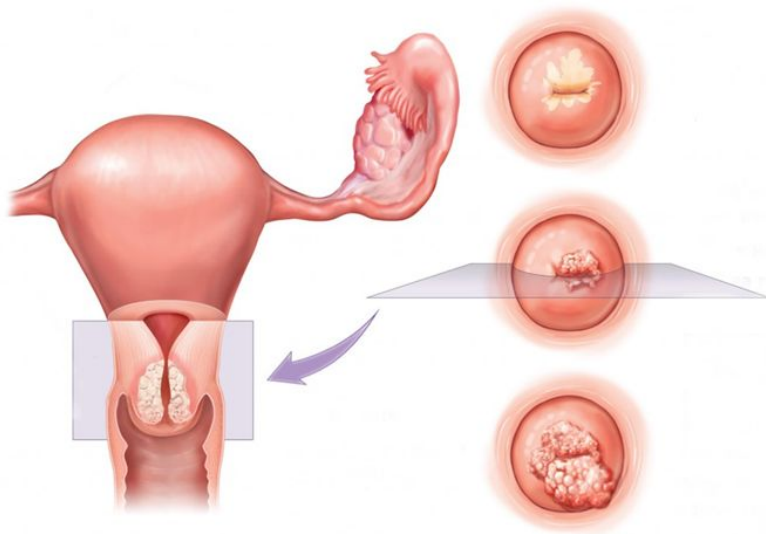
- физикальное и гинекологическое исследование;
- ректовагинальный осмотр, цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса, ВПЧ-тестирование, кольпоскопия, биопсия всех подозрительных участков шейки матки, при необходимости – конизация;
- определение уровня SCC в сыворотке (при плоскоклеточном раке);
- рентгенография органов грудной клетки;
- цистоскопия;
- ректороманоскопия; ФКС;
- экскреторная урография, ренография;
- УЗИ органов брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства; шейно-надключичных лимфоузлов, УЗИ почек.
- КТ, МРТ брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства; ПЭТ/КТ

Лечение

- **Выбор метода лечения рака шейки матки определяется индивидуально и зависит от распространенности процесса и тяжести сопутствующей соматической патологии. Возраст больной имеет меньшее значение.**
- **Традиционными методами лечения рака шейки матки являются хирургический (расширенная экстирпация матки с придатками по Вертгейму), лучевой и их комбинации.**
- **Химио- и химиолучевой терапия.**

Комбинированное лечение

- Комбинированное лечение, включающее операцию и лучевую терапию, проводят при раке шейки матки IV-IIA стадии.



ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Дистанционная и внутриволостная (брахитерапия)
гамма терапия

- **Предоперационное облучение** снижает риск диссеминации опухоли и местных рецидивов заболевания.
- **Послеоперационное облучение** - девитализация опухолевых клеток в зоне удаления первичной опухоли и регионарных лимфатических узлов.



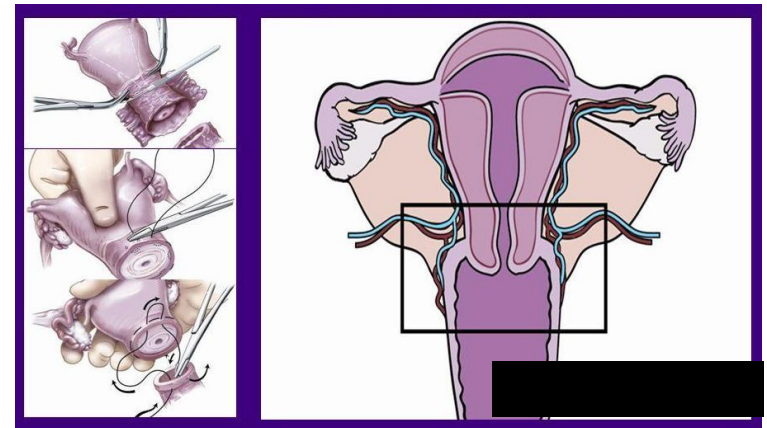
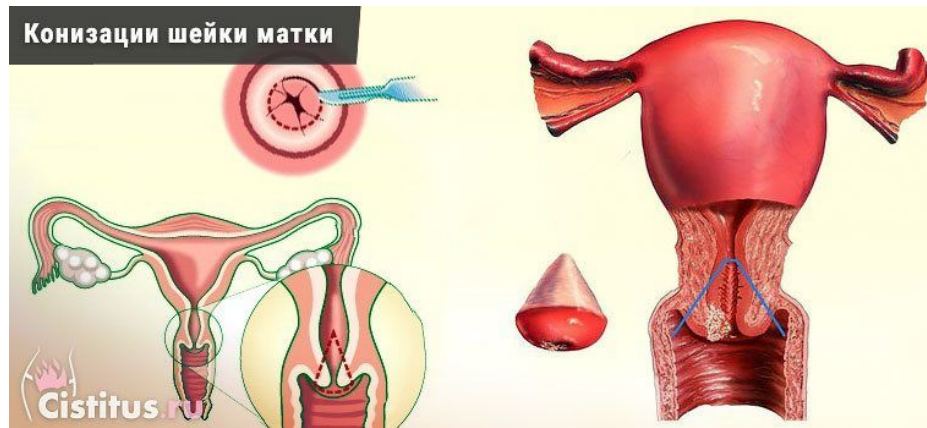
АГАТ-ВУ;



АГАТ -ВТ

Органосохраняющие операции на шейке матки в репродуктивном периоде

- конусовидная электроэксцизия,
- ножевая конизация или ампутация,
- лазерная конусовидная эксцизия,
- ультразвуковая конусовидная эксцизия,
- радиохирургический метод («Сургитрон»)
- Радикальная трахелэктомия



Факторы прогноза при РШМ

- стадия заболевания
- наличие метастазов
- величина опухоли (при Iв стадии)
- глубина инвазии
- форма опухоли (экзофитная, эндофитная, смешанная)
- наличие соматической патологии

ПРОФИЛАКТИКА РШМ

Как избежать рака шейки матки



СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рак шейки матки. Клинические рекомендации МЗ РФ, 2017. 38 с.
2. Хохлова С. В., Коломиец Л. А., Кравец О. А., Морхов К. Ю., Нечушкина В. М., Новикова Е. Г. и соавт. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака шейки матки // Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2018 (том 8). С. 178–189.
3. Кравец А., Кузнецов В.В., Морхов К.Ю., Нечушкина В.М., Хохлова С.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению рака шейки матки. Ассоциация онкологов России. 2014. 15 с.