

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ»

медицинский институт

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии

Заведующий кафедрой

Профессор Виктор Евсеевич Радзинский



**«Беременность и рак шейки матки.
Беременность и миома матки.»**

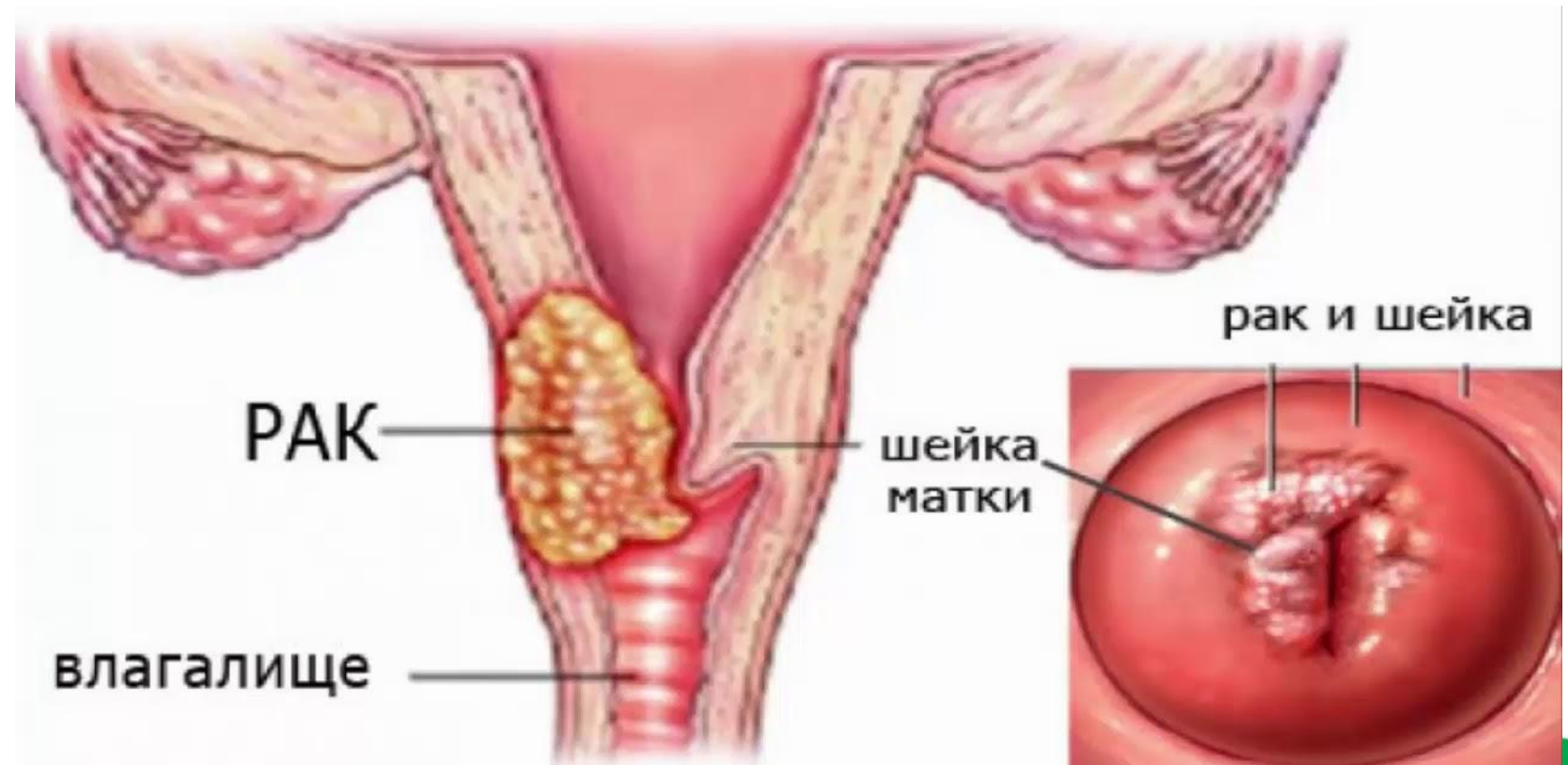
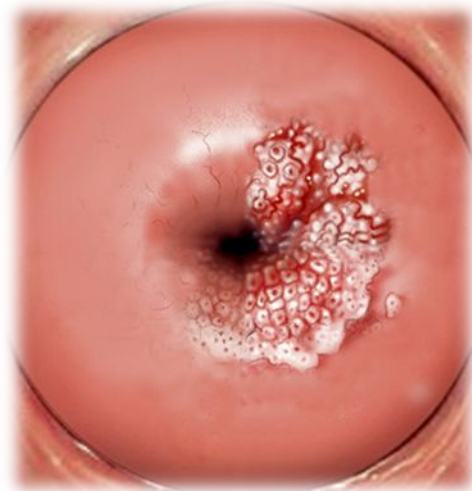
Выполнил: ст.гр.МЛ 603

Галев Эйсса

Преподаватель: Д.м.н., профессор
Оразмурадов Агамурад Акмамедович

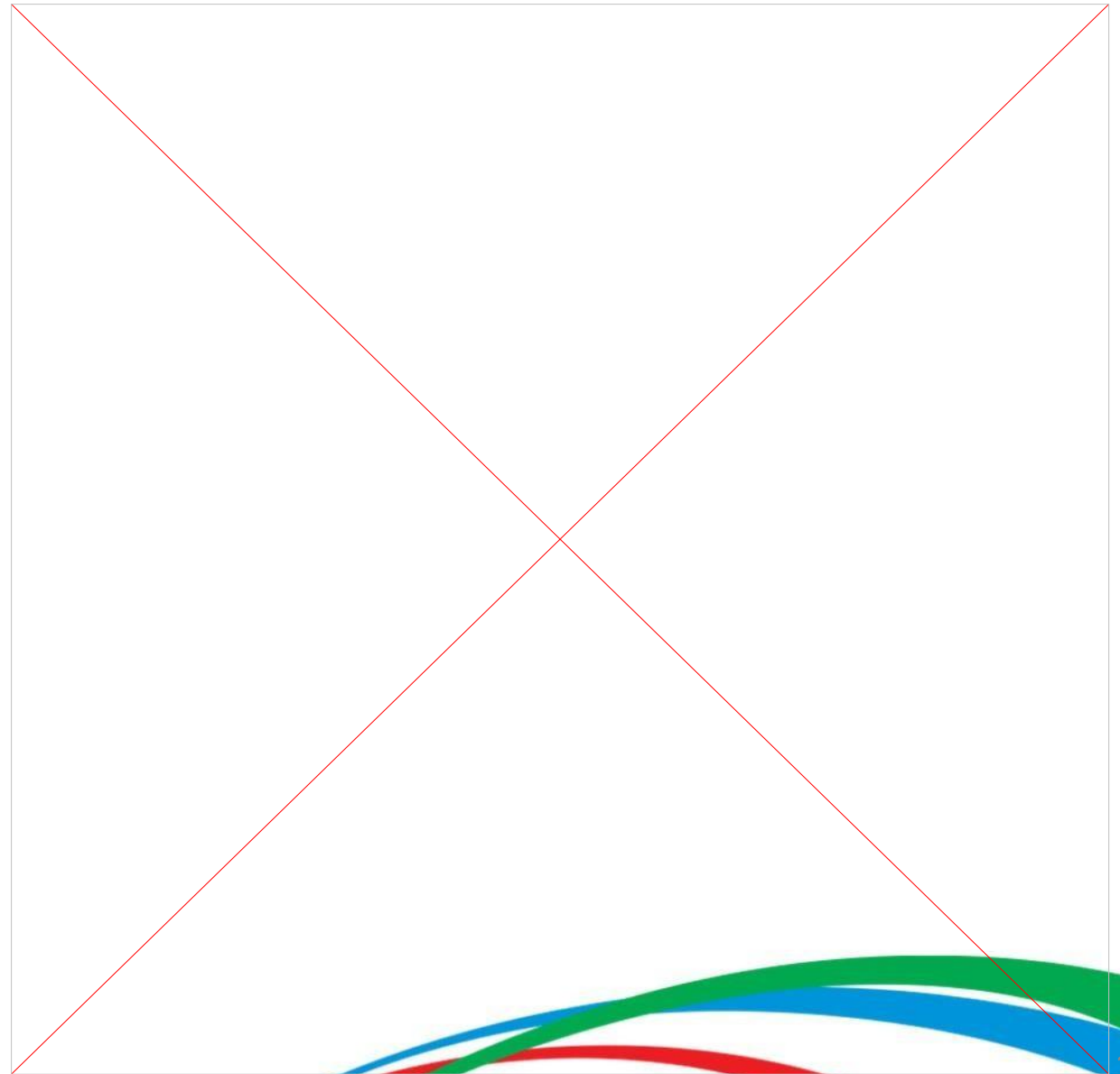
Москва, 2021 г.

Рак шейки матки (РШМ) — злокачественная опухоль, развивающаяся из эпителия шейки матки. На долю РШМ приходится от 12 до 20% всех злокачественных новообразований женской половой сферы



Эпидемиологи я

- 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.
- однако отмечается неблагоприятная тенденция роста заболеваемости РШМ среди молодых женщин в возрасте 15–24 лет в 4 раза; в возрасте 25–34 года в 2,5 раза.

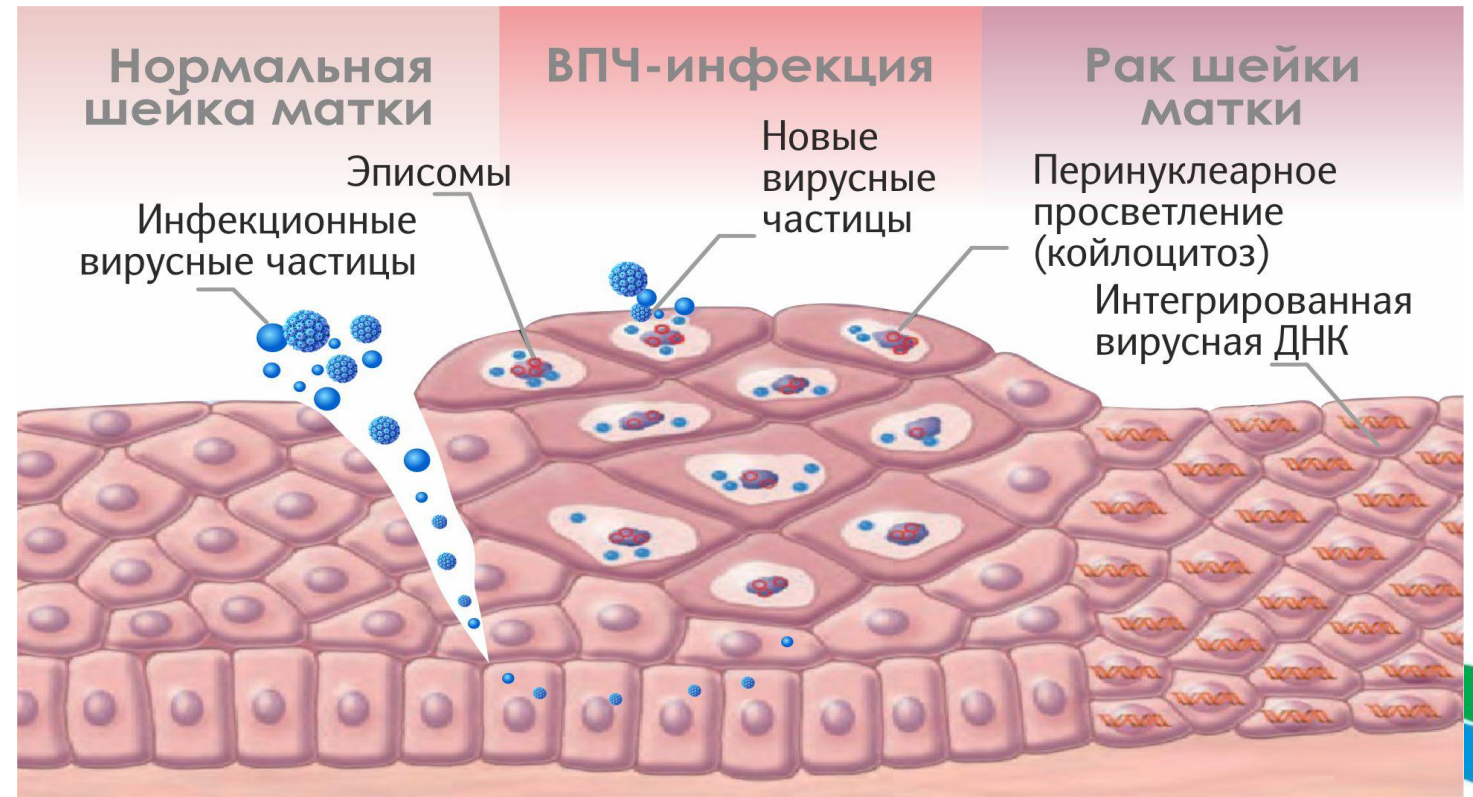


Факторы риска РШМ:

- раннее начало половой жизни;
- ранние первые роды;
- частая смена половых партнёров;
- инфекции, передаваемые половым путем; длительное использование
- КОК
- курение.

Этиология

Вирус папилломы человека, вызывающих рак шейки матки. Для цервикальных неоплазий характерно присутствие 16, 18, 45, 56 серотипов ВПЧ, в несколько меньшей степени — 31, 33, 35.



классификация

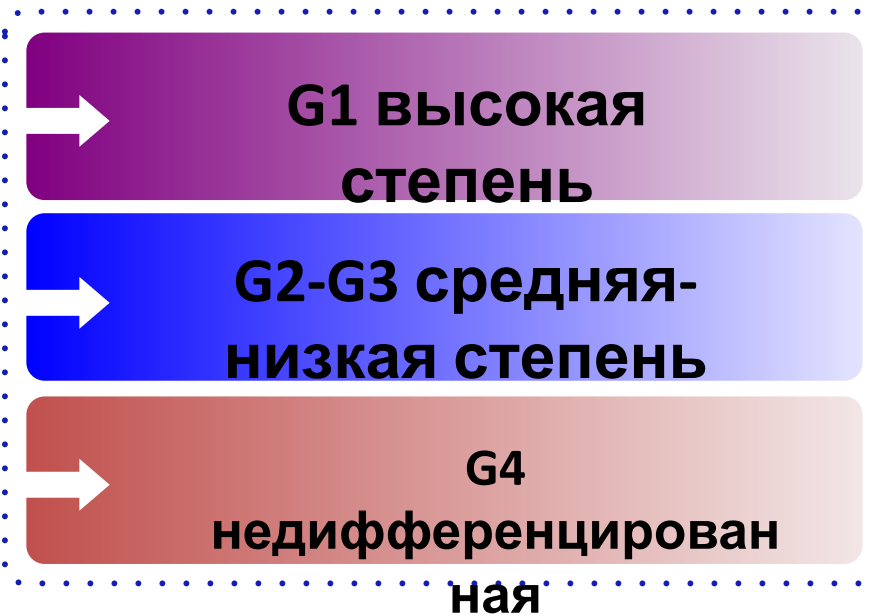
Я

Гистопатологическая

Я

Степень
дифференцировки
опухоли

ТИП РОСТА
РШМ



МЕЖДУНАРОДНАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

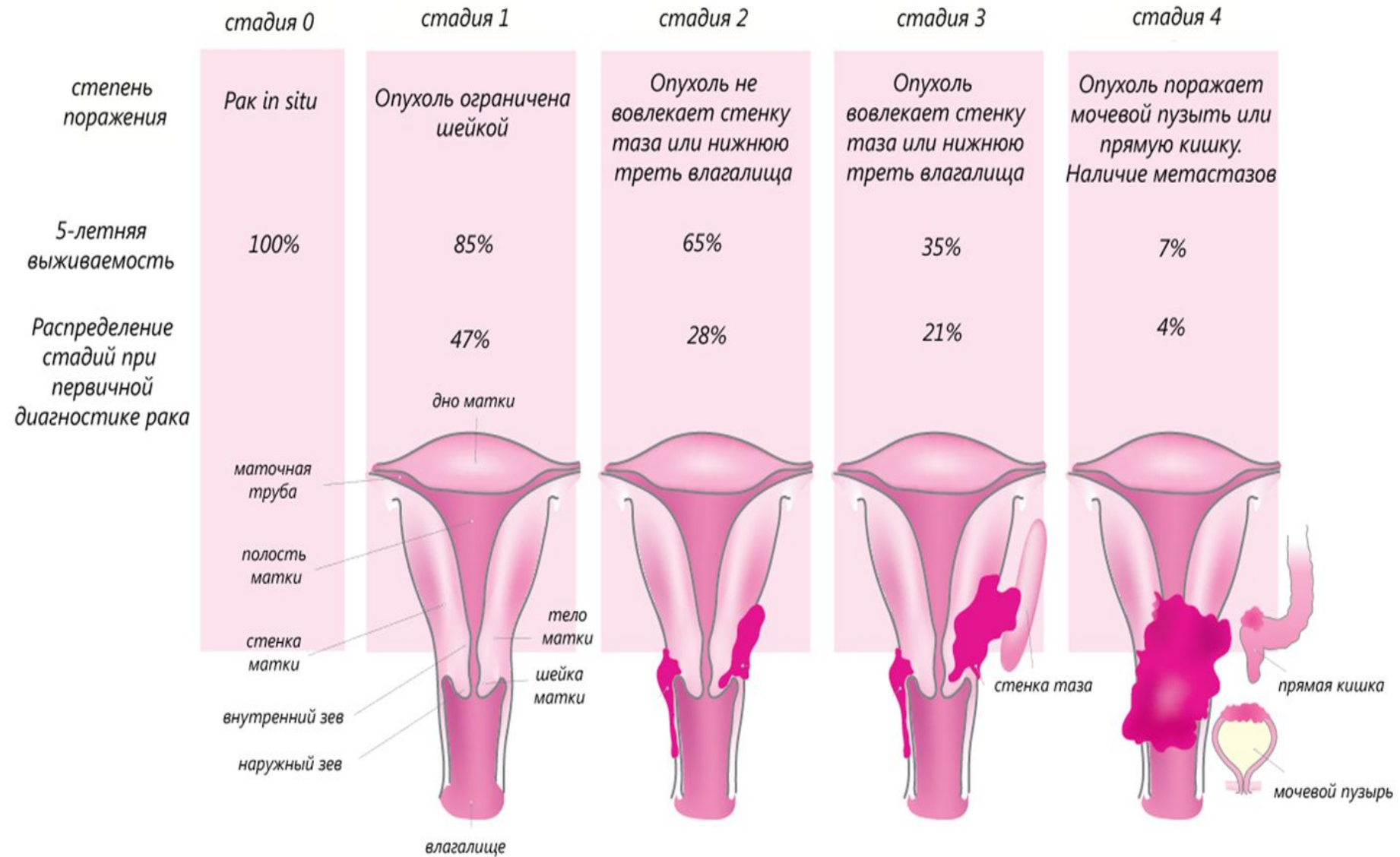
Опухоли из плоского эпителия:

- 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).
- Плоскоклеточный рак с началом инвазии (микроинвазивный)
- Плоскоклеточный рак:
 - ороговевающий;
 - неороговевающий;
 - Базалоидный
 - плоскоклеточно-переходноклеточный;

Опухоли из железистого эпителия:

- Аденокарцинома in situ;
- Аденокарцинома с началом инвазии;
- Аденокарцинома:

Стадирование рака шейки матки





Беременность и РШМ

Рост опухоли во время беременности:

- Экзофитный – 54 %
- Эндофитный- 26%
- Смешанный – 21 %

По гистологии:

- Ороговевающий рак- 53 %
- Плоскоклеточный неороговевающий – 31%
- Плоскоклеточный рак без дифференцировки- 7%
- Аденокарцинома- 3,6%

У беременных выявляется:

- I стадия РШМ – 47-50%
- II стадия РШМ- 33%
- III-IV стадия РШМ- 50%

РАК ШЕЙКИ МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ. Л.А.
Коломиец
НИИ онкологии Томского научного центра СО
РАМН

Клиническая картина:

Основные симптомы РШМ во время беременности:

- Влагалищные кровотечения (68%) :
- Лейкорейя (бели) (10%)
- Боли внизу живота (7 %)
- Жалобы отсутствуют (15%)

Время установления диагноза РШМ при беременности от появления первых симптомов варьирует от 1 до 12 мес.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ. Л.А.
Коломиец
НИИ онкологии Томского научного центра СО
РАМН

Основными симптомами рака шейки матки во время беременности являются:

- ▶ **Влагалищные кровотечения** (68%) (контактные, при физическом напряжении); которые чаще всего расцениваются:
 - в I триместре как угрожающий выкидыш
 - во II и III триместрах - как предлежание или преждевременная отслойка плаценты
 - после родов — осложнение послеродового периода).
- ▶ **Бели** (лейкорейя) носят жидкий, водянистый характер (обусловлены лимфореей из участка опухоли, подвергшегося некрозу или распаду) — 10,2%;
- ▶ **Жалобы отсутствуют** — 14,5%

Поздние симптомы. Развиваются в результате регионального метастазирования.
- ▶ **Боли** (поясница, крестец, под лоном).
- ▶ **Нарушение функций соседних органов**

Диагностика:

Рекомендации по скринингу и диагностике РШМ при беременности:

- Влагалищное исследование при помощи зеркал
- Цитологическое исследование шейки матки по методу Папаниколау следует проводить во время первого пренатального визита к врачу.
- Дальнейшая тактика зависит от результатов цитологии:

←

- при наличии LSIL в мазке :
цитологию и кольпоскопию
выполняют через 6-8 недель
после родов.

↘

**-при наличии HSIL в мазке: сразу
направляют на кольпоскопию.**

- Биопсию шейки матки выполняют только при подозрении на РШМ как цитологически, так и кольпоскопически. (Место биопсии немедленно прижимают тампоном с перекисью водорода, используют также гемостатические губки).
- УЗИ, МРТ малого таза и брюшной полости при инвазивном раке шейки матки

Тактика ведения беременных с инвазивным раком шейки матки (статья опубликована на сайте РМЖ)

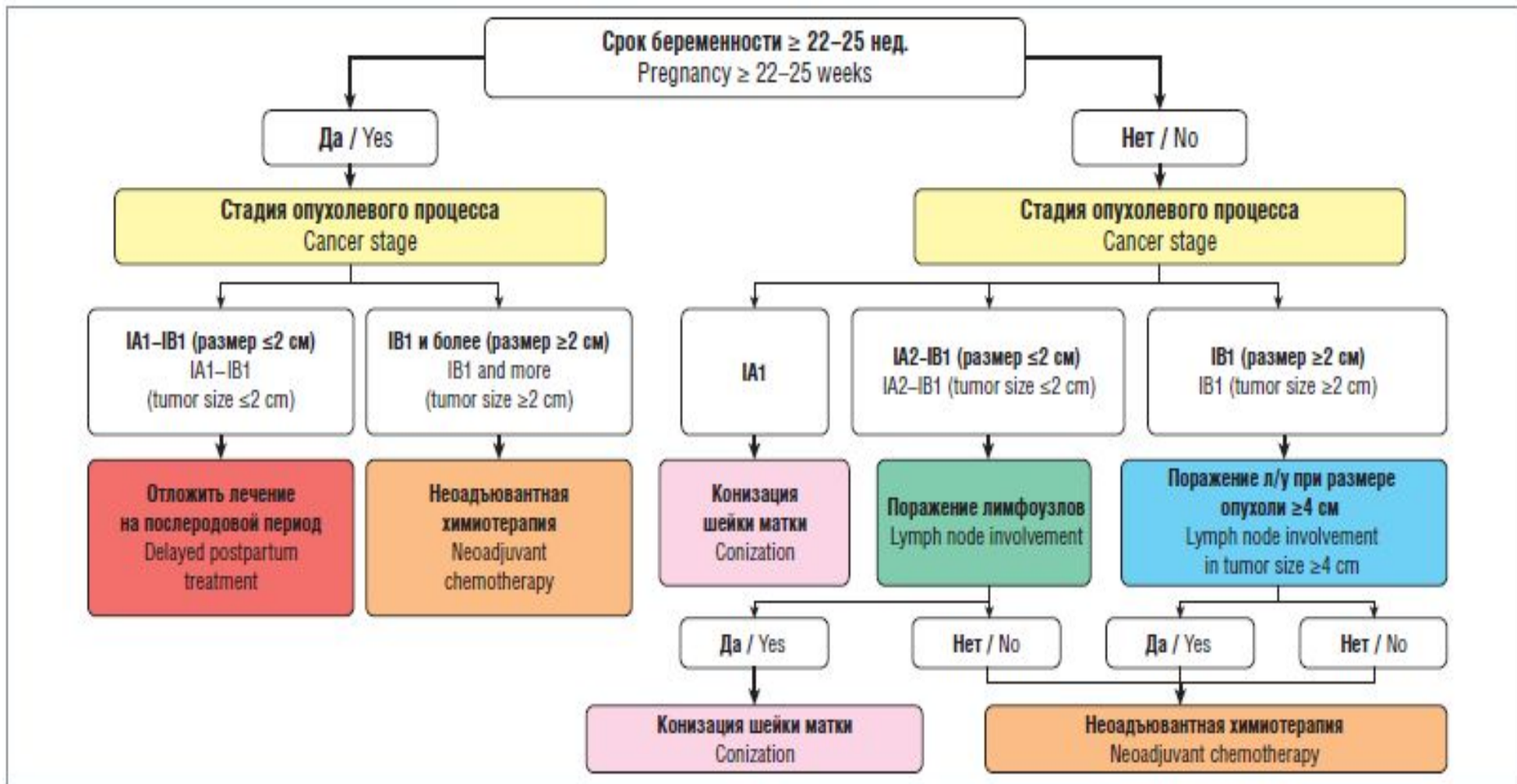


Рис. 1. Тактика ведения пациенток с инвазивным РШМ при заинтересованности в пролонгировании беременности
Fig. 1. Managing invasive cervical cancer in women who decide to proceed the pregnancy

Хирургическое лечение:

- В первой половине беременности (до 22 нед.) рекомендуется проведение лапароскопической ТЛАЭ (тазовая лимфаденэктомия)
- При выявлении метастазов показано прерывание беременности и проведение химиолучевой терапии. Пролонгирование беременности допустимо при интактности лимфатических узлов и начале НАХТ.

Неoadьювантная химиотерапия :

- Не проводится в I триместре беременности в связи с высоким риском эмбриотоксического и тератогенного действия.
 - Во время беременности у пациенток с РШМ химиотерапию можно проводить начиная со II триместра: при IB1 стадии, отсутствии метастазов в лимфатических узлах и размерах опухоли <2 см; при IB1 стадии и размерах опухоли 2–4 см, при отсутствии метастазов в лимфатические узлы или при невозможности проведения лимфаденэктомии, а также при IB2—IIB стадиях — до периода достижения зрелости плода
 - Наиболее часто схема терапии включает цисплатин (50–100 мг/м²) в монорежиме или в комбинации с паклитакселом (175 мг/м²). Курсы проводятся с интервалом каждые 3 нед.
- Реже применяется комбинация цисплатина (75 мг/м²) с ифосфамидом 2 г/м² циклами каждые 2 нед.

*Тактика ведения беременных с инвазивным раком шейки матки
(статья опубликована на сайте РМЖ)*

Тактика родоразрешения беременных с РШМ:

- Последний курс полихимиотерапии должен быть завершен за 3 нед. до предполагаемой даты родов. Это связано с риском рождения ребенка с подавленным костным мозгом и высокой вероятностью развития у него инфекционных осложнений.
- В настоящее время рекомендовано пролонгировать беременность как минимум до доношенного срока (37 нед.), при отсутствии такой возможности — хотя бы до 34 нед.
- После конизации шейки матки, выполненной при IA1–IA2 стадиях, теоретически возможны влагалищные роды.
- В случае распространенного РШМ методом родоразрешения является операция корпорального кесарева сечения с последующей операцией Вертгейма.

Беременность и миома матки

миома матки: доброкачественная, моноклональная, хорошо отграниченная, капсулированная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки

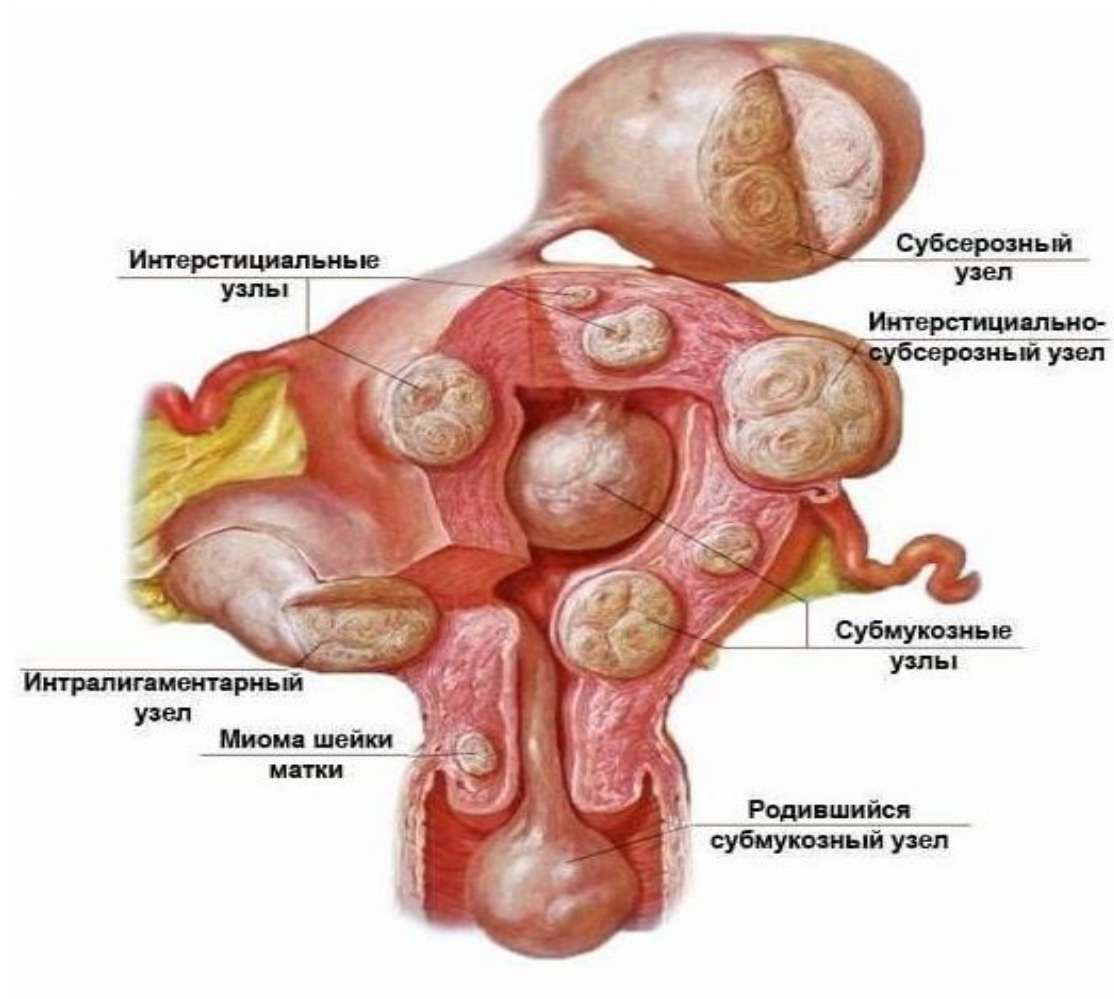
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

У 30–35% женщин миому матки диагностируют в репродуктивном возрасте и у 0,5–6 % беременных



Классификация миом матки

- Субсерозная;
- Субмукозная;
- Интерстициальная;
- Интралигаментарная;
- Паразитирующая-миома матки на ножке, прикрепившаяся к другим органам и использующая их в качестве дополнительного источника питания.



Этиология

- Генетическая причина
- Миома матки гормонально-зависимая доброкачественная опухоль: прогестерон увеличивает митотическую активность и снижает апоптоз; эстрогены вызывают рост миоматозных узлов

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- При отсутствии осложнений заболевание у беременных, особенно на начальных этапах, протекает бессимптомно и выявляется случайно во время планового УЗИ-скрининга.
- При наличии крупных миом возможно ощущение дискомфорта, давления, тяжести внизу живота, несоответствие окружности живота сроку беременности.
- Учащение мочеиспускания, запоры или более частые позывы к дефекации, отеки ног, наружных гениталий,
- появление геморроя, вызванные сдавливанием подсерозной опухолью мочевого пузыря, прямой кишки и магистральных вен,

осложнение беременности у больных миомой матки

□ преждевременное прерывание, обусловленное:

- нарушением кровообращения и некрозом миоматозного узла;
- тромбозом вен таза из-за сдавления миоматозными узлами больших размеров;
- истмико-цервикальная недостаточность при шейечно-перешеечной локализации узлов;
- преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, особенно если она частично расположена в проекции миоматозного узла;
- задержкой развития плода;

□ Достаточно редким осложнением миомы матки при беременности считают внутриутробное развитие у плода множественных контрактур суставов, которые проявляются снижением его двигательной активности, оцениваемой с помощью ультразвукового исследования (УЗИ).

Статья «Беременность и миома матки»
А.В. Козаченко, С.Н. Буянова, И.А.
Краснова

Диагностика

Основной задачей диагностического поиска при миоме у беременных является оценка факторов, способных осложнить гестацию и роды, — количества и размеров узлов, их локализации и расположения по отношению к плаценте.

- УЗИ матки: миоматозные узлы имеют вид округлых гетерогенных образований с четкими ровными контурами.
- УЗДГ сосудов матки: для изучения как особенностей кровоснабжения миоматозной неоплазии, так и маточно-плацентарного кровотока.
- МРТ матки выполняют по показаниям в сложных диагностических случаях не ранее 4 месяца гестации.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения:

- пролонгирование беременности не менее чем до 39 нед;
- снижение тонуса матки;
- терапия, направленная на улучшение фетоплацентарного кровотока;
- рождение здорового ребенка.

Показания к госпитализации:

- нарушение кровообращения в миоматозном узле;
- осложненное течение беременности:
- гипоксия плода;
- задержки развития плода.

Медикаментозное лечение:

□ Токолитики:

- гексопреналин (гинипрал) 0,5 мг перорально, 4–6 раз в сутки вместе с верапамилом (10 мг) или 2 мл

гексопреналина (5 мкг на 1 мл) в 50 мл изотонического раствора натрия хлорида, внутривенно введение осуществлять при помощи инфузомата со скоростью 3–6 мл/ч.

- Нифедипин от 20–160 мг 3–4 раза в сутки с контролем артериального давления.

При непереносимости гексопреналина можно использовать раствор магния сульфата 30,0 мл 25 %, разведенного в 200,0 мл изотонического раствора натрия хлорида.

□ Профилактика фетоплацентарной недостаточности:

витаминотерапия, препараты магния (магний В6), дипиридамола (курантил), пентоксифиллин (трентал).

Антибиотики широкого спектра действия назначают при появлении признаков нарушения питания ткани узла

Статья «Беременность и миома матки»
А.В. Козаченко, С.Н. Буянова, И.А.
Краснова

Хирургическое лечение

Показания к миомэктомии во время беременности:

- быстрый рост опухоли;
- большие и гигантские размеры узлов, приводящие к нарушению функции органов брюшной полости малого таза;
- некроз узла и перекрут ножки узла;
- гигантские узлы миомы, выполняющие брюшную полость;
- невозможность прерывания беременности вагинальным доступом при начавшемся выкидыше

(большие шейные миомы).

Хирургическое лечение выполняют по показаниям в любом сроке беременности лапаротомным доступом, а в сроке 16–22 нед беременности – лапароскопически.

Особенности лапароскопической миомэктомии при беременности, как правило, следующие: удаление субсерозного узла миомы, менее глубокое положение Тренделенбурга 15–200, низкое давление пневмоперитонеума (10–12 мм рт. ст.), высокая установка троакаров, использование с целью гемостаза только биполярной коагуляции.

Условия проведения миомэктомии во время беременности:

- выведение матки в рану без ее фиксации позволяет уменьшить кровопотерю;
- минимальная травматичность для плода;
- продольный разрез на матке с учетом последующего абдоминального родоразрешения;
- минимизация объема оперативного вмешательства (удаляют только большие узлы диаметром >8–10 см, препятствующие пролонгированию беременности);

ВЫБОР СРОКА И МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

- При отсутствии жалоб пролонгировать беременность можно до 38–39 нед, после чего осуществляется плановое кесарево сечение.
- У беременных, отнесенных к группе низкого риска (до 35 лет; Субсерозные миомы ; до 5 см в диаметре)., возможно родоразрешение через естественные родовые пути.

Спасибо за внимание

