

© ГАВРИЛЮК Д.В., ДЫХНО Ю.А.

УДК 618.146-006.6:618.2

РАК ШЕЙКИ МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Д.В. Гаврилюк, Ю.А. Дыхно

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО, зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Дыхно.

Резюме. *Представлен редкий случай рака шейки матки в сочетании с беременностью.*

Ключевые слова: *рак шейки матки, беременность.*

Гаврилюк Дмитрий Владимирович – к.м.н., доцент каф. онкологии и лучевой терапии с курсом ПО; e-mail: gavrilukdv@mail.ru.

Дыхно Юрий Александрович – д.м.н., проф., зав. каф. онкологии и лучевой терапии с курсом ПО КрасГМУ; тел.

Среди женщин репродуктивного возраста онкологические заболевания, сочетающиеся с беременностью, регистрируют в 0,02-0,1% случаев. Наиболее часто беременность возникает на фоне рака шейки матки и молочной железы, а также меланомы, лимфомы. Рак шейки матки занимает 1-е место среди опухолей, ассоциированных с беременностью (1-13 случаев на 10000 беременных, включая послеродовой период, и 1 случай на 1000-2500 родов). Рак шейки матки, обнаруженный в течение 6 месяцев после прерывания беременности и в период 12-18 месяцев после родов, также относится к опухолям, ассоциированным с беременностью, потому что клинические и морфологические проявления опухолевого процесса уже присутствуют во время беременности [3].

Причинами запущенности рака шейки матки у беременных является: отсутствие цитологического исследования мазков из влагалища и цервикального канала при диагностике беременности, подготовке к искусственному прерыванию беременности или наличии кровянистых выделений из половых путей; неправильная трактовка клинических проявлений рака шейки матки; боязнь проведения биопсии эрозированной влагалищной части шейки матки; неправильный забор материала без кольпоскопического контроля; отсутствие онкологической настороженности у гинекологов женских консультаций и фельдшеров смотровых кабинетов по выявлению предраковых изменений шейки матки; недостаточная санитарно-просветительская работа среди больных с преопухолевыми изменениями шейки матки [1].

Ни одна ситуация в практической медицине не является столь сложной и эмоциональной как выявление у беременной женщины злокачественной опухоли. Диагноз онкологического заболевания ставит перед трудным выбором женщину, ее семью и медицинский персонал. Пропасть между радостью рождения новой жизни и ужасом диагноза злокачественной опухоли создает множество психологических и этических проблем.

Прогноз при ранних формах рака шейки матки у небеременных женщин и во время беременности практически не отличается. Предсказать биологическое поведение опухоли шейки матки во время беременности крайне трудно. Выбор лечебной тактики зависит не только от стадии заболевания и срока беременности, но и решения самой больной в отношении беременности и метода лечения. Клиницист, беря на себя ответственность за две жизни, должен решить ряд задач: как информировать пациентку о прогнозе заболевания, беременности, непосредственном осуществлении лечения [2].

Приводим одно из клинических наблюдений запущенного рака шейки матки в сочетании с беременностью.

Больная К. 48 лет поступила в хирургическое отделение опухолей головы и шеи Красноярского онкологического диспансера 28.01. 2001 года с жалобами на наличие опухолевидного образования шеи слева.

Status localis: в левой надключичной области имеется опухолевый конгломерат 6,0*8,0 см, состоящий из отдельных плотных узлов диаметром до 2,0 см.

Anamnesis morbi: с 33 лет наблюдалась гинекологом по поводу эрозии шейки матки, лечилась консервативно, дважды выполняли электрокоагуляцию. В связи с беременностью наблюдалась в женской консультации по месту жительства, где был выполнен соскоб шейки матки. С подозрением на опухоль шейки матки пациентка была направлена в городскую клиническую больницу №4 г. Красноярска, где произведена биопсия опухоли шейки матки. В биоптате обнаружен плоскоклеточный рак с глубиной инвазии 0,5 см.

С 29.03. 2006 г. по 14. 04. 2006 г. больная обследовалась в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН (Москва). Установлен диагноз: рак шейки матки I стадии (IB1 по FIGO), беременность 22 недели. Пациентка была информирована о своем заболевании и прогнозе. От предложенного радикального хирургического лечения больная категорически отказалась. Больная настояла на сохранении беременности до срока достижения плодом жизнеспособности.

30.06. 2006 г. больная была госпитализирована в Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (Москва) с диагнозом: беременность 31-32 недели, тазовое предлежание, рак шейки матки I стадии (IB1), ВПЧ-инфекция. 05.07. 2006 г. проведена операция: кесарево сечение (на 4 минуте извлечен живой недоношенный мальчик массой 1972 грамм, длиной 44 см, оценка по шкале Апгар 8 баллов, через 5 минут – 8 баллов), расширенная гистерэктомия по Вертгейму. Во время операции удалены

увеличенные плотные лимфатические узлы, тесно прилегающие к наружной подвздошной вене справа и в области запирательной ямки слева. Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление первичным натяжением. Проводилось подавление лактации.

Гистологическое заключение №15730: низкодифференцированный неороговевающий плоскоклеточный рак шейки матки с распространением опухолевой ткани на прилежащую часть влагалища, истмическую часть матки и лимфатические узлы параметрия с обеих сторон.

Заключительный диагноз: рак шейки матки IIIB стадии по FIGO (T2BN1M0), беременность 31-32 недели. Операция: кесарево сечение, расширенная гистерэктомия по Вертгейму.

Больной рекомендована химио-лучевая терапия в режиме: сочетанная лучевая терапия с еженедельным внутривенным введением препаратов платины.

В Красноярском онкологическом диспансере с 11.08. 2006 г. начат курс сочетанной лучевой терапии. На I этапе проводили дистанционную лучевую терапию (ДЛТ) с двух полей (СОД 20 Гр), на II этапе – внутрисполостную лучевую терапию с чередованием ДЛТ (СОД 44 Гр). С 01.09. 2006 г. больной внутривенно капельно вводили 50 мг цисплатина на водной нагрузке 800 мл физиологического раствора натрия хлорида 1 раз в неделю (СОД 250 мг).

30.10. 2006г. контрольное ультразвуковое исследование брюшной полости, забрюшинного пространства и органов малого таза: патологии не выявлено.

28.02. 2007г. сцинтиграфия скелета: очаги гиперфиксации радиофармпрепарата (РФП) в ребрах и костях черепа слева, усиление накопления РФП в L-5. В анамнезе больной имела механическую травму головы и ребер. 16.03.2007 г. рентгенография грудной клетки: консолидированные переломы V-VI ребер и теменной кости слева.

В дальнейшем проводилось диспансерное наблюдение:

- 08.12. 2008г. и 17.11. 2009г. УЗИ органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства. Эхографической патологии не выявлено.

- 11.01.2010 г. рентгенография грудной клетки: сердце и легкие без патологии. 03.03.2010 г. при очередном осмотре в поликлинике онкодиспансера в левой надключичной области выявлено узловое образование диаметром до 1,0 см. Пунктат №1148 от 04.03. 2010г.: цитогарма лимфаденита.

- 10.03. 2010г. повторный осмотр, рекомендована биопсия опухоли левой надключичной области. От проведения диагностической манипуляции больная отказалась.

Через 10 месяцев пациентка дала согласие на выполнение биопсии лимфатического узла левой надключичной области.

Проведено обследование больной:

- 25.01. 2011г. компьютерная томография органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства: парааортальные множественные округлые лимфатические узлы диаметром 1,0-1,5 см.

- 26.01. 2011г. обзорная рентгенография грудной клетки и срединная томография: органы грудной клетки без патологии, увеличенных лимфатических узлов в корнях легких и средостении не обнаружено.

03.02.2011 г. проведена операция: биопсия опухоли шеи слева. Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление первичным натяжением. При плановом гистологическом исследовании препаратов лимфатического узла обнаружена картина метастаза плоскоклеточного ороговевающего рака (№7329-31).

Диагноз: рак шейки матки IIIB стадии, состояние после комплексного лечения, генерализация.

Врачебной комиссией больной назначено 2-3 курса системной полихимиотерапии. Дальнейшая судьба пациентки неизвестна.

Целью настоящего сообщения является представление редкого случая клинического наблюдения непосредственных результатов комплексного лечения запущенного рака шейки матки на фоне беременности. Сложность этической проблемы принятия решения беременной женщиной в пользу сохранения жизни ребенка, несмотря на угрозу собственному здоровью. Для исключения поздней диагностики рака шейки матки в женских консультациях всем беременным на ранних сроках и на 32-й неделе необходимо проводить цитологическое исследование мазков с шейки и цервикального канала матки. Наличие дисплазии не является поводом к прерыванию беременности. При тяжелой дисплазии следует провести кольпоскопию и плоскостную конизацию. При сочетании рака шейки матки и беременности тактика лечения зависит от срока беременности (до 12 недель – прерывание беременности), позднее – родоразрешающая операция – кесарево сечение), стадии опухолевого процесса (от высокой конусовидной ампутации шейки матки до расширенной экстирпации матки, сочетанная лучевая и химиолучевая терапия) и возраста пациентки.

CERVICAL CANCER AND PREGNANCY

D.V. Gavriluk, Y.A. Dykhno

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Vojno-Yasenetsky

Abstract. Presented a rare case of cervical cancer in combination with pregnancy.

Key words: cervical cancer, pregnancy.

Литература

1. Егорова И.В., Дыхно Ю.А., Крикунова Л.И. и др. Рак шейки матки: заболеваемость, клиника, диагностика, лечение. – Новосибирск: Наука, 2010. – 84 с.
2. Коломиец Л.А. Рак шейки матки и беременность // Сибирский онкологический журн. – 2003. – №3. – С. 21-22.
3. Урманчеева А.Ф. Рак шейки матки и беременность // Практич. онкология. – 2002. – Т.3, №3. – С. 183-193.