**Фоновые заболевания шейки матки. Рак шейки матки**

Шейка покрыта многослойным плоским эпителием который происходит из урогенитального синуса, из которого также образуются наружные половые органы - вульва и влагалище. Поэтому в патогенезе заболеваний этих областей имеется некая общность в отличие от онкологических заболеваний яичника, матки где большое значение имеет гормональный дисбаланс в организме. В патогенезе играют факторы: форма поведения женщины (в группу риска входят женщины которые рано начала половую жизнь - до 16 лет, так как до 16 лет многослойный эпителий истончен, легко ранимый, и ранняя травматизация может привести к развитию онкологического процесса).

Ранняя первая беременность и ранние первые роды (до 16 лет) - это тоже травматизация эпителия шейки матки.

Частая смена сексуальных партнеров (говорят о канцерогенном действии спермы на эпителий шейки матки - в сперме есть два белка - гестон и протамин , которым приписывается канцерогенное действие).

Воспалительные и венерические заболевания (эндоцервициты, кольпиты).

Травматизация во время абортов, родов, выскабливаний.

Курение (существует прямая зависимость).

Основная причина - вирусы - вирус герпеса второго серотипа ( первого типа не имеет значения); вирус папилломы человека - занимает первое место (10,16,18 генотипы) - заражение происходит только половым путем - вызывает развитие кондилом, бородавок на поверхности шейки матки, которые едва заметны ( при осмотре не обнаруживаются), хорошо видны при эндоскопическом исследовании - кольпоскопии); при серологическом исследовании можно обнаружить специфические клетки , характерные для поражения только вирусом папилломы человека - измененные клетки многослойного эпителия - клетки приобретают воздушную форму (пойлоциты, воздушные клетки) - около ядра образуется кайма воздуха. При электронной микроскопии обнаруживают специальные включения в ядре, что патогномонично. Иммунохимический метод также выявляет эти вирусы - иммунопероксидазные метод - в цитоплазме и ядре обнаруживают специальные включения, которые появляются только при поражении многослойного плоского эпителия. С помощь моноклональных антител и молекулярно-биологическим способом можно обнаружить вирусы. Определение титра антител в крови не актуально. Вирусная теория актуальна потому что у 80-90% больных обнаруживают поражение вирусной инфекцией. Цитомегаловирус в сочетании с вирусом герпеса второго типа.

Рак шейки матки это не только медицинская проблема, но и социальная. Так как существует группа женщин у которых риск развития рака шейки матки достигает 90%.

**Классификация заболеваний шейки матки.**

**Клинико-морфологическая классификация.**

Фоновые процессы шейки матки: эрозии, псевдоэрозии, лейкоплакия, полипы, кондиломы.

Предраковый процесс - дисплазия.

Преинвазивный рак - carcinoma in situ.

Микроинвазивный рак.

Инвазивный рак.

Фоновый процесс не обязательно предшествует раку шейки.

ФОНОВЫЕ ПРОЦЕССЫ.

Происходят процессы гиперплазии клеток эпителия, что приводит к образованию новых железистых структур, а дальнейшем пролиферация и опухолевый процесс.

Истинная эрозия - это травма эпителия (отсутствие эпителия на каком-то участке), и она как любая ткань всегда склонная к регенерации, и существует в течение нескольких дней. В дальнейшем эрозия регенерирует, либо покрывается многослойным плоским эпителием, либо покрывается цилиндрическим эпителием , который свойственен для цервикального канала. Если эрозия находящаяся не эктоцервиксе будет покрыта цилиндрическим эпителием то образуется псевдоэрозия - это участок слизистой оболочки шейки матки, который покрыт неправильным эпителием, не тем который должен быть в этом месте. Создаются условия для процессов пролиферации.

Лейкоплакия. Выглядит в виде белого пятна на шейке матки, участок избыточного ороговения.

Эрозированный эктропион. В результате родов, абортов могут быть боковые разрыв шейки матки, и тогда происходит выворот канала шейки, который является дистопированной тканью, то есть тканью помещенной в несвойственную ей среду, а следовательно будет происходить пролиферация.

Кондиломы, бородавки. Природа их вирусы.

Полипы, как правило цервикального канал, бывают различных размеров, как правило на ножке. Основа их соединительнотканная, а покрыты они как правило железистым эпителием. Могут быть железисто-фиброзные полипы.

Диагностика: осмотр в зеркалах, эндоскопия (кольпоскопия), цитологическое исследование.

ПРЕДРАКОВЫЙ ПРОЦЕСС - дисплазия. Дисплазия бывает легкая , умеренная, тяжелая. Предлагают термин - цервикальная интраэпителиальная неоплазия. Дисплазия - это атипия покровного эпителия шейки матки, с нарушением его слоистости, но в процесс не вовлекает поверхностный эпителий и строма. Снаружи как правило патологии не найти, только если есть сочетание с фоновыми процессами.

При легкой дисплазии происходит умеренная пролиферация нижних слоев эпителия базальных и парабазальных.

Умеренная дисплазия поражаются все слои, но в большей степени, можно найти измененные клетки, имеется атипизм клеток нижних клеток - гиперхроматоз ядра, в них изменяется ядерно-цитоплазматическое отношение. Это определяется только при цитологическом и гистологическом исследовании. Таким образом дисплазия шейки матки устанавливается на основании гистологического и цитологического исследования. Если дисплазия сочетается с кольпитом ,то и причиной дисплазии может быть воспаление, вылечив кольпит может уйти и дисплазия.

**Преинвазивный рак.**

Внутриэпителиальный рак. Иногда очень трудно провести грань между тяжелой дисплазией и преинвазивным раком потому что при последнем имеет место нарушением слоистости, нарушение строения клеток - изменение ядерно-цитоплазматического соотношения. Преинвазивный рак отличает тем что он не врастает в строму и не внедряется в мышечный слой. Соответственно нет метастазов. Может не быть клинических проявлений, но если есть то это контактные кровянистые выделения. Эти кровотечения возникают после физической нагрузки, половых сношений, осмотра. В области наружного зева встречаются два различных эпителия - цервикальный и многослойный плоский, в этом месте чаще всего развивается преинвазивный рак. Поэтому когда берут цитологические стараются достичь эту область.

**Микроинвазивный рак.**

Соответствует 1а стадии заболевания. Существует инвазия, существует инфильтративный рост, поражена базальная мембрана, но инвазия ограничена тремя милиметрами. Выделили эту форму потому что если поражается 3 мм мышечного слоя, то это более или менее компенсированный процесс, с менее агрессивным течением, с меньшим процентом развития метастазов. Диагноз устанавливается только после гистологического заключения, цитологическое исследование не является решающим. Так есть инвазия, то в клиническом картине могут появляться кроме спонтанных кровотечений, могут быть боли, бели. Бели связаны с повреждением лимфатических сосудов, по которым идет раннее метастазирование. Водянистые бели - это лимфорея.

**Инвазивный рак.**

Существует инвазия в строму более 3 мм. Клиника: боль, бели, кровотечение. Если идет выраженный инфильтративный рост, то могут быть нарушения со стороны соседних органов - нарушение мочеиспускания, боли, нарушение дефекации, могут быть явления гидронефроза.

Рак шейки матки может быть эндофитного, экзофитного и смешанного типа роста. При экзофитной форме, уже при осмотре в зеркалах можно увидеть прорастание шейки матки, в виде цветной капусты - бесформенные образования, ярко-красного цвета, при дотрагивании легко кровоточат. Встречается в 50-55%. Эндофитная форма в виде язвы, кратера, с гнойными краями, на дне могут быть некротические массы, встречается в 35%. Смешанная форма.

При экзофитной форме метастазы встречаются в меньшем проценте случаев (13%), а при эндофитной чаще (35%). По гистологическому строению различают :

Смешанная форма - более агрессивное течение.

Плоскоклеточный ороговевающий рак.

Плоскоклеточный неороговевающий рак.

Аденокарцинома.

Железисто-плоскоклеточный рак.

Недиференцированная опухоль.

Наиболее тяжелые аденокарциномы и недиференцированные опухоли.

ДИАГНОСТИКА.

Для того чтобы правильно поставить диагноз, выделяют 2 этапа обследования:

на первом этапе идет выявление - скрининг. На втором этапе -углубленная диагностика.

Для первичного скрининга используется цитологическое исследование. Мазки берут из цервикального канала , из эндоцервикса, с поверхности шейки - эктоцервикса.

Бимануальное исследование поможет стадийность процесса, имеет ли место переход на параметральную клетчатку.

Кольпоскопия - осмотр шейки матки. Простая кольпоскопия - 15 кратное увеличение, осмотр шейки матки. Расширенная кольпоскопия , - для лучшей идентификации обрабатывают уксусом, метиленовой синей. Микрокольпоскопия.

Проба Шиллера. Для выявления очага распространения . обрабатывают слизистую шейки матки, а клетки поверхностного эпителия содержат гликоген, который реагирует с йодом и дает коричневую окраску. Нормальная слизистая при обработке будет окрашена в коричневый цвет. При нарушении целостности то клетки не прокрашиваются в коричневый цвет.

Для уточнения стадийности используют прицельную биопсию, которая дает материал для гистологического исследования. Раньше использовали лимфографию - определения наличия метастазов в лимфатические узлы.

Выскабливание цервикального канала и матки.

УЗИ с вагинальным датчиком.

КТ и ЯМРТ.

**Классификация рака шейки матки (1985).**

Выделение стадии процесса необходимо для выбора тактики лечения.

0 стадия - преинвазивный рак.

1А стадия - микроинвазивный рак. Инвазия до 3 мм. Диаметр опухоли не более 1 см.

1Б стадия - опухоль ограничена только шейкой матки, но инвазия ограничена шейкой матки.

2А стадия - рак инфильтрирует верхнюю треть влагалища, или на тело матки.

2Б стадия - процесс переходит на параметральную клетчатку, не доходит до стенок матки.

3А стадия - распространение на нижнюю треть влагалища, на тело и придатки.

3Б стадия - с параметрия процесс доходит до стенок таза. Появляются в регионарные лимфатические узлы. То если есть метастазы в лимфатические узлы то это 3 стадия. Может быть гидронефроз - прорастание в мочеточник.

4А стадия - поражение соседних органов.

4Б стадия - отдаленные метастазы.

**Регионарные метастазы.**

Кровоснабжение шейки матки. Маточная артерия идет от внутренней подвздошной артерии. На уровне внутреннего зева маточная артерия делится на восходящую и нисходящую ветки. Первичными метастазами будет поражение узлов располагающихся на внутренней и наружной подвздошной артерий, в запирательной ямке. Узлы - внутренние , наружные подвздошные и обтураторные.

Классификация TNM.

ЛЕЧЕНИЕ.

ЛЕЧЕНИЕ ФОНОВЫХ ПРОЦЕССОВ.

Основным методом лечения является метод деструкции. Раньше лечили облепиховым маслом что неправильно, так как стимулирует неправильную регенерацию. Если сочетание с воспалительным процессом то добавляют антибиотики.

Деструкция электрическим током - диатермокоагуляция. На месте воздействия развивается язва, которая покрывается нормальный эпителием. Отрицательные стороны : болезненная процедура, нередко струп отпадает на 7-10 сутки и появляется кровотечение; образуется рубец, по которому может идти разрыв в родах; нет материала для гистологического исследования, то перед процедурой надо делать биопсию.

Воздействие холодом - криодеструкция. -30 градусов в зоне эрозии. Струп более нежный, кровотечение бывает реже, рубец менее выраженный, безболезненно.

Лазерная деструкция - самое оптимальное воздействие - выпаривание неправильного эпителия. Безболезненно, кровотечения никогда не бывает, не образуются рубцовые изменения шейки матки.

Химическая деструкция.

Канизация:

электроканизация

ножевая канизация.

Канизацию выполняют когда фоновый процесс сочетается с деформацией шейки матки. Например при эрозированном эктропионе. Убирают наружный зев - участок откуда идут чаще всего опухоли. Выполняется при тяжелой дисплазии, преинвазивном раке. Умеренная и легкая дисплазия могут быть излечены лазеровоздействием.

Инвазивный и микроинвазивный рак лечатся:

комбинированный метод: хирургический + лучевой.

Комплексный метод - использование всех видов воздействия - хирургический метод, лучевой, химиотерапия.

При первой стадии используют хирургический метод - операция Вергейма (1911) - экстирпация матки с придатками, удаление верхней трети влагалища, тазовая лимфаденэктомия. Если процесс 2-3 стадии то используют комбинированный метод. Лучевая терапия - дистанционная, внутренняя. Химиотерапия на 3-4 стадии.