

УДК 618. 3-06:618. 146-06:156. 923

ДЕМИНА Т. Н., ПАВЛУШЕНКО С. Д., РУДНЕВА М. Н.  
Донецкий Республиканский центр охраны материнства и детства

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ (лекция для врачей-курсантов)

**РЕФЕРАТ.** Клиническая лекция для врачей-курсантов посвящена вопросам, связанным с тактикой ведения беременных пациенток с патологией шейки матки. Рассмотрены современные подходы к диагностике, лечению и наблюдению таких пациенток, представлены разновидности физиологических изменений шейки матки при беременности. Проведен сравнительный анализ существующих классификаций. Представленный алгоритм ведения беременных с цитологическими изменениями позволяет разработать план мероприятий по дальнейшему наблюдению пациенток. Авторами на основании изучения наиболее авторитетных отечественных и зарубежных литературных источников, разработан клинический маршрут пациентки при выявлении патологии шейки матки у беременных с дисплазией и начальными стадиями рака шейки матки. Также в лекции рассмотрен клинический случай рака шейки матки у беременной.

**Ключевые слова:** рак шейки матки, кольпоскопия, цитологическое исследование, беременность, дисплазия

Диагностика заболеваний шейки матки является одной из основных проблем современной гинекологии, поскольку предраковые состояния и рак данной локализации – наиболее часто встречающиеся заболевания, которые могут нарушать функцию генеративной системы, снижать трудоспособность, качество и продолжительность жизни женщины. Рак шейки матки в настоящее время занимает одно из ведущих мест в структуре злокачественной патологии репродуктивной системы женщины, уступая лишь раку молочной железы и тела матки.

Рак шейки матки, в соответствии с рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), считается предотвратимым заболеванием. Доказано, что ранняя диагностика, лечение и профилактика доброкачественных и предопухолевых состояний шейки матки позволяет снизить заболеваемость раком шейки матки.

За последние годы отмечено возрастание частоты как доброкачественных, так и предопухолевых состояний шейки матки. Особый контингент с патологическими состояниями шейки матки составляют беременные пациентки.

Доброкачественные заболевания в структуре патологии шейки матки у небеременных составляют около 80 %. У беременных женщин этот процент ниже (около 60 %) за счет увеличения частоты дисплазии и рака шейки матки.

Серьезную опасность репродуктивному здоровью женщины и ее будущему ребенку представляет сочетание беременности со зло-

качественными опухолями. В настоящее время нет доказательств того, что беременность влияет на биологические особенности рака шейки матки. Однако имеются данные о том, что рак шейки матки, диагностированный на поздних сроках беременности или после родов, имеет более распространенную стадию и худший прогноз. Метастазирование рака в плаценту или в ткани плода – исключительная редкость.

Заболеваемость инвазивным раком шейки матки (РШМ) во время беременности варьирует от 0,1 до 3 %. При этом, в 15–25 % наблюдений диагностируют аденокарциному, в 75–85 % – плоскоклеточный рак.

Цервикальный рак формируется на фоне длительной персистенции папилломавирусной инфекции (ВПЧ) высокого канцерогенного риска у беременных пациенток, чья иммунная система не способна к самоэлиминации вируса. Канцерогенез длится несколько лет. Риск протонирования беременности для здоровья женщины обратно пропорционален сроку при диагностике болезни. Если злокачественное новообразование выявлено в I триместре, беременность целесообразно прервать. Случай инвазивного РШМ в течение 2 лет после родов может свидетельствовать о том, что заболевание ассоциировалось с беременностью, но не было выявлено при рутинном цитологическом скрининге.

Для профилактики развития рака шейки матки у беременных при первичном обращении к врачу акушеру-гинекологу необходимо про-

водить тщательное обследование: сбор анамнеза, осмотр по органам и системам с обязательной пальпацией молочных желез, осмотр шейки матки в зеркалах, цитологическое исследование с проведением пробы Шиллера, вагинальное и ректальное исследование. При выявлении патологических изменений на шейке матки у беременных диагностические мероприятия такие же, как и вне беременности.

### Физиологические изменения в шейке матки при беременности

Для правильной оценки результатов обследований необходимо знать характер физиологических изменений шейки матки, вызванных значительным повышением гормональной секреции, индуцированной беременностью.

Физиологические изменения в шейке матки при беременности **в строме** характеризуются увеличением васкуляризации за счет повышения числа сосудов и капилляров. Увеличивается количество интерстициальной жидкости и возникает отек стромы.

Децидуализация, локализованная в теле матки, может распространиться за маточную полость и затронуть строму как железистого, так и многослойного плоского эпителия (МПЭ), на уровне клеточных островков, сохраняющих потенциал для дифференцировки и реагирующих на гормональные воздействия.

**В железистом эпителии** наблюдаются гиперплазия (увеличение числа желез) и гипертрофия (увеличение объема желез), активная метаплазия.

**Многослойный плоский эпителий** увеличивается в объеме, становится отечным, синюшного цвета, эндоцервикальный канал выворачивается на экзоцервикс, цилиндрический эпителий имеет полипообразный вид. Шейка матки легко травмируется и при осмотре с помощью влажного зеркала, и при заборе материала для диагностики, могут возникать эрозии и начаться кровотечение.

Соответствующие физиологические изменения отражаются и в цитологических мазках у беременных. При цитологическом скрининге используют классификации, модифицированные под специфику (табл. 1).

Выбор классификации не является принципиальным, главный момент – взаимопонимание клинициста и цитолога, особенно в случаях выявления дисплазии умеренной и тяжелой степени (CIN) у беременных женщин.

При отсутствии патологических изменений в цитологическом материале дальнейшее обследование прекращают. При наличии на шейке матки патологических изменений (эктропиона, полипа, цервицита и т. д.) или других отклонений от нормы в цитологических мазках, необходимо выполнить расширенную кольпоскопию.

Таблица 1. Соотношение классификаций цитологических мазков с шейки матки

Система Папаниколау		CIN	ТБС (Терминологическая Система Бетесда)
Класс 1 (норма)		Отсутствие неопластических изменений	Норма
Класс 2 (метаплазия эпителия, воспалительный тип)			ASC-US – предполагаются реактивные изменения ASC-H – предполагаются диспластические изменения
Класс 3 («дискариоз»)	III А	CIN I, койлоцитоз	LSIL
	III Б	CIN II	HSIL
	III В	CIN III	
Класс 4 (клетки, подозрительные на рак или карцинома in situ)			
Класс 5 (рак)		Карцинома	Карцинома

### Кольпоскопическая картина при беременности

Шейка матки во время беременности гипертрофирована и цианотична (признак Чедвика) (рис. 1, 2). При этом в цилиндрическом эпи-

телии выражена васкуляризация сосочков. Эндоцервикс иногда приобретает вид полиповидных разрастаний. Уточнить диагноз помогает проба с раствором уксусной кислоты 3%, после которой в норме отек и расширенные сосуды почти полностью исчезают (рис. 1).



**Рис. 1. Гиперваскуляризация, цианоз и отек шейки матки. Положительная реакция с раствором уксусной кислоты**

С наступлением беременности цилиндрический эпителий цервикального канала смещается на экзоцервикс. Наружный зев несколько зияет, обнажая цилиндрический эпителий (рис. 2).



**Рис. 2. Эктропион вследствие протрузии эндоцервикса у первородящей (база кольпофото ДРЦОМД)**

Физиологическим процессом для беременности является децидуоподобные изменения эпителия. Кольпоскопический децидуоз под многослойным плоским эпителием (МПЭ) бывает опухолевидного и полипообразного типа (рис. 4-6). Он может быть локализован как в эндоцервиксе так и на экзоцервиксе. Иногда такие образования напоминают экзофитную опухоль (рис. 3-4). Децидуоз под многослойным плоским эпителием может быть в виде плоской или возвышенной формы (рис. 3); узелковая в виде «инея» (рис. 4) или опухолевая форма (рис. 5).



**Рис. 3. Децидуоподобные превращения эпителия на задней губе шейки матки (возвышенная форма – в виде «пупка»)**



**Рис. 4. Узелковый децидуоз с ацидофильной реакцией эпителия по типу «иней». Резко положительная реакция с раствором уксусной кислоты**



**Рис. 5. Полиповидный децидуоз на передней губе шейки матки**

В железистом эпителии децидуализация стромы приводит к более выраженной реакции цилиндрического эпителия после обработки 3% раствором уксусной кислоты (рис. 6). Децидуальный эпителий более интенсивного белого цвета.



**Рис. 6. Передняя губа шейки матки. Эктропион с децидуальной реакцией и доброкачественной зоной трансформации МПЭ**

### **Ведение беременных с цитологическими аномалиями в мазках**

Согласно международным стандартам, при выявлении цитологических аномалий в мазках у беременных, необходимо выполнение следующих рекомендаций:

1. Кольпоскопию беременным с аномальными цитологическими мазками должен выполнять опытный специалист-кольпоскопист.
2. Биопсия (строго под контролем кольпоскопии) показана при подозрении на тяжелые степени CIN, инвазию и по заключению онкогинеколога.

3. Выскабливание цервикального канала у беременной недопустимо.
4. Конизацию шейки матки проводят исключительно редко, в виду высокого риска возможных осложнений (кровотечение, прерывание беременности) и только при подозрении на инвазивный процесс.
5. При отсутствии признаков инвазивного процесса рекомендовано динамическое наблюдение (кольпоскопия и цитология)
6. После родов кольпоскопию и цитологическое исследование проводят не ранее чем через 6–8 нед. По итогам послеродового обследования определяют объем вмешательства

Алгоритм ведения беременных с цитологическими изменениями позволяет разрабо-

тать план мероприятий по дальнейшему наблюдению пациенток (табл. 2).

После родов возможна спонтанная регрессия CIN, причем, по некоторым данным, после естественных родов ее наблюдают чаще, чем после кесарева сечения.

В Донецком Республиканском центре охраны материнства и детства врачами отделения репродуктивного здоровья и планирования семьи, кабинета диагностики и лечения заболеваний шейки матки совместно с сотрудниками кафедры ФИПО ДонНМУ им. Горького, Республиканским акушером-гинекологом был предложен клинический маршрут беременной пациентки с дисплазией и (или) раком шейки матки (рис. 8).

**Таблица 2. Алгоритм ведения беременных с цитологическими аномалиями в мазках по рекомендациям IARC**

Результаты цитологии	Результаты кольпоскопии	Тактика ведения
<b>LSIL</b> (Light grade Squamous Intraepithelial Lesion, интраэпителиальные поражения низкой степени)	CIN тяжелой степени исключена	Во время беременности пациентку можно не наблюдать; следует рекомендовать контроль цитологии и кольпоскопию через 3-4 мес. после родов
<b>HSIL</b> (High grade Squamous Intraepithelial Lesion, интраэпителиальные поражения высокой степени)	Нельзя исключить CIN тяжелой степени	Во время беременности контроль цитологии и кольпоскопия 1 раз в 3 мес., а затем через 3-4 мес. после родов, биопсия после родов
<b>HSIL и выше</b> (подозрение на рак, клетки рака)	Нельзя исключить инвазивный процесс	Биопсия под контролем кольпоскопии во время беременности



**Рис. 8. Клинический маршрут беременной пациентки с дисплазией и (или) раком шейки матки в ДРЦОМД**

### Клинический случай

Беременная К., 34 лет, 15. 10. 16 г. поступила в ДРЦОМД акушерское отделение №2 с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота.

При поступлении был выставлен диагноз: Беременность V, 28 нед. Угроза преждевременных родов. Susp. Са colli uteri.

Из анамнеза: Беременность 4. Родов – 3, аборт – 0. Эрозия шейки матки – не лечила. Поздняя явка на учет по беременности. Стационарное лечение по месту жительства по поводу угрозы прерывания беременности в 23-25 нед.

Обследована в кабинете патологии шейки матки ДРЦОМД. Проведена кольпоскопия – неудовлетворительная. Во влагалище экзофитная опухоль с атипичным эпителием, участками некроза, изъязвлений, занимающая практически все влагалище, обильно кровит при контакте: цитология – CIN II, произведена биопсия по показаниям «подозрение на рак». Заключение патогистологического исследования – низкодифференцированная карцинома плоскоэпителиального генеза с инвазивным ростом.

Консультирована в Республиканском Онкологическом Центре имени проф. Бондаря Г.В. Диагноз: Са colli 1B st. Рекомендовано оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение бригадой специалистов в составе акушера-гинеколога и онкогинеколога.

25. 10. 16 г. произошли роды V, преждевременные патологические в сроке 29 недель. Кесарево сечение в н/сегменте. Гистерэктомия II типа. Извлечена живая недоношенная девочка, массой 1200 г, Апгар 5/6 баллов.



**Рис. 7. Интраоперационный материал. Тело и шейка матки с экзофитным разрастанием опухоли в цервикальном канале**



**Рис. 8. Интраоперационный материал. На разрезе экзофитная распадающаяся опухоль диаметром до 6 см, исходящая из задней стенки цервикального канала**

**Заключение ПГИ:** В шейке матке разрастание плоскоклеточной неороговевающей карциномы с очагами некроза с глубоким инвазивным ростом до 1/2 в толще стенок шейки матки

В послеродовом периоде после выписки пациентка для дальнейшего наблюдения и ведения направлена в Республиканский онкоцентр, где онкогинекологами проводятся лечебно-диагностические мероприятия согласно действующим протоколам МЗ ДНР.

### Выводы

Современные взгляды на особенности состояния шейки матки во время беременности демонстрируют большое разнообразие цитологических, гистологических и кольпоскопических картин, необходимость динамического мониторинга и индивидуального подхода к их ведению. Индивидуальный план лечения должен разрабатываться междисциплинарной командой, которая должна включать акушера-гинеколога, онкогинеколога.

При выявлении у беременной дисплазии и (или) рака шейки матки, обо всех рисках (о методах лечения, вариантах акушерской тактики и др.) как для самой матери, так и для ее будущего ребенка, врач обязан максимально подробно информировать женщину и ее семью. Окончательное решение должны принимать они.

Важным моментом является подготовка к беременности пациенток, у которых выявлена патология шейки матки, а также проведение регулярных скрининговых мероприятий по диагностике заболеваний шейки матки.



## Список литературы

1. Кольпоскопия: руководство для врачей / М. М. Дамиров. 2-е изд., перераб. и допол. – М.: Издательство БИНОМ, 2016. – 256 с.
2. Заболевания шейки матки: руководство / под ред. Ш. Х. Ганцева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 160 с.
3. Шейка матки, влагалища, вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция: руководство для практикующих врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. / Под ред. С. И. Роговской, Е. В. Луговой. – М.: Издательство журнала Status Praesens, 2016. – 832 с.
4. Патология шейки и тела матки. Руководство для врачей / Под ред. Е. В. Коханевич. – Нежин: Гидромакс, 2009. – 352 с.
5. Медведь В. И. Новообразования у беременных: общие и частные проблемы, материнские и перинатальные аспекты // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2016. – № 8 (105). – С. 5-11.
6. Приказ МЗ Украины от 02. 04. 2014 № 236 «Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной (специализированной), третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи» Дисплазия шейки матки. Рак шейки матки»
7. Приказ МЗ ДНР от 30. 12. 2016 года № 1560 «Об утверждении унифицированных клинических протоколов медицинской помощи по профилю «Онкология». Унифицированный клинический протокол оказания медицинской помощи» (УКПМД) «Дисплазия шейки матки. Рак шейки матки».
8. Практическая кольпоскопия / С. И. Роговская. – 4-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2016. – 256 с.
9. Кольпоскопия. Метод и диагностика / Жак-Маршетта, Филипп Декамп; пер. с франц.; под общ. ред. проф. В. Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 200 с.
10. Клиническая кольпоскопия. Практическое руководство / Б. С. Ангар, Г. Л. Броцман, М. Штицер; пер. с англ. Под ред. В. Н. Прилепской, Т. Н. Бебневой. – М.: Практическая медицина, 2014. – 384 с.
11. Программное обеспечение Medvisor 3. 1 с электронной базой данных кольпофото в ДРЦОМД

02.03.2017

DEMINA T.N., PAVLUSHENKO S.D., RUDNEVA M.N.  
Donetsk Republic Center of protection of maternity and childhood

### MODERN ASPECTS OF MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH PATHOLOGY OF CERVIX OF THE UTERUS (lecture for doctors)

**SUMMARY.** A clinical lecture for doctors is focuses on questions related to algorithm of management of pregnant women with pathology of cervix of the uterus. Modern approaches to diagnostics, treatment and monitoring of such patients are shown and varieties of physiological changes of the cervix during pregnancy are presented. A comparative analysis of existing classifications is carried out. The presented algorithm of management of pregnant women with cytological changes allows developing a plan of measures for further monitoring of patients. The authors developed a clinical route of the patient by detecting the pathology of the cervix in pregnant women with dysplasia and the initial stages of cervical cancer, based on the study of the most authoritative Russian, Ukrainian and foreign literary sources. The lecture also presents a clinical case of cervical cancer in a pregnant woman.

**Key words:** cervical cancer, colposcopy, cytology, pregnancy, dysplasia