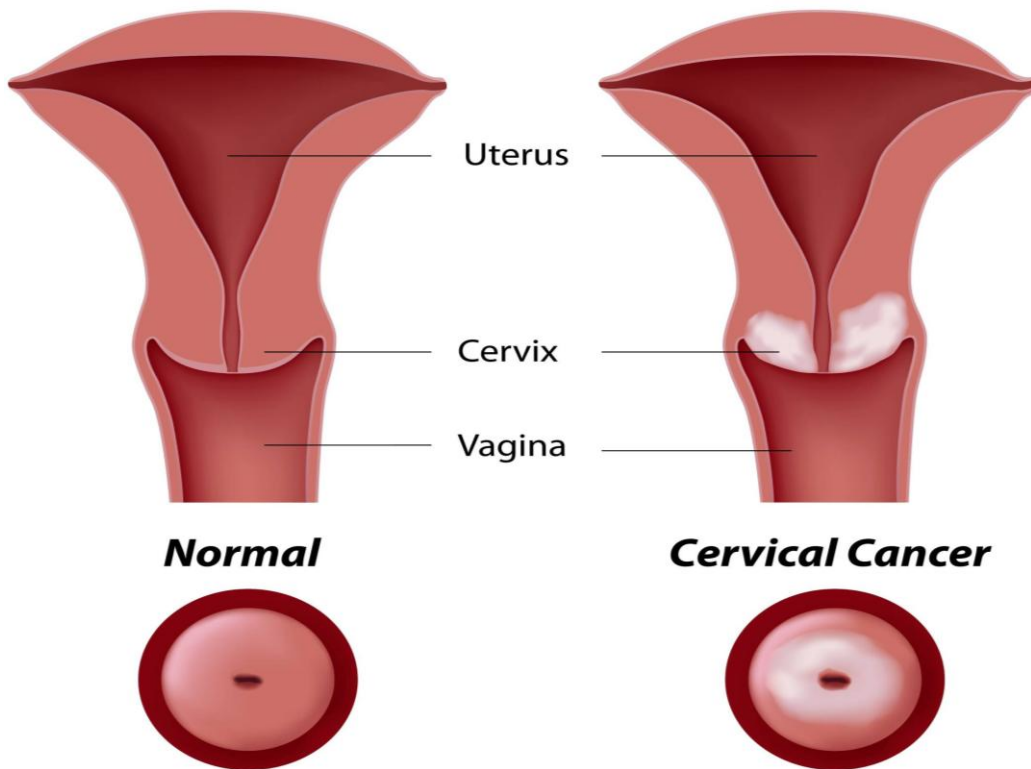


Рак шийки матки

C – 53



Фактори ризику раку шийки матки

1. Ранній початок статевого життя (до 16 р.)
2. Онкомаркер SCC більше 1,5
3. Часта зміна сексуальних партнерів
4. Паління більше 10 сигарет в день
5. Ранні роди (до 19 р.)
6. Бактеріальна інфекція (хламідії, уреоплазми, гарднерели)
7. Кількість родів більше 3 (розриви в родах)
8. Вірус папіломи людини 16, 18 типи – виявлено
9. Вірус папіломи людини 16, 18 типи – не обстежена
10. Контактні кровомазання
11. Хворі на ВІЛ
12. Вік старше 46 р.
13. Обтяжений онкологічний анамнез

- 14.Лейкоплакія , дисплазія шийки матки
- 15.Виявлений герпес-вірус тип 2
- 16.Жінки з низьким соціальним рівнем життя
- 17.Гормональна контрацепція більше 1р.
- 18.Більше 5 абортів в анамнезі

Етіологія.

Фоновими захворюваннями для РШМ є ерозії, лейкоплакії і поліпи. До передракових станів належить дисплазія - порушення нормального розміщення шарів епітелію шийки матки і вогнищева проліферація окремих клітин. У хворих на дисплазію РШМ виникає у 20 разів частіше, ніж у здорових.

РШМ буває внутрішньоепітеліальний (преінвазивний, cancer in situ), мікроінвазивний (інвазія в строму на глибину до 5 мм від базальної мембрани) та інвазивний (↑ 5 мм).

За характером росту пухлини розрізняють екзофітну, ендофітну і змішану форми.

При екзофітній формі пухлина росте у просвіт піхви, втрачає гладкість, набуває вигляду цвітної капуста і може виповнювати просвіт піхви.

Ендофітна форма характеризується проростанням пухлини у м'язевий шар шийки матки, внаслідок чого об'єм шийки матки збільшується, вона ущільнюється. При розпаді пухлини утворюється кратероподібна виразка. РШМ може поширюватися на тіло матки, параметрій, піхву.

Симптоми раку шийки матки

Клінічні прояви при карциномі in situ і мікроінвазивному РШМ відсутні. Поява скарг і симптоматики свідчить про прогресування пухлинної інвазії.

Найбільш характерним проявом РШМ служать кров'яністі виділення та кровотечі: міжменструальні, постменопаузальні, контактні (після статевого акту, огляду гінеколога, спринцювання і т. д.), менорагії. Хворі відзначають появу білей – рідких, водянистих, жовтуватого або прозорого кольору вагінальних виділень, обумовлених лімфореею. При розпаді ракової пухлини виділення приймають гнійний характер, іноді мають колір «м'ясних помиїв» і зловонний запах.

При проростанні пухлини в стінку тазу або нервові сплетення з'являються болі в животі, під лоном, в ділянці крижів в спокої або під час статевого акту. У разі метастазування РШМ в тазові лімфовузли і здавлення венозних судин можуть спостерігатися набряки ніг і зовнішніх геніталій.

Якщо пухлинна інфільтрація уражує кишечник або сечовий міхур, розвиваються порушення дефекації і сечовипускання; з'являється гематурія або домішки крові в калі; іноді виникають піхвово-кишкові та піхвово-міхурові норичі. Механічна

компресія метастатичними лімфовузлами сечоводів призводити до затримки сечі, формуванню гідронефрозу з подальшим розвитком анурії та уремії.

Що таке папілома-вірус людини (ВПЛ)?

Вчені пов'язують майже всі випадки РШМ з інфікуванням вірусом папіломи людини (ВПЛ). ВПЛ може призвести до змін у ШМ, що, в свою чергу, призводить до РШМ.

- ВПЛ – це вірус, який передається статевим шляхом.
- Зазвичай після інфікування цей вірус не турбує та протікає безсимптомно.
- Якщо він все ж таки присутній в організмі, це стає причиною змін у клітинах ШМ. Ці зміни призводять до раку, якщо не лікувати вірусне захворювання.
- Сам ВПЛ неможливо діагностувати скринінгом, так як з початком статевого життя більшість людей інфікуються.
- Скринінг РШМ діагностує зміни, які відбулися у клітинах через ВПЛ. Лікування цих процесів (дисплазій) попереджає розвиток онкологічних захворювань.
- Поширена думка, що генітальні бородавки також є наслідком ВПЛ. Це вірно, але їх спричиняє інший тип ВПЛ, який не викликає захворювання на рак.
- Доведено, що РШМ спричиняє ВПЛ 16 та 18 тип.
- Без інфікування ВПЛ РШМ не виникає, з іншого боку - тільки одного інфікування теж недостатньо для виникнення хвороби. Причина РШМ у одночасній дії декількох факторів.

У чому полягає процедура скринінгу?

ПАП-тест дуже простий та займає лише декілька хвилин. Сама процедура не викликає болю, хоча деякі жінки вважають її трішки неприємною.

Після проведення кольпоскопії (огляду ШМ та ЦК через спеціальний мікроскоп) лікар або медична сестра бере зразок клітин ШМ за допомогою маленької щіточки. Після цього зразок відправляють до лабораторії, де його фарбують спеціальною фарбою і вивчають під мікроскопом (цитологічне дослідження).

У більшості жінок результати цього тесту нормальні, та іноді зразок не досить «чистий». У такому випадку лікар порадить пройти ряд інших тестів.

Основні причини занедбаності:

1. Пізні звернення за медичною допомогою
2. Прихований перебіг захворювання
3. Помилки в діагностиці
4. Відсутність професійних оглядів впродовж 2-х та більше років
5. Тривале обстеження

Діагностика :

При РШМ обстеження включає в себе:

- гінекологічний огляд;
- цитологічне дослідження;
- кольпоскопія;
- біопсія пухлини шийки матки;
- діагностичний зішкреб цервікального каналу і порожнини матки (при наявності клінічних даних на користь пухлинного ураження цервікального каналу, а також при сумніві у вихідній локалізації пухлини – шийка матки чи тіло матки);
- цистоскопію ;
- екскреторну урографію;
- УЗД органів черевної порожнини, малого тазу і за очеревинного простору;
- рентгенологічне обстеження легень;
- фіброколоноскопія , ректороманоскопія;
- фіброгастроскопія;
- комп'ютерна томографія (при розмірах первинного вогнища в межах T1b, T2 і T3, при інших стадіях – за показаннями).

Обов'язкові наступні лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові з визначенням лейкоцитарної формули і кількості тромбоцитів;
- загальний аналіз сечі;
- біохімічний аналіз крові, який включає визначення загального білка, сечовини, креатиніну, білірубіну, глюкози крові;
- коагулограма;
- ЕКГ;
- серологічні дослідження крові (на RW, резус-фактор, групу крові, HbSAg);
- онкомаркер SCC,(при необхідності CA-125).

Під час огляду в дзеркалах визначають форму шийки матки, її анатомічний стан та розміри. При внутрішньоепітеліальному та мікроінвазивному раку можна побачити зміни, характерні для псевдоерозії. При дотику тампоном до місця ураження може з'явитись мікрокровотеча.

Дворучне вагінальне дослідження дозволяє визначити консистенцію шийки і тіла матки, наявність інфільтрації. Для РШМ характерна щільність і горбистість пухлини. Обов'язковим елементом огляду хворої з підозрою на РШМ є пальцеве ректальне дослідження .

Методом ранньої діагностики РШМ є цитологічне дослідження цервікального каналу та шийки матки.

Забір матеріалу для цитологічного дослідження здійснюється за допомогою шпателя або відповідного інструменту; матеріал переноситься на предметне скло і тонко нашаровується на його поверхні. Необхідно підкреслити, що результат

цитологічного дослідження залежить від якості забору матеріалу. Матеріал, зібраний із заднього склепіння піхви, не придатний через деструкцію клітин.

У пацієток групи ризику, а також хворих на фоніві захворювання і рубцеві зміни шийки матки, гінекологічний огляд повинен закінчуватись обов'язковим забором матеріалу для цитологічного дослідження (не менше двох разів на рік).



До методів ранньої діагностики РШМ відносять кольпоскопію. Завдяки 25-30-кратному збільшенню об'єкта дослідження є можливість проведення прицільної біопсії. Широке впровадження методів кольпоскопії і цитологічного дослідження при профілактичних оглядах жінок у віці понад 30-35 років дозволило значно підвищити рівень ранньої діагностики РШМ та покращити результати його лікування.

Основа раннього виявлення мікроінвазивного РШМ складають регулярні онкопрофілактичні огляди з цитологічним дослідженням шийки матки. Пап-тест (мазок по Папаніколау) дозволяє виявити передракові процеси, ракові клітини при преінвазивному рості пухлини.

Візуальний гінекологічний огляд в ранній стадії дозволяє виявити або запідозрити РШМ за зовнішніми ознаками: виразки, зміни забарвлення шийки матки.

У інвазивної стадії при екзофітному типу зростання раку на поверхні шийки матки визначаються фібринозні накладення, пухлиноподібні розростання червонуватого, білявого, рожево-сірого кольору, які легко кровоточать при дотику. У разі ендоефітної пухлини РШМ (церві кальна форма) ШМ стає збільшеною, набуває бочкоподібної форми, має нерівну горбисту поверхню, нерівномірне рожево-мармурове забарвлення. При ректо-вагінальному дослідженні у параметрії і малому тазу можуть визначатися інфільтрати.

За допомогою кольпоскопії при збільшенні зображення в 7,5 – 40 разів можливо більш детально вивчити шийку матки, виявити фоніві процеси (дисплазію, лейкоплакію) і початкові прояви РШМ. Для дослідження зони трансформації епітелію використовують проведення проби з оцтовою кислотою і Шиллер-тесту (йодної проби). Атипія при РШМ виявляється по характерній звитості судин, менш інтенсивному фарбуванню патологічних йоднегативних вогнищ.

При підозрі на РШМ показано дослідження пухлиноасоційованого антигену плоскоклітинної карциноми – маркера SCC-Ag (в нормі не перевищує 1,5 нг / мл).

Розширена кольпоскопія дає можливість виявити ділянку трансформації і зробити прицільну біопсію шийки матки для гістологічних дослідження. Ножова біопсія шийки матки з вишкрібанням цервікального каналу обов'язкова при підозрі на цервікальний рак. Для визначення ступеня інвазії раку проводиться конізація шийки матки – конусоподібне висічення. Вирішальним і остаточним методом в діагностиці РШМ є морфологічна інтерпретація результатів біопсії.

Додатково при РШМ проводиться УЗД малого тазу, що дозволяє визначити стадію пухлинного процесу і планувати обсяг втручання. Для виключення проростання пухлини в суміжні органи та віддаленого метастазування вдаються до виконання УЗД сечового міхура і нирок, цистоскопії, внутрішньовенної урографії, УЗД черевної порожнини, рентгенографії легень, іригоскопії, ректоскопії. При необхідності пацієнтки з виявленим РШМ повинні бути проконсультовані урологом, пульмонологом, проктологом.

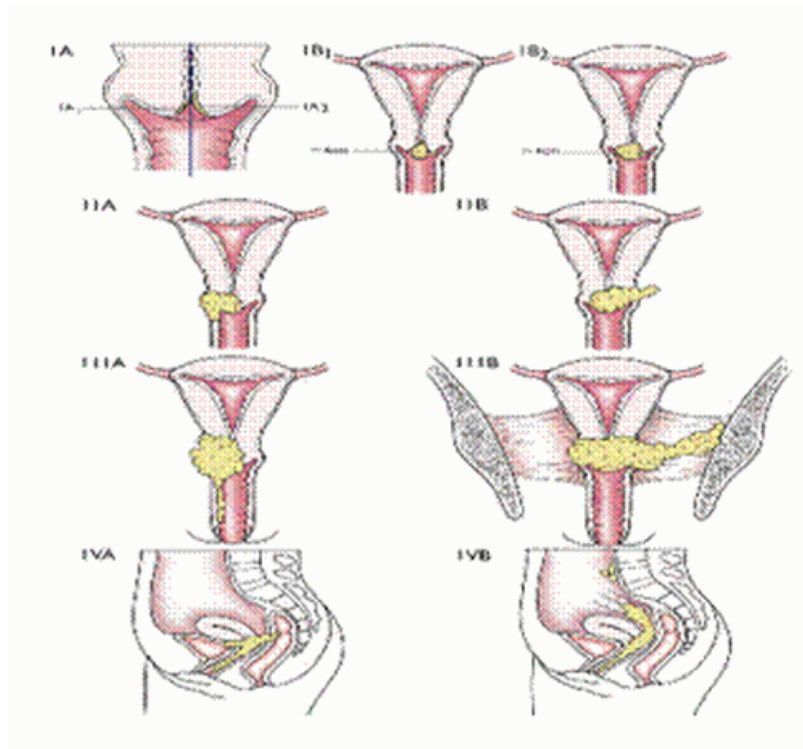
Профілактика раку шийки матки:

Основним профілактичним заходом раку є масовий скринінг за допомогою цитологічного дослідження зіскрібків з шийки матки і цервікального каналу. Обстеження рекомендується починати після початку статевого життя, але не пізніше 21 років. Протягом перших двох років мазок здається щорічно; потім, при негативних результатах – 1 раз в 2-3 роки.

Профілактика РШМ вимагає раннього виявлення та лікування фонових захворювань і статевих інфекцій, обмеження числа сексуальних партнерів, використання бар'єрної контрацепції при випадкових статевих зв'язках. Пацієнткам груп ризику необхідно проходження огляду гінеколога не рідше 1 разу на півроку з проведенням розширеної кольпоскопії і цитологічного мазка.

Дівчаткам і молодим жінкам у віці від 9 до 26 років рекомендується проведення профілактичної вакцинації проти ВПЛ і РШМ препаратами Церварікс або Гардасил.

Класифікація раку шийки матки за стадіями TNM



Стадія 0 (FIGO) або Tis (TNM) розцінюється як преінвазивний або внутрішньоепітеліальний рак шийки матки (in situ).

Стадія I (FIGO) або T1 (TNM) – пухлинна інвазія обмежується шийкою матки, без переходу на її тіло.

IA (T1 A) – мікроскопічно визначається рак шийки матки з глибиною інвазії до 5 мм і горизонтальним поширенням до 7 мм.

- I A1 (T1 A1) – інвазія стріми до 3 мм з горизонтальним поширенням до 7 мм;
- I A2 (T1 A2) – проростання пухлини в шийці матки на глибину від 3 до 5 мм з горизонтальним поширенням до 7 мм.

IB (T1 B) – макроскопічно визначається цервікальний рак, обмежений шийкою матки, або мікроскопічно виявляються ураження, що перевищують IA2 (T1A).

- I B1 (T1 B1) – макроскопічно визначається виразка, що не перевищує в максимальному вимірі 4 см;
- I B2 (T1 B2) – макроскопічно визначається виразка, що перевищує в максимальному вимірі 4 см.

Стадія II (FIGO) або T2 (TNM) характеризується поширенням раку за межі шийки матки; нижня третина піхви і стінки тазу інтактні.

- II A (T2 A) – пухлина інфільтрує верхню і середню третину піхви або тіло матки без проростання в параметрії;
- II B (T2 B) – пухлина інфільтрує параметрії, але не доходить до стінок тазу.

Стадія III (FIGO) або T3 (TNM) характеризується поширення раку за межі шийки матки з проростання параметрію до стінок тазу чи втягнення нижньої третини піхви, або розвитком гідронефрозу.

- III A (T3 A) – пухлина захоплює нижню третину піхви, але не проростає в стінки тазу;
- III B (T3 B) – пухлина переходить на стінки тазу або викликає гідронефроз, або вторинне ураження нирки.

Стадія IV A (FIGO) або T4 (TNM) характеризується поширення раку шийки матки в суміжні органи або поширення за межі тазу. Стадія IV B (T4 M1) свідчить про наявність віддалених метастазів.

Групування за стадіями:				
Стадія	0	Tis	N ₀	M ₀
Стадія	IA	T1a	N ₀	M ₀
Стадія	IA1	T1a1	N ₀	M ₀
Стадія	IA2	T1a2	N ₀	M ₀
Стадія	IB	T1b	N ₀	M ₀
Стадія	IB1	T1b1	N ₀	M ₀
Стадія	IB	T1b2	N ₀	M ₀
Стадія	IB2	T2a	N ₀	M ₀
Стадія	IIA	T2b	N ₀	M ₀
Стадія	IIВ	T3a	N ₀	M ₀
Стадія	IIIA	T1,T2,T3a	N ₁	M ₀
Стадія	IIВ	T3b	Будь-яке N	M ₀
Стадія	IVA	T4	Будь-яке N	M ₀
Стадія	IVB	Будь-яке T	Будь-яке N	M ₁

