

## РАК ШЕЙКИ МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Л.А. Коломиец

*НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН*

Рак шейки матки занимает 1-е место среди опухолей, ассоциированных с беременностью. Частота встречаемости данной патологии составляет от 1 до 13 случаев на 10 000 беременностей (Hacker N.F. et al., 1982; Creasman W.T., 2001). У больных раком шейки матки сочетание с беременностью встречается в 1—3% (каждый 50-й случай). Средний возраст больных — 30 лет, причем среди женщин до 35 лет такое сочетание наблюдается в 30%, а до 45 лет - в 23% (Бохман Я.В., 1981).

Основными симптомами рака шейки матки во время беременности являются: влагалищное кровотечение — 68%, которое чаще всего расценивается в I триместре как угрожающий выкидыш, во II и III триместрах - как предлежание или преждевременная отслойка плаценты, а после родов — осложнение послеродового периода; лейкорея - 10,2%; боли - 7,1%, в 14,5% жалобы отсутствуют.

Время установления диагноза рака шейки матки при беременности от появления первых симптомов варьирует от 1 до 12 мес. Средняя длительность заболевания составляет 4—6 мес.

Во время беременности в 53,6% встречается экзофитный вариант ОIгухолей шейки матки, в 25,7% — эндофитный, в 20,7% — смешанный рост опухоли. По гистологическому строению чаще всего диагностируется плоскоклеточный ороговевающий рак — 52,7%, затем плоскоклеточный неороговевающий — 31%, плоскоклеточный рак без дифференцировки — 7,3%, аденокарцинома — 3,6%. У беременных I стадия рака шейки матки выявляется в 47,2-50% случаев, II стадия - в 33%, III-IV стадия - в 47-50%.

Причинами запущенности рака шейки матки у беременных являются:

- отсутствие цитологического исследования при взятии на диспансерный учет беременных или при подготовке их к искусственному прерыванию беременности;

- при наличии кровянистых выделений из половых путей не осматривается шейка матки, не берутся мазки на цитологическое исследование;

- неправильная трактовка клинических проявлений рака шейки матки на фоне беременности;

- боязнь проведения биопсии из эрозированной влагалищной части шейки матки при беременности;

- неправильный забор материала без кольпоскопического контроля;

- отсутствие онкологической настороженности у больных с предопухолевыми изменениями шейки матки.

Крайне важно помнить о физиологических изменениях слизистой оболочки шейки матки во время беременности. В I триместре шейке матки присуща синюшность, а кольпоскопически отмечается наличие белесоватых точечных возвышений, обусловленных физиологической гипертрофией, и обширной сети сосудов. Во II и III триместрах визуально может определяться физиологическая эктопия призматического эпителия, а кольпоскопически — белые пятна метаплазированного эпителия на фоне сосудистого рисунка. Изменения регрессируют в течение 2-4 мес после родов (Урманчеева А. Ф., 2002).

Для своевременной диагностики патологии шейки матки всем беременным при постановке на диспансерный учет необходимо проведение цитологического исследования под контролем кольпоскопии.

Выбор метода лечения рака шейки матки при сочетании с беременностью определяется стадией заболевания, сроком беременности и решением матери в отношении сохранения беременности. При этом для планирования тактики лечения решаются следующие вопросы: влияние беременности на рак шейки матки, возможна ли отсрочка в лечении рака шейки матки до момента жизнеспособности плода, влияние вида родо-

вспоможения на опухолевый рост, влияние рака шейки матки на развитие беременности и плода.

На основании обобщенных данных литературы предложены следующие схемы лечения рака шейки матки во время беременности (Урманчеева А.Ф. Российская школа онкологов СПб., 2002):

**Лечение внутриэпителиального рака шейки матки (CIN III):**

*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*

1. Сохранение беременности, через 6—8 нед после влагалищных родов — конизация шейки матки.

**Лечение микроинвазивного рака шейки матки IAi стадии:**

*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.

**Лечение микроинвазивного рака шейки матки IAг стадии:**

*I триместр*

1. Модифицированная радикальная гистерэктомия с подвздошной лимфаденэктомией.

*II, III триместры*

**Лечение рака шейки матки IB, II стадии:**

*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 (28—32 нед) — выполнение кесарева сечения с одномоментной радикальной гистерэктомией с подвздошной лимфаденэктомией + через 2—3 нед адьювантная лучевая терапия.

**Лечение рака шейки матки III, IV стадий:**  
*триместр*

1. 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) - химиолучевая терапия.

2. Более 20 нед - кесарево сечение с субтотальной гистерэктомией + химиолучевая терапия.