Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав.кафедрой д.м.н., профессор Зуков Р.А.

Реферат по теме: Рак шейки матки

Проверил:

Руководитель ординатуры, к.м.н., доцент

Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Выполнила:

Клинический ординатор II года обучения По
специальности Онкология Бойло Юлия

Александровна

Красноярск, 2023г.

Содержание

1. Общая информация

2. Этиология и патогенез

3. Классификация

4. Клиническая картина

5. Диагностика

6. Лечение

7. Профилактика

8. Список литературы

1. Общая информация

Рак шейки матки (РШМ) – злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки шейки матки (эктоцервикса или эндоцервикса).

На протяжении длительного времени злокачественные новообразования (ЗНО) шейки матки стабильно занимают высокое 5-е ранговое место (5,2%) в структуре онкологической заболеваемости женщин

Отмечается рост показателя смертности женщин от ЗНО шейки матки в возрасте 35–59 лет, за 20 лет он вырос на 85,2 %.

В возрастной группе 30–34 лет с 1997 г. отмечался рост показателя смертности с 3,0 до 5,7, затем отмечалось его снижение до 4,2 на 100 тыс. женского населения соответствующего возраста

Рак шейки матки можно вылечить, если диагностировать его на ранней стадии и незамедлительно начать лечение.

Комплексная борьба с раком шейки матки включает первичную профилактику (вакцинацию против ВПЧ), вторичную профилактику (скрининг и лечение предраковых поражений), третичную профилактику (диагностику и лечение инвазивного рака шейки матки) и паллиативную помощь.

2. Этиология и патогенез

Подавляющее большинство (более 95%) случаев рака шейки матки вызваны вирусом папилломы человека (ВПЧ).

ВПЧ является наиболее распространенной вирусной инфекцией половых путей. Им в какой-то момент жизни заражается большинство сексуально активных женщин и мужчин, иногда неоднократно. У более 90% зараженных инфекция впоследствии исчезает.

Рак шейки матки – наиболее распространенное из обусловленных ВПЧ заболеваний. Почти все случаи развития рака шейки матки объясняются заражением ВПЧ.

Хотя в большинстве случаев заражение ВПЧ проходит само собой, а предраковые поражения самопроизвольно излечиваются, все женщины подвержены риску перехода инфекции в хроническую форму и прогрессирования предраковых поражений в инвазивный рак шейки матки.

У большинства пациенток при РШМ обнаруживается ВПЧ 16 и/или 18 онкогенного генотипа

У женщин с нормальным иммунитетом рак шейки матки может развиваться в течение 15–20 лет. Однако при нарушениях иммунной системы, например у женщин с нелеченой ВИЧ-инфекцией, этот процесс может занять всего 5–10 лет.

Вероятность заболевания раком шейки матки у женщин с ВИЧ-инфекцией в шесть раз выше, чем у женщин, не инфицированных ВИЧ, и, согласно оценкам, с ВИЧ связано 5% всех случаев заболевания раком шейки матки. Кроме того, во всех регионах мира роль ВИЧ в развитии рака шейки матки выше среди женщин более молодого возраста.

3. Классификация

В нашей стране принята Международная клинико-анатомическая классификация рака шейки матки по стадиям:

I стадия Опухоль ограничена шейкой матки (распространение на тело матки не учитывается)

II стадия Опухоль шейки матки выходит за пределы матки, но не вовлекает стенку малого таза или нижнюю треть влагалища

III стадия Опухоль распространяется на стенку малого таза и/или вовлекает нижнюю треть влагалища и/или является причиной гидронефроза или нефункционирующей почки и/или поражение тазовых и/или парааортальных лимфатических узлов

IV стадия Опухоль, распространившаяся за пределы таза или прорастающая слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки (буллезный отек не позволяет отнести опухоль к стадии IV)

TNM	FIGO
TX	Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
T0	Первичная опухоль не определяется
Tis ^a	Рак <i>in situ</i> , преинвазивный рак (эти случаи не входят в статистику заболеваемости РШМ)

T1	Стадия I ^б	Опухоль ограничена шейкой матки (распространение на тело матки не учитывается)
T1a	IA	Инвазивная карцинома, диагностирующаяся микроскопически, с наибольшей глубиной инвазии ≤ 5 мм ^в
T1a1	IA1	Стромальная инвазия ≤ 3 мм
T1a2	IA2	Стромальная инвазия > 3 и ≤ 5 мм
T1b	IB ^г	Инвазивная карцинома с глубиной инвазии ≥ 5 мм ^д
T1b1	IB1	Инвазивная карцинома с глубиной инвазии ≥ 5 мм (больше чем стадия IA) и < 2 см в наибольшем измерении
T1b2	IB2	Инвазивная карцинома ≥ 2 и < 4 см в наибольшем измерении
	IB3	Инвазивная карцинома > 4 см в наибольшем измерении
T2	Стадия II	Опухоль шейки матки выходит за пределы матки, но не вовлекает стенку малого таза или нижнюю треть влагалища
T2a	IIA	Параметральная инвазия отсутствует
T2a1	IIA1	Инвазивная карцинома < 4 см в наибольшем измерении
T2a2	IIA2	Инвазивная карцинома ≥ 4 см в наибольшем

		измерении
T2b	ПВ	С вовлечением параметрия
T3	Стадия III	Опухоль распространяется на стенку малого таза и/или вовлекает нижнюю треть влагалища и/или является причиной гидронефроза или нефункционирующей почки и/или поражение тазовых и/или парааортальных лимфатических узлов
T3a	IIIА	Опухоль вовлекает нижнюю треть влагалища, но не распространяется на стенку малого таза
T3b	IIIВ	Опухоль распространяется на стенку малого таза и/или является причиной гидронефроза или нефункционирующей почки
	IIIС	Поражение тазовых и/или парааортальных лимфатических узлов независимо от размера и распространения первичной опухоли ^е
	IIIС1	Поражение тазовых лимфатических узлов
	IIIС2	Поражение парааортальных лимфатических узлов
T4 и/или M1	Стадия IV	Опухоль, распространившаяся за пределы таза или прорастающая слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки (буллезный отек не позволяет отнести опухоль к стадии IV)
T4	IVA ^е	Прорастание в стенку мочевого пузыря или прямой кишки

M1	IVB	Отдаленные метастазы	
Состояние регионарных лимфатических узлов		Отдаленные метастазы	
NX	Недостаточно данных для оценки	M0	Отдаленные метастазы отсутствуют
N0	Признаков поражения регионарных лимфатических узлов нет	M1 ^ж	Имеются отдаленные метастазы
N1	Метастазы в регионарных лимфатических узлах		

Классификация РШМ по стадиям (FIGO, 2019) и распространенности опухолевого процесса (TNM, 2016)

4. Клиническая картина

Рак шейки матки на ранних стадиях может протекать бессимптомно. Когда появляются симптомы, они обычно включают нерегулярные влагалищные кровотечения, которые могут быть посткоитальными, или иногда спонтанно случаться между менструациями. Более крупные опухоли чаще проявляются спонтанными кровотечениями, а также могут вызвать выделения с неприятным запахом или тазовые боли. При более обширном распространении рака может произойти обструкция мочевыводящих путей, появиться боли в спине, отечность нижних конечностей из-за венозной или лимфатической обструкции.

Гинекологический осмотр может выявить экзофитную некротическую опухоль шейки матки; тем не менее, большинство видов рака шейки матки невозможно увидеть без увеличения.

5. Диагностика

Критерии установления диагноза

1. данные анамнеза;
2. данные физикального обследования;
3. морфологическая верификация диагноза;
4. данные методов лучевой диагностики.

Рак шейки матки может быть заподозрен при рутинном гинекологическом обследовании. Его предполагают у женщин со следующими проявлениями:

I Видимый патологический очаг на шейке матки

II Аномальные влагалищные кровотечения

Рак шейки матки, как правило, диагностируется при выявлении отклонений в цитологическом исследовании или скрининга ВПЧ. Дальнейшее обследование с помощью скрининговых тестов или кольпоскопии показано, если обнаружены атипичные или раковые клетки и/или ВПЧ-тест положительный. Кольпоскопия (осмотр влагалища и шейки матки с помощью увеличительной линзы) используется для выявления областей, требующих биопсии; часто выполняется эндоцервикальный кюретаж. Конусная биопсия (конизация) необходима, если диагноз неясен и подозревается высокодифференцированный ЦИН или инвазивный рак.

Выполняется биопсия шейки матки, отдельное диагностическое выскабливание полости матки и/или цервикального канала, с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала всем пациенткам с подозрением на РШМ с учетом данных предварительного клинико-лабораторного обследования с целью верификации диагноза

При подтвержденном диагнозе РШМ по данным биопсии выполняется ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, брюшной полости, пахово-бедренных, забрюшинных лимфоузлов (ЛУ) (подвздошных и парааортальных), надключичных ЛУ в целях определения распространенности опухолевого процесса и планирования алгоритма лечения

При подтвержденном диагнозе РШМ по данным биопсии выполняется магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза с внутривенным (в/в) контрастированием в целях определения распространенности опухолевого процесса и планирования алгоритма лечения, при отсутствии возможности

выполнить МРТ, рекомендовано проведение КТ органов малого таза и забрюшинного пространства с в/в контрастированием

Диагноз рака шейки матки ставиться на основе результатов гистопатологического исследования. Определение стадии проводится на основе размера опухоли и распространения болезни в пределах таза и на удаленные органы. План лечения зависит от стадии болезни и включает хирургическую операцию, лучевую терапию и химиотерапию. Паллиативная помощь также является важным элементом ведения онкологических пациентов, позволяющим облегчать чрезмерную боль и страдания.

6. Лечение

Лечение предраковых заболеваний

В случае необходимости лечения предраковых поражений и соответствия пациентки критериям лечения рекомендуется проводить удаление пораженных тканей методом криотерапии или термоабляции. Оба метода лечения эффективны и безопасны и могут выполняться в амбулаторных условиях.

Виды лечения РШМ

I Только хирургическое вмешательство при микроинвазивных заболеваниях

II Хирургическое лечение или радикальная лучевая терапия, если нет распространения в параметрий или глубже

III Лучевая терапия и химиотерапия (химиолучевая) при распространении в параметрий или глубже

IV Химиотерапия при метастазирующем и рецидивирующем раке

Лечение рака шейки матки может включать хирургическое вмешательство, лучевую терапию и химиотерапию. Если показана радикальная гистерэктомия, но пациентки не являются идеальными кандидатами на ее проведение, используется химиолучевая терапия и имеет аналогичные онкологические результаты.

Микроинвазивный рак шейки матки, определяемый Международной федерацией акушерства и гинекологии (FIGO) как стадия IA1 без инвазии лимфососудистого пространства (LVSI), имеет < 1% -ный риск развития метастазов в лимфатических узлах и может лечиться консервативно с помощью конизации с

использованием петлевой электрической эксцизии (LEEP), лазера или крионожа. Конизация показана пациенткам, заинтересованным в сохранении фертильности (для получения по возможности нефрагментированного образца с краем в 3 мм). Замораживающий микротом сохраняет края для оценки патологии, но не всегда может быть использован.

Простую гистерэктомию нужно проводить, если пациенты не заинтересованы в сохранении фертильности или если края остаются положительными после конизации. Если хирургические края резекции позитивные, следует рассмотреть возможность картирования сигнального лимфатического узла (СЛУ), и если пациенты заинтересованы в сохранении фертильной функции, альтернативой является повторная конизация

Для стадии IA1 с лимфососудистой инвазией или стадии IA2 рекомендуемое лечение включает Модифицированная радикальная гистерэктомия и тазовая лимфаденэктомия (с картированием сигнального лимфатического узла (СЛУ) или без него) Наружная лучевая терапия тазовой области в сочетании с брахитерапией

При стадии рака шейки матки IB1, IB2 и IIA1 стандартной рекомендацией является открытая радикальная гистерэктомия с двусторонней тазовой лимфаденэктомией (с картированием сигнального лимфатического узла (СЛУ) или без него) Если, из-за сопутствующих заболеваний, пациенты не являются идеальными кандидатами для хирургического вмешательства, другим допустимым вариантом является наружная тазовая лучевая терапия и брахитерапия с или без сопутствующей химиотерапии препаратами платины. Другим вариантом лечения является радикальная гистерэктомия и двусторонняя тазовая лимфаденэктомия (с парааортальной лимфаденэктомией или без нее), иногда с лучевой терапией

Если распространение опухоли отмечается при радикальной гистерэктомии, то процедура не должна проводиться, а назначение послеоперационной лучевой терапии одновременно с химиотерапией рекомендовано для предотвращения локального рецидива

Стандартной терапией для стадий IB3, IIA2, IIB, III и IVA рака является.

Наружная лучевая терапия тазовой области с брахитерапией и одновременной химиотерапией на основе препаратов платины

Химиотерапия является основным методом лечения рака шейки матки на IVB стадии. Частота ответов составляет около 48%. Добавление бевацизумаба к комбинированной химиотерапии (цисплатин плюс паклитаксел или топотекан плюс паклитаксел) привело к улучшению медианы общей выживаемости на 3,7 месяца у пациентов с рецидивирующим, стойким или метастатическим раком шейки матки. Метастазы вне поля лучевой терапии отвечают на химиотерапию лучше, чем предварительно облученная опухоль или метастазы в тазовую область. При наличии у пациентки рецидивирующего, прогрессирующего или метастатического рака шейки матки следует принять во внимание возможность проведения тестирования на репарацию несоответствия (мисматч репарация, MMR) и микросателлитную нестабильность (MSI), экспрессию PD-L1 (лиганда 1 белка запрограммированной смерти клеток) и/или NTRK слияние генов. Результаты теста могут помочь в прогнозировании ответа на иммунотерапию (например, с использованием ингибиторов PD-L1).

7. Профилактика

Стандартный скрининг рака шейки матки эффективно выявляет преинвазивные и ранние стадии заболевания и снижает заболеваемость и смертность от рака шейки матки. Используются два типа скрининговых тестов на выявления аномалий шейки матки:

Исследования на генотипы ВПЧ высокого риска

Пап-тест (цитологическое исследование шейки матки)

Если проведение Пап-теста и ВПЧ-тестов невозможно (например, в условиях ограниченных ресурсов), в качестве альтернативы можно применить визуальный осмотр шейки матки после обработки уксусной кислотой или раствором Люголя.

Анализ на ВПЧ является предпочтительным методом последующей оценки для всех женщин с АКПЭНЗ (атипичные клетки плоского эпителия неопределенного значения), неоднозначных результатов анализа мазка из шейки матки по Папаниколау. Если тестирование на ВПЧ показывает, что женщина не имеет ВПЧ, скрининг следует продолжать регулярно в запланированные интервалы времени. В случае положительного результата, необходимо выполнение кольпоскопии.

8. Литература

1. Венедиктова М. Г., Доброхотова Ю. Э. Онкогинекология в практике гинеколога. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015
2. Рак шейки матки./Е.Е. Вишневская/Минск «Беларусь»2019 г
3. Клиническая рентгено-радиология .том 5/руководство/Мерк. Шарп и Доум/Москва/ Мир 2018
4. Фельдшер акушерка/журнал/Москва»Медицина» №8 2020г