

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

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 «мясних 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 нориці. Механічна компресія метастатичними лімфовузлами сечоводів призводить 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.

РЕАБІЛІТАЦІЯ

Особливістю медичної реабілітації в онкологічних хворих є постійна небезпека виникнення рецидиву чи метастазів пухлини. Тому реабілітаційні заходи повинні тісно переплітатися з методами комплексного лікування. Практично реабілітаційні заходи в онкологічних хворих важко відділити від компонентів комплексного лікування; вони починаються зразу після видалення первинної пухлини. Реабілітація онкологічних хворих складається з медичних (медична реабілітація), психологічних, педагогічних і трудових заходів.

Медична реабілітація здійснюється паралельно з комплексним лікуванням пухлини. Вживають усіх заходів, що сприяють розвитку компенсаторних процесів. Із цією метою застосовуються хірургічні, медикаментозні, санаторно-курортні методи, а також активна трудова терапія. Після радикальних хірургічних операцій

доцільне санаторно-курортне лікування. Заборона перебування онкологічних хворих на курортах справедливо стосується II А клінічної групи, коли необхідне радикальне лікування, і IV клінічної групи, коли завдяки санаторному лікуванню може активізуватися процес. Але пацієнтам, що належать до III клінічної групи, санаторно-курортне лікування може бути тільки корисним.

Психологічна реабілітація має особливе значення для хворих над якими тяжіє усвідомлення діагнозу. Психологічна підготовка необхідна хворим ще перед операцією. Хворий повинен бути переконаний у необхідності навіть такої операції, яка призводить до каліцтва, але зберігає життя. Водночас слід створити умови для його реадаптації до активного життя при обмеженій працездатності. Здебільшого психологічну підтримку надає лікар-куратор, хоча, доцільніше, щоб таку функцію виконував лікар-психотерапевт.

Трудова реабілітація є кінцевою метою всіх видів реабілітації. Повернення хворого до трудової діяльності важливе не стільки для суспільства, що зацікавлене в результатах його праці, скільки для самого хворого, його психічного комфорту, що, безперечно, відбивається на наслідках лікування. Необхідна правильна професійна орієнтація хворого, який повинен знати й адекватно оцінювати свої можливості після лікування.

Реабілітація хворих на РШМ повинна бути своєчасною, безперервною і комплексною, враховуючи індивідуальні особливості хворого і його патологічного стану.

В хворих на РШМ, які перебувають на диспансерному обліку тривалий час, реабілітаційні заходи слід поєднувати з проти рецидивним лікуванням.

Переважно перші два роки хворі на РШМ визнаються непрацездатними (II група інвалідності). Повернення хворих до повноцінної трудової діяльності, громадського життя сприятливо позначається на перебігу процесу і прогнозі. Хворим репродуктивного періоду після променевого лікування або хірургічного рекомендовано призначення гормонозамісної терапії