

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У БОЛЬНЫХ С ПРЕДРАКОМ И РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

С.А. Леваков^{1,2}, О.Р. Шабловский¹, А.Г. Кедрова², Н.С. Ванке^{1,2},
О.В. Нечаева¹, С.Ф. Торубаров^{2,3}.

¹ФГУЗ Клиническая больница № 83 ФМБА России,

²кафедра акушерства и гинекологии ФГОУ ДПО ИПК ФМБА России

³Родильный дом №16 УЗ САО г. Москвы

С целью сохранения репродуктивного здоровья женщин с патологией шейки матки (ШМ) проанализированы влияния инвазивных методов лечения интраэпителиальных неоплазий (CIN) на беременность и роды. Применяемые методики лечения оценены в сравнительном аспекте, выявлены факторы, повышающие риск гестационных осложнений. Особенности клинических наблюдений беременных женщин с предраком или микроинвазивным раком ШМ позволили обобщить данные мировой литературы и дать собственную оценку стандартной практики лечения беременных.

Ключевые слова: интраэпителиальная цервикальная неоплазия (CIN), электрохирургическая эксцизия шейки матки, беременность.

PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN PATIENTS WITH PRECANCER AND CERVIX CANCER

Levakov SA, Shablovskiy OR, Kedrova AG, Wanke NS, Nechaeva OV, Torubarov SF

The purpose of our study was the choice of the method with minimal harm to the reproductive health of women with early cervical pathology. We have analyzed the different techniques that can be used for the treatment of CIN or the early stages of cancer. There are sold-knife conization, laser conization, cryotherapy (freezing and destroying abnormal cells), laser vaporization (using a laser to destroy abnormal cells), loop electrosurgical excision procedure (LEEP). All procedures are threatening complications of pregnancy, for example, risk of miscarriage. Method with minimal complications had LEEP, including data on CIN recurrences and complications during pregnancy. Therefore, women who are considering future pregnancies should be counseled about these risks and benefits of procedures.

Key words: cervical intraepithelial neoplasia (CIN), cervical electrosurgical excision, pregnancy.

Актуальность темы улучшения репродуктивного здоровья женского населения ни у кого не вызывает сомнений и имеет большое медицинское и социальное значение. Этому способствуют данные статистики, неумолимо показывающие смещение возраста первых родов к 30-35 годам, что увеличивает риск развития онкологической патологии у беременных (рис. 1).

Наиболее распространенной злокачественной опухолью женских гениталий, диагностируемой у беременных, до сих пор остается рак шейки матки (РШМ) с частотой



Рис. 1. Актуальность внедрения новых органосохраняющих методик при предраковых, пограничных и онкологических заболеваниях у женщин

заболеваемости в России 1 случай на 2,5 тыс. беременных [1]. Предраковая патология шейки матки (СIN I-III) встречается намного чаще – у ~1% беременных женщин, что в абсолютных значениях составляет около 16-17 тыс. в год. Данные мировой ста-

тистики (табл. 1) по онкологическим заболеваниям, выявляемых во время беременности, очень разноречивы, что свидетельствует о наличии множества факторов, влияющих на процесс начального канцерогенеза, и его прогноз во время гестации [2, 3].

Таблица 1

Частота выявления опухолей у беременных женщин [по 1, 2, 3].

Патология	Частота выявления у беременных женщин
Меланома	1 случай на 1000-10000 беременных
Рак молочной железы	1 случай на 3000-10000 беременных
Рак шейки матки	1 случай на 2000-10000 беременных
СIN I-III	1 случай на 100 беременных
Лимфомы	1 случай на 1000-6000 беременных
Рак яичников	1 случай на 10000-100000 беременных
Рак толстой кишки	1 случай на 13000-15000 беременных

В большинстве таких случаев патология шейки матки уже имела до наступления беременности, но не была идентифицирована и правильно излечена. Путь канцерогенеза РШМ не является сиюминутным процессом, а занимает от 3 до 8 лет. В связи с чем, правильный подход к диагностике и лечению предрака шейки матки остается актуальной проблемой, особенно с учетом статистики: «более 75% женщин при обращении к врачу уже имеют инвазивный рак I-II стадий». Такой диагноз часто становится фатальным для беременной, даже при всех возможностях современного комплексного лечения (табл. 2) [4].

Развитие местнораспространенных форм РШМ можно связать с нежеланием женщины терять фертильность, поэтому вопрос о разработке методик, позволяющих сохранить репродуктивную функцию, даже при начальной инвазии опухоли (T1a – 1b1N0M0) является необходимым. Sonoda Y. и Abu-Rustum N. привели данные Memorial Sloan-Kettering Cancer Centre

(New York) [5]: из 435 больных РШМ, которым была выполнена расширенная экстирпация матки, 186 пациенток находились в возрасте до 40 лет, из них у 101 больной размеры опухоли не превышали 2 см, причем 24 пациентки не имели детей. Потребность и желание женщины иметь ребенка заставляли больных отказываться от предложенной радикальной операции в 73% случаев, и только планомерная работа психолога помогала принять необходимое радикальное решение о расширенной гистерэктоми [6].

Клиническое внедрение новых органосохраняющих методик принесло уже оптимистические результаты [8, 9, 10]: сравнительная безрецидивная выживаемость в группах больных после операции Вертгейма (n=885 больных) и радикальной экстирпации шейки матки с тазовой лимфаденэктомией (n=114 больных) (рис. 2Б, В, Г, Д) не выявила достоверных отличий, а долгосрочный прогноз был одинаковым для пациенток с опухолью до 2 см.

**Клинические наблюдения применения комбинированного метода лечения РШМ
(химиотерапия + операция Вертгейма) у беременных**

Автор	Возраст беременной	Стадия	Срок гестации при диагнозе	Химиотерапия	Сроки оперативных родов + О. Вертгейма	Срок наблюдения	Исход для матери	Исход для плода
Giacalone, 1996	34	Ib1	17	75 мг/м ² Р (3 курса)	32	12	Нет рецидива	норма
Tewari, 2003	34	IIa	16	50 мг/м ² Р (6 курсов)	34	5	умерла	норма
Tewari, 1998	36	Ib2	21	50 мг/м ² Р (2 курса)	32	24	Нет рецидива	норма
Marama, 2001	26	IIb	14	50 мг/м ² Р (2 курса)	38	12	умерла	норма
Caluwaerts, 2006	28	Ib1	17	75 мг/м ² Р (6 курсов)	32	10	умерла	норма
Bader, 2007	38	IIa	19	75 мг/м ² Р (4 курса)	33	18	Нет рецидива	норма
Benhaim, 2006	30	IIIb	22	50 мг/м ² Р (2 курса)	28	10	умерла	норма
Palaia, 2005	30	IIb	20	75 мг/м ² Р (3 курса)	35	10	Нет рецидива	норма
Karam, 2007	28	Ib2	23	40 мг/м ² Р (6 курсов)	33	14	Нет рецидива	норма

По мировым данным, 5-летняя безрецидивная выживаемость в группе после расширенной абдоминальной экстирпации шейки матки и после операции Вертгейма не различалась и составляла 3,2 и 5% соответственно. Эти данные доказывают адекватную радикальность операции при сохранении матки у молодых женщин (рис. 2А).

Статистика новых операций накапливается медленно. Во всем мире их сделано не более 3000 тыс., и только 1/2 часть удовлетворяет пятилетнему критерию выздоровления. Продолжает накапливаться мировой опыт органосохраняющего комбинированного лечения при размерах опухоли более 2,5 см (T1b2N0M0).

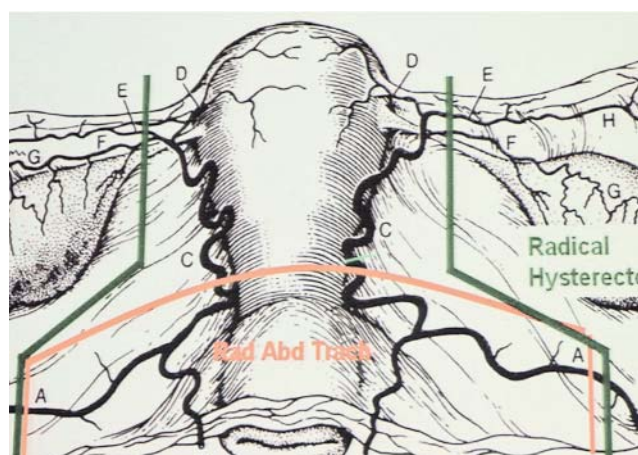


Рис. 2А. Зоны резекции при расширенной экстирпации шейки матки и операции Вертгейма (схема предоставлена Abu-Rustum Nadeem R)

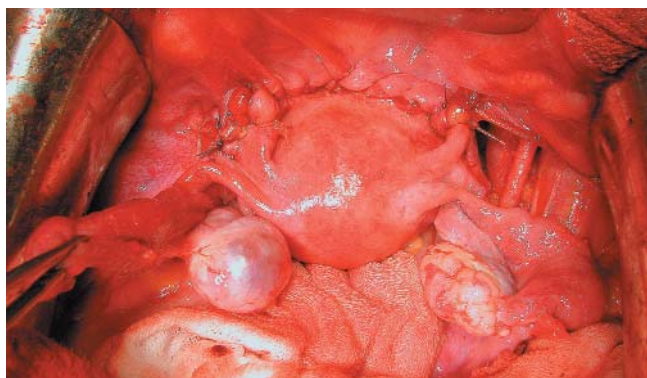


Рис. 2Б. Матка пришита отдельными швами к влагалищу, хорошо визуализируются подвздошные пространства без лимфатических узлов и клетчатки.

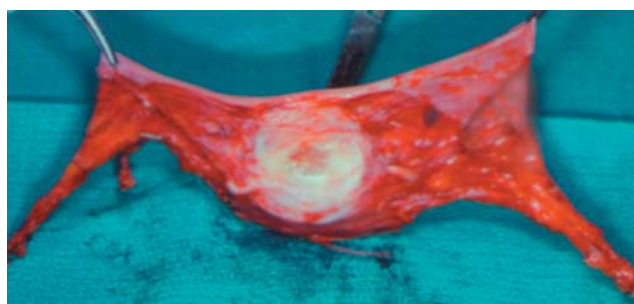


Рис. 2Г. Макропрепарат удаленной ШМ с параметральной клетчаткой

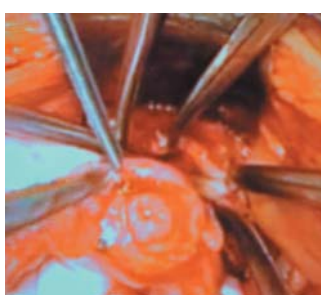


Рис. 2В. Матка с измененной ШМ отсечены от влагалища на уровне средней трети

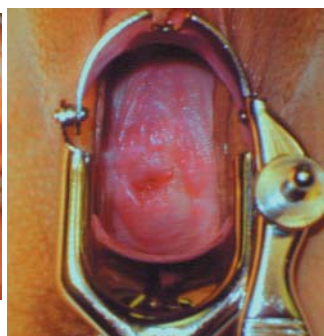


Рис. 2Д. Осмотр купола влагалища в зеркалах через 3 мес.

В этих случаях терапия начинается с 2-4 курсов химиотерапии, и при ее эффективности выполняется абдоминальная расширенная экстирпация шейки матки.

Еще одной острой клинической проблемой является предраковая патология шейки матки и микроинвазивный рак. Такая патология часто встречается у молодых 25-35-летних, еще нерожавших женщин, которые хотели бы сохранить репродуктивную функцию с минимальными рисками для будущей или развивающейся беременности. В этих случаях выбор лечения требует современного подхода к диагностике: обязательное ДНК-тестирование на ПВЧ и индивидуальный подход в каждом отдельном случае. Для оптимизации лечебной тактики необходимо выделить два временных параметра: опухоль выявлена во время беременности и у молодых женщин, планирующих выполнить репродуктивную

функцию ближайшие 1-2 года. К сожалению, в настоящий момент все известные инвазивные методы, применяемые в качестве стандарта лечения предопухолевой патологии шейки матки, могут осложнить течение беременности и родов [11, 12]. В связи с чем, особая ответственность ложится на врача женской консультации как в обследовании такой пациентки, так и в выборе метода терапии. Изменение гормонального статуса и усиление кровоснабжения шейки матки приводят к физиологическим особенностям эпителия, которые часто манифестируют диспластические процессы шейки матки (рис. 3 и 4).

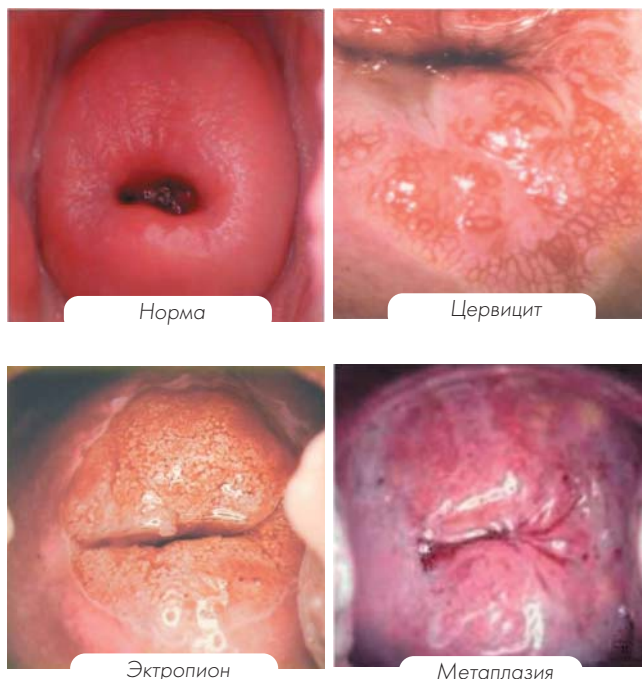


Рис. 3. Фоновые изменения эпителия шейки матки у беременных

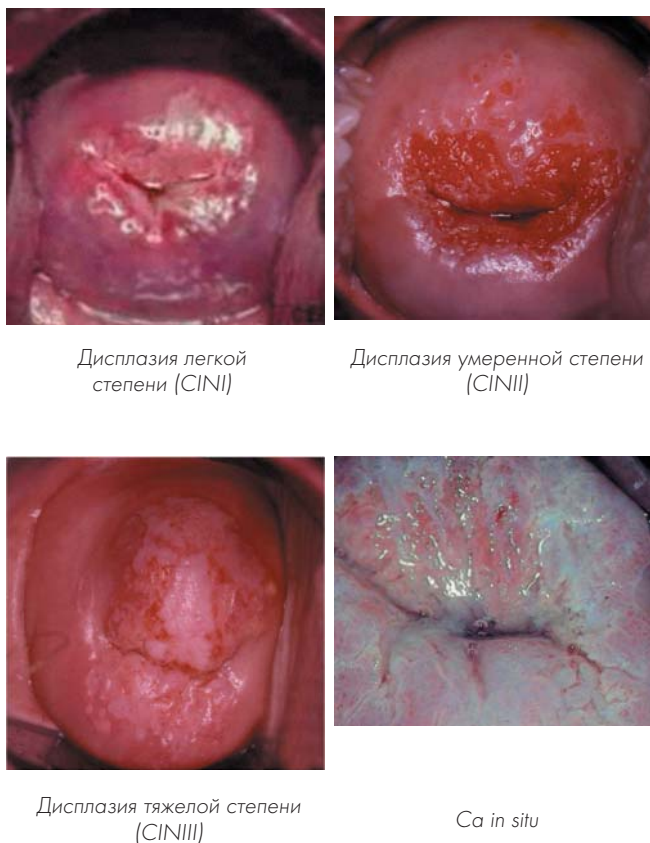


Рис. 4. Предраковые изменения эпителия шейки матки у беременных

Особенно яркая картина визуализируется на фоне хронического воспаления или гиперпластических процессов (полипы, папилломы, лейкоплакии, эндометриоз). Их частота достигает 81% [13]. По величине и форме эктопия может иметь кольцевидную форму в виде каймы различной ширины вокруг наружного зева, а иногда быть представленной ярко-красными «бархатными» участками неправильной формы, которые легко кровоточат при контакте [14, 15, 16]. При нормальном течении беременности эстриол способствует дифференцировке обнаженных резервных клеток в многослойный плоский эпителий; при отклонении от нормального течения наблюдается падение уровня эстриола и повышение прогестерона, что приводит к усиленной гиперплазии и пролиферации железистых структур из резервных клеток эпителия, особенно при хронических воспалительных процессах. С учетом полиэтило-

гичности доброкачественных и пограничных изменений шейки матки у беременных многие специалисты выбирают выжидательную тактику с кольпоскопическим контролем, что обусловлено случаями обратного развития и восстановления эпителия после родов. Однако процессы регенерации и метаплазии длительны и требуют нормального биоценоза влагалища, чему и отводится первичная роль в комплексном подходе лечения [17].

Таким образом, с учетом актуальности выбранной тематики, нами изучены особенности репродуктивной функции и течения беременности и родов у 234 пациенток после применения стандартных методов лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN I-III), а также особенности развития дисплазии шейки матки, выявленной в I триместре беременности у 18 женщин.

Для выбора оптимальной лечебной тактики у молодых нерожавших женщин с патологией шейки матки нами сформулированы следующие задачи:

1. Разработать комплекс клинко-диагностических мероприятий для выработки оптимальной тактики лечения больных эпителиальными дисплазиями шейки матки у нерожавших женщин с учетом данных цитологического и гистологического исследований.
2. Оценить репродуктивную функцию у больных эпителиальными дисплазиями шейки матки в четырех группах:
 - а) после ножевой конизации шейки матки;
 - б) после диатермоконизации шейки матки;
 - в) после криодеструкции или лазервапоризации шейки матки;
 - г) после радиоволновой эксцизии.
3. Установить прогностическую значимость тестирования на наличие онкогенного типа вируса папилломы человека (ПЦР, Hybrid Capture II тест (США), «Ампли Сенс», Россия) у беременных женщин с CIN I-II.

4. Выработать оптимальную тактику лечения диспластических процессов шейки матки у нерожавших и беременных женщин.

В работе мы использовали международный термин цервикальная интраэпителиальная неоплазия – cervical intraepithelial neoplasia – CIN [18, 19], что соответствует степени тяжести дисплазии: CIN I – легкой степени, CIN II – умеренной, CIN III – тяжелой степени дисплазии и преинвазивной карциноме шейки матки. Методы лечения выбирали в зависимости от степени поражения шейки матки.

Материал и методы исследования

Настоящее исследование проводилось на базе консультативно-диагностического центра ФГУ КБ № 83 ФМБА России и Родильного дома № 16 УЗ САО г. Москвы. Работа включала проспективный и ретроспективный анализ репродуктивной функции у 234 нерожавших пациенток с CIN I–III после лечения, а также наблюдение за 18 беременными с патологией шейки матки (табл. 3). Общее наблюдение осуществлялось более 24 мес. Все больные разделены в группы в зависимости от методов лечения (табл. 4).

Таблица 3

Беременные с патологией шейки матки, выявленной в первом триместре

Группы, в зависимости от результатов цитологического скрининга		Число больных	Методы диагностики	
			Положительный тест на ВПЧ (ДНК)	Атипичная кольпоскопическая картина
I	CIN I	9	4	7
II	CIN II	7	5	5
III	CIN III	2	1	2
Всего беременных		18	10 (55,5%)	14 (77,8%)

В I и II группах инвазивных методов лечения не применяли, в III группе выполнена конизация шейки матки радиоволновым методом.

Общее обследование в группах проводили по следующим параметрам: клиническое наблюдение (анамнестические и объективные данные, включающие характер и особенности менструаций, сопутствующие заболевания, перенесенные инфекции, характер репродуктивной функции); гинекологический осмотр с расширенной кольпоскопией, цитологическим исследованием и определением ДНК вирусов (методы ПЦР, тесты Hybrid Capture II (США) или «АмплиСенс ВПЧ», Россия). При наличии атипичной кольпоскопической картины или цитологических результатов выполня-

лась петлевая биопсия шейки матки с помощью аппарата «Сургитрон» фирмы «Ellman International» (США), с кольпоскопическим контролем. При взятии биопсии особое внимание обращали на широкое иссечение патологического очага, по возможности в пределах здоровых тканей (рис. 5).

При смещении переходной зоны в цервикальный канал дополнительно проводили выскабливание цервикального канала. Гистологические заключения трактовались по Д/СIS-классификации с учетом признаков HPV (кондилома, койлоцитоз).

Методы лечения CIN I-III, у нерожавших женщин

Группы	Хирургические методы лечения ШМ	Степень CIN			
		CIN I	CIN II	CIN III	ВСЕГО
I	Лазервапоризация или криодеструкция	56	69	0	125 (53,4%)
II	Радиоволновая эксцизия	0	39	13	52 (22,2%)
III	Электроконизация	0	16	15	31 (13,2%)
IV	Ножевая конизация	0	5	21	26 (11,1%)
Всего больных		56	129	49	234 (100%)

При CIN I и CIN II при выборе деструктивных методов лечения проводилась предварительная биопсия шейки матки

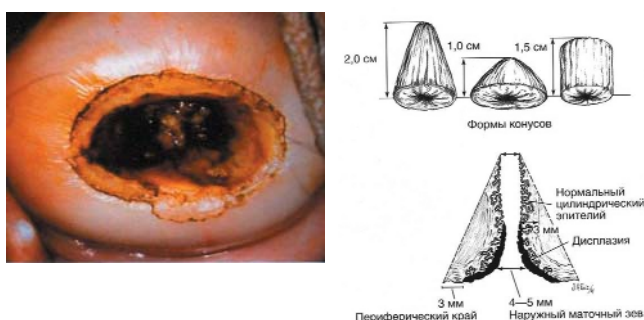


Рис. 5. Широкое иссечение измененных тканей шейки матки

Результаты. Анализ отдаленных результатов лечения интраэпителиальной неоплазии показал, что беременность в течении первых 2 лет наступила у 86 (36,7%) больных CIN I-III, причем частота осложнений беременности и родов прямо коррелировала с уровнем резекции тканей шейки матки. Чаще осложнения наблюдались при максимальном объеме резекции, например, при ампутации шейки матки на уровне сводов влагалища – 23(60,5%), что выполнялось при CIN III. У больных после небольших резекций шейки матки, например, после циркулярной радиоволновой конизации шейки матки, выполняемой при CIN I-II, число осложнений было достоверно ниже – 6 (15,8%) ($p < 0,05$) (табл. 5).

По нашим данным, лучшие результаты для будущей беременности были получены после радиоволновой резекции шейки матки – 2 (5,3%) и крио- или лазеродеструкции – 3 (7,9%).

В целом высокое число осложнений во время беременности после электроконизации шейки матки, а также значительная глубина электротермического повреждения, ожога за счет сильного нагревания активного электрода делает этот метод менее перспективным при использовании как с целью сохранить фертильность у нерожавших женщин, так и для установления точной границы резекции. Морфологический анализ таких образцов давал оценку качества среза как «неудовлетворительный» из-за большой зоны термического ожога. Очевидное преимущество ножевой конизации шейки матки, с точки зрения сохранности четкого края резекции для гистологического исследования, почти полностью нивелируется после оценки осложнений во время беременности. При этом радиоволновая эксцизия большой петлей (loop) или конусовидным электродом становится преимущественным методом выбора лечения начальной патологии ШМ [20]. Этот «бесконтактный разрез» осуществляется теплом, выделенным высоко-

Таблица 5

Беременные с патологией шейки матки, выявленной в первом триместре

Осложнения беременностей	Методы лечения				
	Электроконизация	Ножевая ампутация	Лазеро- или крио деструкция	Радиоволновая эксцизия	Всего (%)
Деструкция или эксцизия ШМ до 1,5 см	4	0	2	0	6 (15,8%)
Резекция или деструкция шейки матки от 1,5 до 3 см	3	5	1	0	9 (23,7%)
Резекция ШМ от > 3 см до сводов	13	8	0	2	23 (60,5%)
Всего осложнений 38 (44,2%) у 86 беременных	20 52,6%	13 34,2%	3 7,9%	2 5,3%	38 44,2%

частотными радиоволнами диапазонов (АМ/FM) с выходной частотой 3,8 МГц. Минимальный отек тканей шейки матки в послеоперационном периоде с хорошей границей среза явились благоприятными факторами и для исходов дальнейшей беременности. После применения методов криотерапии и лазервапоризации также наблюдалось наименьшее число осложнений во время беременности, но они имели ограниченные возможности по оценке края деструкции, что делало возможным их использование только при начальных повреждениях шейки матки (CIN I–II) и отсутствии поражения цервикального канала.

Таким образом, основной проблемой ведения беременности после применения инвазивных методов лечения CIN I–III являлась угроза невынашивания и истмиоцервикальная недостаточность шейки матки, что встречалось у 38 (44,2%) больных. Учитывая, что 85,5% больных имели повышенный риск прогрессирования заболевания, положительный тест на онкогенные типы HPV, то невозможность точной морфоло-

гической оценки края опухоли являлось существенным недостатком деструктивных методов.

Результаты ведения беременных пациенток с интраэпителиальными поражениями шейки матки продемонстрировали высокую прогностическую значимость ДНК-диагностики на ВПЧ, так, у 8 из 9 пациенток с CIN I–II с «клинически значимой вирусной нагрузкой» (ВПЧ > 3 lg/10⁵ клеток) потребовалось выполнить конизацию шейки матки во втором триместре беременности или через 1,5–2 мес. после родоразрешения, в то время как при отрицательных результатах теста было достаточно восстановить биоценоз влагалища и наблюдать, что привело в саморегрессии дисплазии уже к III триместру беременности.

Таким образом, современные методы диагностики и лечения предраковой патологии шейки матки и начального рака позволяют индивидуализировать клиническую стратегию в каждом конкретном случае для минимальной травмы репродуктивному здоровью женщины с учетом рисков прогрессирования заболевания.

Литература

1. Козаченко В.П. Современное состояние проблемы рака шейки матки // Сборник «Заболевания шейки матки»/ Под ред. В.Н. Прилепской. М., 1997.-С. 13-15.
2. Вишневская Е.Е. Рак и беременность. Минск: Высшая школа, 2000. 320 с.
3. Jemal A., Siegel R., Ward E. et al. Cancer statistics, 2007. //CA Cancer J. Clin. 2007; 57(1):43-66.
4. Covens et.al. Radical vaginal trachelectomy spares fertility // Int. J. Obst. Gynaecol. 2006; 113: 719-24
5. Abu-Rustum Nadeem R. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York 2007
6. Covens et.al. Radical vaginal trachelectomy spares fertility // Int. J. of Obstet. and Gynaecol. 2006; 113: 719-24
7. Beiner ME, Hauspy J, Rosen B, et al. // Radical vaginal trachelectomy vs. radical hysterectomy for small early stage cervical cancer: a matched case-control study // Gynecol Oncol. Aug 2008; 110(2):168-71.
8. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Новые технологии в гинекологии. М.: изд. Пантори, 2003. С. 3-11.
9. Peck P. Trachelectomy may safely preserve fertility in women with cervical cancer // Reuters Cancer News, 1999, March
10. Beiner M.E., Covens A. Surgery insight: radical vaginal trachelectomy as a method of fertility preservation for cervical cancer // Nat. Clin. Pract. Oncol. 2007; 4(6):353-361.
11. Petignat P., Stan C., Megevand E., Dargent D. Pregnancy after trachelectomy: a high-risk condition of preterm delivery. Report of a case and review of the literature // Gynecol. Oncol. Serv., University Hospitals of Geneva, Geneva, 2004. 94(2):575-577.
12. Урманчеева А.Ф., Берштейн Л.М., Бурмина М.М. и соавт. Гормональная реабилитация больных раком шейки матки после радикального хирургического лечения // Акуш. и гинекол. 2001. № 1. С. 18-22.
13. Захарова Т.Н. Системный анализ папилломавирусной инфекции шейки матки у женщин молодого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Тула, 2001; 24 с.
14. Nobbenhuis M.A., Helmerhorst T.J., van den Brule A.J. et al. Cytological regression and clearance of high-risk human papillomavirus in women with an abnormal cervical smear // Lancet. 2001. 24;358 (9295):1782-1783.
15. Kleinberg M.J., Straughn J.M., Stringer J.S., Partridge E.E. A cost-effectiveness analysis of management strategies for cervical intraepithelial neoplasia grades 2 and 3 // Am. J. Obstet. Gynecol. 2003; 188(5):1186-1188.
16. Kyrgiou M., Koliopoulos G., Martin-Hirsch P. et al. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis // Lancet. 2006;367(9509):489-498.
17. Wright T.C. Jr, Massad L.S., Dunton C.J. et al. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests // Am. J. Obstet. Gynecol. 2007; 197(4):346-355.
18. Баггиш М. Кольпоскопия. Атлас-справочник: Пер. с англ. М., 2008
19. Bar-Am A., Daniel Y., Ron I.G. et al. Combined colposcopy, loop conization, and laser vaporization reduces recurrent abnormal cytology and residual disease in cervical dysplasia // Gynecol. Oncol. 2000; 78: 47-51.
20. Wright T.C. Jr, Cox J.T., Massad L.S. et.al. Consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia // Am. J. Obstet. Gynecol. 2003;189:295-304.

Контактная информация:

Леваков Сергей Александрович, д.м.н., профессор,
Заведующий отделением гинекологии ФГУЗ КБ № 83 ФМБА России,
Адрес: 115682, Москва, Ореховый бульвар, 28 ФГУЗ КБ № 83 ФМБА России
e-mail: levakoff@ya.ru

Шабловский Олег Радомирович, д.м.н., профессор
Заместитель главного врача ФГУЗ КБ № 83 ФМБА России,
Адрес: 115682, Москва, Ореховый бульвар, 28 ФГУЗ КБ № 83 ФМБА России
Кафедра Акушерства и гинекологии. Тел.: (495) 344-36-03