

Рак шейки матки и беременность

А. В. ПАНОВ, заведующий отделением гинекологии КОД МЗ РТ

Предсказать биологическое поведение опухоли шейки матки при большом распространении процесса во время беременности крайне затруднительно. Выбор лечебной тактики зависит не только от стадии заболевания и срока беременности, но и от решения самой больной в отношении беременности и метода лечения. Клиницист стоит перед трудной задачей, как в информировании пациентки о прогнозе заболевания и беременности, так и в непосредственном осуществлении лечения, беря на себя ответственность нередко за две жизни.

Рак является второй причиной смерти среди женщин репродуктивного возраста и в 0,02-0,1% случаев сочетается с беременностью.

Рак шейки матки занимает первое место среди опухолей, ассоциированных с беременностью, и выявляется, по данным различных авторов, от 1 до 13 случаев на 10000 беременностей, включая послеродовой период, и 1 на 1000-2500 родов. Рак шейки матки, обнаруженный в течение 6 месяцев после прерывания беременности и 12-18 месяцев после родов, может быть отнесен к опухолям, ассоциированным с беременностью, т.к. клинические и морфологические проявления опухолевого процесса присутствуют уже во время беременности. Средний возраст больных раком шейки матки в сочетании с беременностью — 30 лет.

Диагностика

Наиболее значимым фактором риска развития рака шейки матки является HPV-инфекция. Другим фактором риска является отсутствие регулярного цитологического скрининга. По данным литературы, у 1,3-2,2% акушерских пациенток выявляется цитологическая атипия, а факт выявления *Sa in situ* с частотой 3:10000 не вызывает сомнений. Далее на этапе уточнения диагноза при подозрении опухолевого процесса после цитологического скрининга адекватной манипуляцией является прицельная биопсия под контролем кольпоскопии.

Из вышесказанного следует, что массовые профилактические осмотры беременных женщин с проведением цитологического скрининга — реальная основа для профилактики и раннего выявления рака шейки матки у женщин молодого возраста, что может снизить показатели заболеваемости и смертности среди женщин старших возрастных групп.

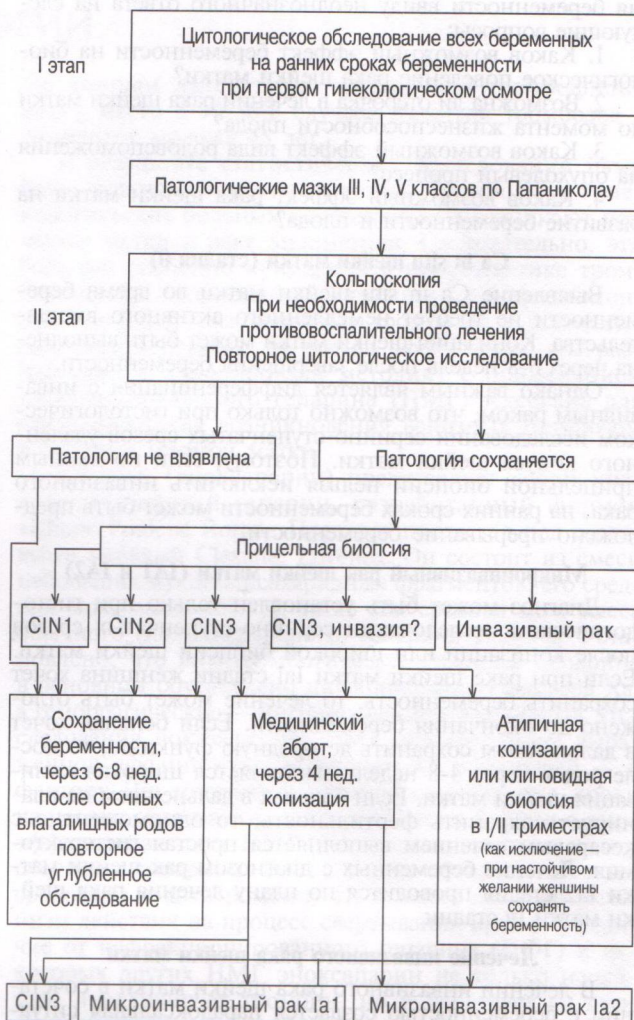
На схеме представлен план обследования беременных женщин с целью ранней диагностики рака шейки матки, где сохраняется принцип двухэтапности диагностики ранних форм рака шейки матки. Особенностью ранней диагностики рака шейки матки у беременных является тщательная дифференциация с пролиферативными процессами, имеющимися при беременности, а также «деликатность» в проведении диагностических процедур.

Симптомы инвазивного рака шейки матки, стадия заболевания

Симптомы и клиническая картина инвазивного рака шейки матки при беременности не имеют существенных отличий от опухолей у небеременных женщин.

Наиболее частым первым симптомом рака шейки матки у беременных является влагалищное кровотечение, реже женщин беспокоят лейкорея и боли, до 15% пациенток могут не предъявлять жалоб.

В большинстве случаев рак шейки матки во время беременности устанавливается случайно, несмотря на имеющиеся признаки заболевания, которые трактуются ошибочно из-за отсутствия онкологической настороженности среди акушеров и гинекологов. В I триместре беременности симптомы маточного кровотечения расцениваются как угрожающий выкидыш, во II-III триместрах — как акушерская патология: предлежание или преждевременная отслойка плаценты, после родов —



как осложнение послеродового периода — с проведением необоснованных мероприятий. Поэтому время установления диагноза рака шейки матки колеблется от 1 до 12 месяцев и более от первых симптомов заболевания у беременных женщин; у каждой третьей больной длительность симптомов превышает 4-6 месяцев. На ранних сроках беременности диагноз злокачественной опухоли шейки матки устанавливается в 10-11% случаев.

При обследовании больных, решивших сохранить беременность или еще окончательно не принявших решение, должны быть исключены диагностические методы с высокой лучевой нагрузкой (пиелография, компьютерная томография), могут быть исключены из комплекса обследования у больных I-II стадии цистоскопия и колоноскопия. С целью выбора лечебной тактики внедряется эндоскопическая биопсия подвздошных лимфатических узлов, т.к. частота выявления лимфогенных метастазов рака шейки матки I-II стадии в сочетании с беременностью в 3 раза выше, чем у аналогичной группы больных I-II стадии репродуктивного возраста без беременности.

Лечение инвазивного рака шейки матки у беременных

С момента установления диагноза рака шейки матки выбор метода лечения определяется стадией заболевания, сроком беременности и решением матери в отношении беременности. Не существует единого мнения относительно лечения рака шейки матки во вре-

Рак шейки матки и беременность

Продолжение. Начало на 35-й стр.

ма беременности ввиду неоднозначного ответа на следующие вопросы:

1. Каков возможный эффект беременности на биологическое поведение рака шейки матки?
2. Возможна ли отсрочка в лечении рака шейки матки до момента жизнеспособности плода?
3. Каков возможный эффект вида родовспоможения на опухолевый процесс?
4. Каков возможный эффект рака шейки матки на развитие беременности и плода?

Ca in situ шейки матки (стадия 0)

Выявление Ca in situ шейки матки во время беременности не требует немедленного активного вмешательства. Конизация шейки матки может быть выполнена через 6-8 недель после завершения беременности.

Однако важным является дифференциация с инвазивным раком, что возможно только при гистологическом исследовании серийно-ступенчатых срезов удаленного конуса шейки матки. Поэтому, если по данным прицельной биопсии нельзя исключить инвазивного рака, на ранних сроках беременности может быть предложено прерывание беременности.

Микроинвазивный рак шейки матки (IA1 и IA2)

Диагноз может быть установлен только при гистологическом исследовании серийно-ступенчатых срезов после конизации или широкой биопсии шейки матки. Если при раке шейки матки Ia1 стадии женщина хочет сохранить беременность, то лечение может быть отложено до окончания беременности. Если больная хочет в дальнейшем сохранить детородную функцию, то после родов через 4-8 недель выполняется широкая конизация шейки матки. Если больная в дальнейшем не планирует сохранить фертильность, то одновременно с кесаревым сечением выполняется простая гистерэктомия. Лечение беременных с диагнозом рак шейки матки Ia2 стадия проводится по плану лечения рака шейки матки Ib стадии.

Лечение инвазивного рака шейки матки

В лечении инвазивного рака шейки матки в сочетании с беременностью создается парадоксальная ситуация: в интересах матери диагностика и лечение рака шейки матки желательны на ранних сроках беременности, тогда повышаются шансы на ее жизнь; в интересах жизни плода — более позднее установление диагноза и лечения. Тактика лечения представлена в таблице.

Фертильность после лечения рака шейки матки, заместительная гормональная терапия

Возможность сохранения фертильности у пациенток с раком шейки матки рассматривалась ранее только после конизации шейки матки (Ca in situ). В настоящее время больным раком шейки матки Ia1 стадии может быть выполнена широкая конизация шейки матки и при отсутствии рецидива беременность допускается через 2-3 года после лечения.

Некоторые клиники начали выполнять высокие ампутации шейки матки с лапароскопической подвздошной лимфаденэктомией при раке шейки матки Ia2 и Ib1 стадий. (Зарегистрировано более 20 родившихся детей на 2002 год).

После радикальной гистерэктомии в сочетании с лучевой и химиотерапией, но с оставлением яичников, у больных раком шейки матки Ib2NO-1MO есть шанс стать матерью. Здесь рассматривается вариант экстракорпорального оплодотворения — имплантация сурrogатной матери оплодотворенной яйцеклетки пациентки.

У всех пациенток раком шейки матки, подвергшихся радикальной гистерэктомии, в дальнейшем развиваются явления преждевременной менопаузы. Коррекция гипострогенных явлений требует обязательного назна-

чения эстрогенной заместительной терапии (Дивигель, Климара, Прогинова, Эстрофен) или комбинированных эстроген/гестагенных препаратов (Индивина, Климадиен, Ливиал). Противопоказанием является выраженная печеночная патология, эпизоды венозных тромбозов, семейный наследственный анамнез рака молочной железы. В этих случаях назначается альтернативная гормональным препаратам терапия (седативные препараты, препараты кальция, фитопрепараты и др.).

Заключение

Прогноз заболевания при ранних формах рака шейки матки (cin3, Ia, Ib) во время беременности не отличается от небеременных. Предсказать биологическое поведение опухоли шейки матки при большом распространении процесса во время беременности затруднительно.

Выбор лечебной тактики зависит от стадии заболевания, срока беременности и решения самой больной в отношении беременности и метода лечения. Клиницист стоит перед трудной задачей в информировании пациентки о прогнозе заболевания и беременности, в непосредственном осуществлении лечения, нередко беря на себя ответственность за две жизни.

Внутриэпителиальный рак (CIN3)	
I триместр	1. При нежелании сохранить беременность: медицинский аборт, через 4-8 нед., конизация шейки матки. 2. При желании сохранить беременность: сохранение беременности, через 4-8 нед. после влагалищных родов конизация шейки матки. 3. При подозрении на инвазивный рост: медицинский аборт, через 4-8 нед. конизация шейки матки; при настойчивом желании сохранить беременность — атипичная конизация или клиновидная биопсия, через 6-8 нед. после влагалищных родов конизация шейки матки.
II, III триместры	Сохранение беременности, после влагалищных родов через 6-8 нед. конизация шейки матки.
Микроинвазивный рак Ia1	
I триместр	1. При нежелании сохранить беременность, но при желании сохранить фертильность: медицинский аборт, через 4-8 нед. конизация шейки матки. 2. При нежелании сохранить беременность и при решении завершить деторождение: простая гистерэктомия. 3. При желании сохранить беременность и фертильность: сохранение беременности, через 6-8 нед. после срочных родов (абдоминальных или влагалищных) конизация шейки матки. 4. При желании сохранить беременность, но с завершением затем деторождения: кесарево сечение в срок с одномоментной простой гистерэктомией.
II, III триместры	пп. 2, 3, 4.
Микроинвазивный рак Ia2	
I триместр	1. Модифицированная радикальная гистерэктомия с подвздошной лимфаденэктомией
II, III триместры	1. При сроке до 20 нед.: модифицированная радикальная гистерэктомия с подвздошной лимфаденэктомией 2. При сроке более 20 нед.: возможно пролонгирование беременности не более 4-8 нед. при мониторинге каждые 2 нед., после достижения жизнеспособности плода (в 28-32 нед.) выполнение кесарева сечения с одномоментной модифицированной радикальной гистерэктомией с подвздошной лимфаденэктомией
Рак шейки матки Ib, II	
I триместр	1. Радикальная гистерэктомия с подвздошной лимфаденэктомией + через 2-3 нед. адьювантная лучевая терапия
II, III триместры	1. При сроке до 20 нед.: радикальная гистерэктомия с подвздошной лимфаденэктомией + через 2-3 нед. адьювантная лучевая терапия 2. При сроке более 20 нед.: возможно пролонгирование беременности не более 4-8 нед. при мониторинге каждые 2 нед., после достижения жизнеспособности плода (в 28-32 нед.) выполнение кесарева сечения с одномоментной радикальной гистерэктомией с подвздошной лимфаденэктомией + через 2-3 нед. адьювантная лучевая терапия
Рак шейки матки III, IV	
I триместр	Наружное облучение, после спонтанного аборта (при 4000 сгр) продолжение сочетанной лучевой терапии в комбинации с химиотерапией
II, III триместры	1. До 20 нед.: наружное облучение, после спонтанного выкидыша (при 4000 сгр) 2. Более 20 нед.: кесарево сечение с субтотальной гистерэктомией + химиолучевая терапия