



Беременность при синхронном преинвазивном и микроинвазивном раке шейки матки – донашивание и благоприятные исходы для матери и плода (опыт РОНЦ им. Н.Н. Блохина)

Ключевые слова:

преинвазивный рак шейки матки, инвазивный рак шейки матки, беременность

Keywords:

microinvasive cervical cancer, CIS, pregnancy

Короленкова Л.И.

ФГБНУ «РОНЦ им Н.Н.Блохина» (Москва, Российская Федерация)
115478, Российская Федерация, Москва, Каширское шоссе, 24
Научно-консультативное отделение

Pregnancy in CIS and microinvasive cervical cancer: prolongation and favorable maternal and fetal outcomes (Blokhin Cancer Research Center experience)

Korolenkova L.I.

Blokhin Cancer Research Center (Moscow, Russian Federation)
24, Kashirskoe sh., Moscow, Russian Federation, 115478
Scientific consultative department
E-mail: l.korolenkova@mail.ru

Введение. Преинвазивный (CIS) и микроинвазивный рак шейки матки (МРШМ) встречаются преимущественно у женщин детородного возраста и потому часто и закономерно сочетаются с беременностью. Несмотря на отсутствие видимой опухоли, при обнаружении не только МРШМ, но и CIN3/CIS, беременным в России абсолютное большинство врачей предлагает прервать беременность.

Целью исследования было изучение влияния донашивания беременности на течение заболевания и безопасности пролонгации гестации.

Материалы и методы. В исследование включены 92 беременные с ранними формами РШМ - 79 больных CIN3/CIS и 13 больных микрокарциномой шейки (11 – 1a1, 2 – 1a2 без лимфоваскулярной инвазии), ориентированные на продолжение гестации. Обследование включало цитологическое исследование, ВПЧ-тестирование методами ПЦР и HC2 (Digene/Qiagen-тест), кольпоскопию (Leisegang, 3MV) в динамике, гистологическое исследование препаратов биопсий, петлевых эксцизий и конизаций. Заболевание было выявлено по результатам мазков HSIL(+) в конце I или начале II триместра, имелись лишь кольпоскопические признаки. Из 92 пациенток 91 в условиях полного информирования о рисках прогрессии решили сохранить беременность. При подозрении на тяжелые повреждения и микроинвазию 62 больным во время беременности была выполнена биопсия, 15 – LLETZ, причем у половины – с полным лечебным эффектом. Больных наблюдали каждые 2-3 мес. с цитологическим и кольпоскопическим контролем до 32-34 нед и через 6-8 нед. после родов. В ряде случаев отмечено

ухудшение кольпоскопической картины или цитологических аномалий с необходимостью повторных биопсий, но степень повреждений оставалась той же. Благополучно доносили беременность 89 больных, у двух пациенток с CIN3/CIS произошел самопроизвольный выкидыш неразвивающейся беременности, не связанный с биопсией. После завершения беременности всем выполнено хирургическое лечение - конизация в амбулаторных условиях с окончательной верификацией диагноза. Прогрессии до следующей стадии не обнаружено, кроме единственной пациентки, инструментально прервавшей беременность (от CIN3/CIS до МРШМ 1a1 стадии). Все беременные до операции имели ВПЧ ВКР со значимой вирусной нагрузкой, которая у всех затем перестала определяться связи с полной эффективностью послеродовой конизации. Практически у всех больных, кроме одной с преэклампсией, роды произошли в срок, у 66 – через естественные родовые пути, у 23 – кесаревым сечением. Все дети здоровы и развиваются нормально, больные живы без прогрессирования от 9 мес. до 7 лет.

Заключение. Преинвазивный и МРШМ – очень частое заболевание молодых женщин, нередко обнаруживающееся при желанной беременности. Решение о судьбе беременности принимает пациентка в условиях информированного согласия. Донашивание беременности при преинвазивном РШМ практически безопасно, риск прогрессии до 1в стадии низкий, не реализовавшийся у наших больных. Органосохраняющая конизация после родов в большинстве случаев достаточна для излечения больных CIN3/CIS и МРШМ 1a1 без лимфоваскулярной инвазии.