

Мониторинг патологии шейки матки у беременных

Н.Н. Волошина, О.Ю. Петрова, Т.П. Кузнецова, Л.И. Елизарова, Е.С. Кошлакова

Запорожская медицинская академия последипломного образования
Запорожский областной клинический онкологический диспансер

Резюме. Приведены результаты обследования, наблюдения и ведения 136 беременных с патологией шейки матки (ШМ). Злокачественная трансформация эпителия ШМ чаще возникает у пациенток, длительно не лечивших фоновые и предраковые заболевания при сопутствующей папилломавирусной инфекции. Проведение углубленного обследования беременных с патологией шейки матки позволяет своевременно установить диагноз, разработать индивидуальный план ведения беременной. При сочетании CIN III, CIS, рака ШМ и беременности метод лечения определяют, исходя из сроков беременности, степени распространенности онкологического процесса и желания женщины иметь ребенка.

Ключевые слова: шейка матки, беременность, папилломавирусная инфекция, цервикальные интраэпителиальные неоплазмы, рак шейки матки.

Введение

Злокачественные опухоли, сочетающиеся с беременностью, являются неординарным и сложным сочетанием, требующим от врача и больной выбора между риском для жизни матери и будущего ребенка, когда клинический принцип акушерства «сохранить ребенку мать, а матери — ребенка» не всегда выполним [2, 3, 15].

Рак шейки матки (РШМ) — наиболее часто встречающаяся опухоль во время беременности, возникающая в репродуктивном периоде жизни женщины [3, 8, 13]. По данным литературы, 5-летняя выживаемость больных РШМ в сочетании с беременностью в начальных стадиях (I–II стадии) — составляет 68,2–77% случаев, в запущенных (III–IV стадии) — 44–55% [3, 18].

Единственным шансом спасения жизни матери и будущего ребенка в подобных ситуациях является предотвращение РШМ у беременных. Планируемая беременность должна протекать только при здоровых шейке матки (ШМ) и цервикальном канале (ЦК). В случаях их поражения и наступления беременности показано тщательное обследование с уточнением диагноза, проведение лечения и профилактики злокачественного процесса. Отсутствие онкологической настороженности способствует несвоевременной диагностике фоновых и предраковых заболеваний ШМ у беременных.

РШМ у беременных возникает как на наружной поверхности ШМ, так и в эндоцервиксе. При этом малигнизации может подвергаться многослойный плоский (плоскоклеточная карцинома), переходной (метапластическая карцинома) и железистый эпителий слизистой ЦК (аденогенный рак) [7, 9, 11, 16].

В этиопатогенезе РШМ основную роль играют онкогенные штаммы вируса папилломы человека (ВПЧ) — 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58, 35, 59, 56, 51, 73, 68 и 66 типы.

Указанные типы вирусов обнаруживают у 90% больных РШМ, а также у больных с дисплазиями шейки матки и при карциноме *in situ* [1, 4, 14, 17]. Наиболее часто ВПЧ-инфекция протекает субклинически, обычно на фоне различных гинекологических заболеваний, таких как вульвовагинит, псевдоэрозия ШК, эндоцервицит. Отмечается сочетание папилломавирусной инфекции (ПВИ) с другими инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) — сифилис, гонорея, хламидиоз, генитальный герпес, трихомоноз. При установленных онкологических заболеваниях, таких как РШМ, включая рецидивы после операции, рак вульвы, рак эндометрия, рак яичников, ВПЧ высокого онкогенного риска обнаружены в 57,9–97% случаев, при этом ВПЧ низкого онкогенного риска у них не встречается или встречается редко [9, 15, 18].

В практике акушеров и гинекологов ВПЧ-ассоциированное заболевание гениталий остается одной из важнейших проблем, т. к. клинические проявления, диагностика и тактика ведения пациенток с различными формами ПВИ разноречивы и не стандартизированы. Сформировавшаяся в последние годы тенденция к необоснованному и порой агрессивному лечению женщин, инфицированных ВПЧ, нередко приводит к отдаленным осложнениям, рецидивированию заболеваний, особенно в период беременности [5, 9, 12].

К факторам риска РШМ относят длительно существующие заболевания ШМ (доброкачественные и предраковые), которые, если их не лечить, приводят к возникновению РШМ. В многоступенчатом канцерогенезе, кроме ВПЧ, участвует целый ряд других коканцерогенных агентов различной природы. К ним относят: раннее начало половой жизни (до 15 лет), частая смена партнеров (более 5), курение (более 10 сигарет в день), отсутствие половой гигиены у обоих партнеров, наличие в анамнезе ановуляторных менструальных циклов до беременности, гиперэстрогению, первичное бесплодие, воздействие радиации до и во время беременности, травмы ШМ в родах и при абортках, ИППП [5, 6, 13, 16, 18].

В организме беременной женщины происходят изменения во всех органах и системах, в том числе и в ШМ. В многослойном плоском эпителии (МПЭ) ШМ может появляться большое количество делящихся клеток с нарушением дифференцировки и гиперплазией. Это способствует активизации ПВИ. Слизистая ЦК гипертрофируется за счет увеличения в размерах клеток цилиндрического эпителия и усиления в них процессов слизеотделения. За счет гиперплазии резервных субцилиндрических клеток образуются полиповидные выросты в ЦК. На отдельных участках ШМ имеет место метаплазия цилиндрического эпителия в МПЭ. В строме ШМ при беременности наблюдается деструкция коллагеновых волокон, образуются новые кровеносные сосу-

ды, появляются новые клетки, похожие по морфологическим характеристикам на децидуальные. Строма инфильтрируется лимфоцитами, лейкоцитами, моноцитами. Высокий уровень заболеваемости фоновыми и предраковыми заболеваниями, а также участвовавшие случаи РШМ у беременных, свидетельствует о необходимости разработки методологии диагностики, мониторинга и лечения патологии ШМ у этой группы пациенток.

Учитывая выше изложенное, **целью** работы явилось изучение состояния ШМ у беременных и разработка рекомендаций по своевременной диагностике, лечению патологических состояний ШМ и предупреждению РШМ во время беременности.

Материал и методы исследования

Обследовано 136 беременных, которые были направлены на консультацию в онкодиспансер в связи с дисплазиями ШМ различной степени тяжести и подозрением на РШМ. Средний возраст пациенток — $27 \pm 5,7$ года. Первородных было 57 (42%), первородящих — 63 (46,3%), повторнородящих — 73 (53,7%). У всех консультируемых женщин проведено изучение сексуального анамнеза, вредных привычек, онкологического анамнеза ближайших родственников.

Кольпоскопическое исследование проводилось кольпоскопом «Сканер-МК-200», с обычными светофильтрами, под увеличением в 10–16 раз согласно Международной классификации кольпоскопических картин (Рим, 1991).

Исследовали цитологические мазки с поверхности ЦК и переходной зоны, которые получали цервикобрашами. Цитологическое исследование проводили после фиксации в смеси Никифорова и окраски мазков по Папаниколау. Интерпретацию цитологических заключений проводили по классификации разработанной в г. Бетесда (США) в 1991 г. и дополненной в 2005 г. Биопсию ШМ, с последующим гистологическим исследованием, проводили по строгим показаниям в условиях гинекологического стационара.

На первом этапе всем беременным проводилась вульвоскопия и кольпоскопия с прицельным забором материала цервикобрашами для цитологического исследования. Всем женщинам было проведено обследование на инфекции Torch-комплекса и ПЦР обследование на наличие ДНК ВПЧ высокого и низкого онкогенного риска. При выявлении ИППП всем пациенткам проводилось этиопатогенетическое лечение. После выявления вирусного инфицирования, начиная со II триместра, беременным назначали растительный противовирусный препарат «Протефлазид» на протяжении 4-х недель. Протефлазид имеет прямое противовирусное (ингибирует вирусспецифические ферменты) и иммунокорригирующее (индуцирует эндогенные интерфероны, нормализует показатели клеточного и гуморального иммунитета) действие, не оказывает вредного воздействия на плод и течение беременности. Протефлазид применяли *per os* в виде капель по схеме:

- 1-я неделя: по 5 капель x 3 раза в день;
- 2–3 неделя: по 10 капель x 3 раза в день;
- 4-я неделя: по 8 капель x 3 раза в день.

Также Протефлазид назначался местно на тампоне (в разведении 1:5) в течение 10 дней. Препарат не вызывает осложнений, хорошо переносится беременными, обладает выраженным антиоксидантным и противовоспалительным действием [4, 5]. Эффективность лечения

оценивали по клиническим проявлениям с кольпоскопическим и цитологическим контролем каждые 2 недели. Контрольное ПЦР обследование на ДНК ВПЧ высокого и низкого онкогенного риска проводилось через 2 мес. после родов.

Результаты исследований и их обсуждение

При изучении сексуального анамнеза начало половой жизни до 15 лет отметили 12 (9%) женщин, от 16 до 20 лет — 96 (71%), после 21 года — 28 (20%) пациенток. До наступления настоящей беременности у 82 (60%) женщин было от 2 до 5 половых партнеров, 23 (17%) беременных имели в анамнезе более 5 партнеров и у 31 (23%) женщины — был только 1 половой партнер.

Выявлены перенесенные инфекции в анамнезе: гонорея — 3 (2,2%) случая, сифилис — у 1-й (0,7%), трихомониаз — у 38 (28%), хламидиоз — у 34 (25%), рецидивирующий герпес — у 28 (20%) обследованных. Каждая 3-я беременная отмечала, что до беременности неоднократно проходила лечение по поводу кольпитов, эрозии ШМ, воспаления придатков без установления причины заболевания. У 8 пациенток в анамнезе отмечено лечение у дерматологов по поводу кондилом вульвы, которые удалялись электрохирургическим методом. Обследование на наличие ВПЧ до беременности не проводила ни одна пациентка. После проведения ПЦР обследования и ДНК типирования выявлены ВПЧ высокого онкогенного риска у 61 (45%) беременной, у 42 (31%) — ВПЧ низкого онкогенного риска и у 22 (16%) — ВПЧ и высокого и низкого онкогенного риска.

Жалобы у беременных с дисплазиями ШМ отсутствовали в 70% случаев, у 30% пациенток отмечались патологические выделения из половых путей (бели, кровянистые выделения), зуд наружных половых органов, обусловленные наличием сопутствующей фоновой патологии, и периодические боли внизу живота.

При осмотре у 34 беременных были выявлены единичные и множественные экзофитные кондиломы, которые располагались на вульве, стенках влагалища, ШМ, но наиболее часто в местах мацерации паховой области, промежности и в перианальной области. Единичные кондиломы были выявлены на малых и больших половых губах, в наружном отверстии уретры, в области клитора и introitus.

При вульвоскопии выделяли три основных формы экзофитных кондилом — остроконечную, папиллярную, папуловидную. Клинически экзофитные кондиломы у одних женщин были абсолютно бессимптомными, у других вызвали психологический дискомфорт из-за косметического дефекта и даже препятствовали нормальной половой жизни. Психологический дискомфорт проявлялся чувством тревоги, вины, снижением самооценки, беспокойством по поводу заражения ребенка и риском развития рака.

Жалобы на бели предьявляли 58,8% беременных с экзофитными кондиломами, 29,4% — беспокоил зуд, жжение в области вульвы, у 17,6% отмечены дизурические расстройства. Почти каждая 3-я беременная никаких жалоб не предьявляла, кондиломы небольших размеров диагностировались случайно при обращении к врачу.

При объективном осмотре пациенток с экзофитными кондиломами наружных половых органов выявлялись признаки сопутствующего воспалительного процесса, гиперемия слизистых оболочек и кожи, трещины, изъязвления. У каждой 5-й женщины с ПВИ наружных

половых органов диагностировались очаги инфекции во влагалище и на ШМ.

При осмотре в зеркалах ШМ у всех беременных были выявлены участки гиперемии, отечности и различных разрастаний. ШМ у 75 (55%) пациенток была увеличена в размерах, размягчена, гиперваскуляризирована. Определялась специфическая картина эрозии, цервицита, полипа, лейкоплакии, кондилом, эктопии, децидуоза. Дисплазии на неизменной ШМ (при отсутствии фонового заболевания), как правило, невооруженным глазом не визуализировались. При влагалищном исследовании пальпировалась ШМ мягкой консистенции, увеличенная в размерах, с наличием небольших экзофитных образований или без них. ШМ иногда кровоточила при касании. Ряд больных отмечали так называемые «контактные кровомазания». Ректовагинальное исследование не выявило патологических отклонений.

Кольпоскопическое исследование показало, что ШМ беременных розового цвета с цианозом, иногда с фиолетовым оттенком. Определялись расширенные, полнокровные субэпителиальные сосуды, что придает ШМ мраморный вид. Такие изменения при простой кольпоскопии часто напоминают злокачественный процесс. У 27 (20%) пациенток на влагалищной части ШМ выявлена эктопия цилиндрического эпителия (*ectopia gravidarum*). Она была представлена гипертрофированным цилиндрическим эпителием с отеком и повышенной васкуляризацией сосочков. МПЭ был отечный, рыхлый, с точечными возвышениями в отдельных местах. В пробе Шиллера появлялись очаговые йоднегативные участки, что связано с неравномерным накоплением гликогена в клетках гипертрофированного МПЭ. У 35 (25,7%) беременных выявлен децидуоз ШМ.

Экзофитные разрастания децидуальной ткани на ШМ, сводах влагалища, ЦК было сложно отличить от экзофитной формы РШМ. Поэтому с поверхности децидуальных разрастаний необходимо брать мазки для цитологического исследования. Опухолевидный децидуоз, в виде одиночного возвышения розового или желтого цвета с множеством сосудов, выявлен у 12 (8,8%) беременных. Полиповидная форма децидуоза, диагностированная у 23 (16,9%) пациенток, чаще исходила из ЦК в виде белесоватого полипа с множеством мелких анастомозирующих между собой сосудов. Прицельную биопсию у беременных с выявленным децидуозом брали только в сомнительных случаях и при обнаружении в мазках тяжелой дисплазии.

При выявлении ацетобелого эпителия, пунктуаций, мозаики, йоднегативных зон, атипических сосудов, экзофитных кондилом, воспаления, язв на ШМ проводилось прицельное цитологическое и по показаниям гистологическое исследование. При цитологическом исследовании выявлялись специфические для ПВИ клетки — койлоциты, образующиеся в тканях в результате цитопатического эффекта ВПЧ. Определялись клетки с измененными ядрами — дискариоциты. Дискариоциты представляют собой мелкие клетки многослойного плоского эпителия, с пикнотическими ядрами, различной формы и величины, с интенсивной эозинофильной цитоплазмой, которые располагались комплексами в поверхностных слоях эпителия. Параллельно в строме ШМ наблюдалась деструкция коллагеновых волокон, с одновременным накоплением гликопротеиновой субстанции. Строма была инфильтрирована лейкоцитами, лимфоцитами и моноцитами.

Цитологически выявлялись диспластические изменения МПЭ, дискариоз клеток разных слоев и нарушения ядерно-цитоплазматического соотношения (в зависимости от степени тяжести). При наличии в мазках воспалительных изменений беременную обследовали на ИППП — хламидиоз, герпес, цитомегаловирус, трихомониаз, гарднереллез, уреоплазмоз, кандидоз и др. При выявлении в мазках койлоцитов выполнялась ПЦР для типирования ВПЧ.

Для проведения прицельной биопсии беременную госпитализировали в стационар. После биопсии женщине назначили токолитическую терапию для сохранения беременности. Гистологическое заключение являлось окончательным в постановке точного диагноза. В гистологических препаратах при дисплазиях наблюдались нарушения вертикальной аниморфности и стратификации нижних слоев клеток, за счет тотальной базальноклеточной гиперреактивности. Гиперплазированные клетки нижних слоев имели узкий ободок цитоплазмы и крупное ядро. В клетках поверхностного и промежуточного слоев появлялся гипер- и паракератоз, с присутствием в строме признаков признаков децидуализации, обусловленной беременностью. Морфологически определяли дисплазии I, II, III степени тяжести. При этом у одной пациентки в разных участках ШМ выявлялась различная степень дисплазии или сочетались морфологическая картина доброкачественного фонового заболевания ШМ с дисплазией различной степени тяжести.

В результате комплексного обследования у 39 (28,7%) беременных выявлены доброкачественные фоновые заболевания, у 75 (55,1%) — слабая и умеренная дисплазия (CIN-I, CIN-II), у 15 (11%) — тяжелая дисплазия и *cancer in situ* (CIN-III и CIS) и у 7 (5,1%) больных диагностирован РШМ I стадии. Установлено, что малигнизация возникла на фоне длительно существующей нелеченной псевдоэрозии у 4 (26,7%) и CIN-I–III — у 11 (73,3%) пациенток.

После верификации процесса на ШМ выработывался индивидуальный план ведения для каждой беременной с патологией ШМ.

При наличии у беременной доброкачественного фонового заболевания ШМ проводилось обычное ведение в женской консультации с обязательным проведением кольпоскопического и цитологического исследования — один раз в триместр. Плановое лечение ШМ осуществляли после родов.

При предраковых изменениях ШМ (CIN-I и CIN-II) в 70% случаев осуществлено консервативное ведение женщин с динамическим наблюдением до родоразрешения. Дети, родившиеся при доношенной беременности, не имели отклонений в состоянии здоровья. После родов и повторного углубленного обследования женщинам, спустя 6–8 недель, по показаниям выполнено электро-, лазерохирургическое или радиоволновое лечение. У 12% пациенток произошел самопроизвольный выкидыш, а другим 18% женщинам, по их желанию, выполнена операция искусственного прерывания беременности. Лечение ШМ (деструктивное) по показаниям проводилось через 6–8 недель после прерывания беременности.

При выявлении CIN-III и CIS всем беременным проведено углубленное дообследование в онкодиспансере для исключения инвазивного процесса.

Таким образом, роды в большинстве случаев доброкачественной и предраковой патологии ШМ проводятся через естественные родовые пути в соответствии с акушерской ситуацией.

Родоразрешение кесаревым сечением выполнялось по абсолютным или сочетанным относительным акушерским показаниям со стороны матери или внутриутробного плода. В отдельных ситуациях, при осложненном течении родов через естественные родовые пути или кесарева сечения (атония матки, септические осложнения), может возникнуть вопрос выбора объема оперативного вмешательства на матке. В таких случаях, если у беременной имеется CIN-III или CIS, показана не надвлагалищная ампутация, а экстирпация матки.

При наличии у беременной ВПЧ-ассоциированных заболеваний (кондиломатозных разрастаний на ШМ, вульве, влагалище) наиболее целесообразно, с целью профилактики папилломатоза гортани у ребенка, провести родоразрешение кесаревым сечением [1, 9, 17]. В остальных случаях роды проводятся через естественные родовые пути.

Родоразрешение женщин с выявленной герпетической инфекцией ШМ при субклиническом и бессимптомном течении проводилось через естественные родовые пути, а при остром манифестном течении — оперативным путем [6].

При CIN-III или CIS цитологическое и кольпоскопическое наблюдение за беременными проводилось каждый месяц на протяжении всего периода беременности. Ни у одной беременной не выявлено прогрессирования онкологического процесса. Родоразрешение проводилось в соответствии с акушерской ситуацией у 12 (80%) — через естественные родовые пути и у 3-х (20%) — кесаревым сечением. Спустя 6–8 недель после родов и углубленного обследования проведено радикальное органосохраняющее лечение — электро- или радиоволновая конизация ШМ в пределах здоровых тканей.

При выявлении инвазивного РШМ (I стадии) тактика лечения зависит от срока беременности, в котором установлен диагноз [3,10,11]. При ранних сроках (до 12 недель беременности) у 5 наблюдаемых беременных выполнен сеанс контактной лучевой терапии в дозе 13,5 Гр, опера-

ция Вертгейма и дистанционная лучевая терапия в дозе 40 Гр на область малого таза. В более поздних сроках беременности выявлено 2 случая РШМ I стадии, когда по настоянию женщин, проведено пролонгирование беременности до сроков жизнеспособности плода, установленным путем проведения УЗИ-контроля и другими методами. При достижении плодом жизнеспособности (35–37 недель) комплексной бригадой акушеров, педиатров, онкогинекологов и анестезиологов выполнено хирургическое вмешательство в виде корпорального кесарева сечения с последующей операцией Вертгейма. В дальнейшем эти больные получали дистанционную лучевую терапию органов малого таза в дозе 40 Гр.

Выводы

Наиболее часто предраковые заболевания и РШМ у беременных возникает и развивается на фоне длительно персистирующей ПВИ и существующих до беременности фоновых заболеваний ШМ. Поэтому указанная патология должна быть излечена до планируемой беременности.

При выявлении клинических, субклинических форм ПВИ и CIN I и II прерывание беременности не показано, а рекомендуется проводить динамическое наблюдение и противовирусное лечение.

У беременных с ПВИ, которым проводилось противовирусное лечение, не отмечено прогрессии предраковых заболеваний в инвазивный рак, что дает основание для проведения отсроченного лечения, после завершения беременности.

При CIN III и CIS, диагностированных в ранние сроки беременности, следует предложить пациентке прервать беременность, провести лечение ШМ, а после излечения можно рекомендовать беременность.

При сочетании беременности с инвазивным РШМ метод лечения определяют, исходя из сроков беременности, при которых впервые установлен диагноз, степени распространенности патологического процесса и желания женщины иметь ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

- Бибнева Т.Н., Прилепская В.Н. Папилломовирусная инфекция и патология шейки матки // Гинекология. — 2001. — Т. 3, № 3. — С. 77–81.
- Рак и беременность: взаимодействие акушерских, онкологических и этических проблем / Бохман Я.В., Бахидзе Е.В., Урманчиева А.Ф., Семглазов В.Ф. // Пробл. репрод. — 1996. — № 1. — С. 11–15.
- Вишневская Е.Е. Рак и беременность. — Минск: Высшая школа, 2000. — С. 9–88.
- Волошина Н.Н., Кашлакова Е.С., Павлюченко С.И. Папилломовирусная инфекция и беременность // Запрож. мед. ж. — 2006. — № 4. — С. 115–118.
- Волошина Н.Н. Церикальные интраэпителиальные неоплазии (диагностика, лечение и профилактика): Методические рекомендации, 2007. — 36 с.
- Герпетическая инфекция в акушерстве / Под ред. В.Н. Серова, Б.Л. Гуртовой и др. — М.: Радуга, 2001. — 30 с.
- Козаченко В.П. Рак шейки матки // Современ. онкол. — 2001. — Т. 2, № 2. — С. 2–4.
- Современные подходы к диагностике папилломовирусной инфекции гениталий женщин и их значение для скрининга рака шейки матки / Кулаков В.И. и соавт. // Гинекология. — 2000. — № 1. — С. 4–8.
- Роговская С.И. Папилломовирусная инфекция у женщин и патология шейки матки. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — С. 98–105.
- Русакевич П.С., Литвинова Т.М. Заболевания шейки матки у беременных. — М.: МИА, 2006. — С. 62–78.
- Урманчиева А.Ф. Рак шейки матки и беременность // Прак. онкол. — 2002. — Т. 3, № 3. — С. 79–81.
- Oral isotretinoin in the treatment of recalcitrant condylomata acuminata of the cervix: a randomized placebo controlled trial / Georgala S., Katoulis A.C., Georgala C., Bozi E., Mortakis A. // Sex Transm. Infect. — 2004. — V. 80. — P. 216–218.
- Bosch A. Epidemiology of HPV and associated neoplasia. Book of abstracts, HPV conference. — Hannover, June 2–5, 2005.
- Franco E.L., Duarte-Fanco E., Ferenczy A. Cervical cancer: Epidemiology, prevention, and role of HPV // Canadian Med. Acc. J. — 2001. — V. 164, № 7. — P. 1017–1024.
- Jin X.W., Cash J., Kennedy A.W. Human papillomavirus typing and the reduction of cervical cancer risk // Cleve. Clin. J. Med. — 1999. — V. 66, № 9. — P. 533–539.
- Low grade cervical intraepithelial neoplasia associated with human papillomavirus infection. Long — term follow — up / Matsuura Y., Kawagoe T. et al. // Acta Cytol. — 1998. — V. 42, № 3. — P. 123–129.
- Human papillomavirus with co-existing vulvar vestibulitis syndrome and vestibular papillomatosis / Origoni M., Rossi D., Ferrari F. et al. // Intern. J. Gynecol. Obstet. — 1999. — V. 123. — P. 424–429.
- Natural history of cervical papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study / Woodman C.B., Collins S., Winter H. et al. // Lancet. — 2001. — V. 357, № 9271. — P. 1831–1836.

Моніторинг патології шийки матки у вагітних

Н.М. Волошина, О.Ю. Петрова, Т.П. Кузнецова,
Л.І. Елізарова, О.С. Кошлакова

Резюме. Наведені результати обстеження, спостереження та лікування 136 вагітних жінок з патологією шийки матки (ШМ). Неопластичний процес частіше виникає на занедбаній, нелікованій ШМ при наявності папіломавірусної інфекції. Проведення поглибленого обстеження вагітних з патологією ШМ дозволяє своєчасно встановити діагноз, розробити індивідуальний план спостереження та лікування вагітної. При сполученні CIN III, CIS, рака ШМ та вагітності метод лікування визначається, виходячи з терміну вагітності, ступіню розповсюдженості онкологічного процесу та бажання жінки мати дитину.

Ключові слова: шийка матки, вагітність, папіломавірусна інфекція, цервікальні інтраепітеліальні неоплазми, рак шийки матки.

Cervical Pathology Monitoring in Pregnant Women

N. N. Voloshina, O. Yu. Petrova, T. P. Kuznetsova,
L. I. Yelizarova, Ye. S. Koshlakova

Summary. Results of the studies, observation and management of 136 pregnant women with cervix pathology (CP) are presented. Malignant transformations of the CP epithelium are more frequent to be found in the patients who have failed to treat their background and pre-cancer diseases on the backdrop of concomitant papillomaviral infection. An in-depth study of pregnant with cervix pathology allows for a timely diagnosis to be made and an individual management plan to be developed. In the event of a combination of CIN III, CIS, CP cancer and pregnancy, the treatment scheme is designed with consideration to pregnancy term, malignant process expansion level, and patient's willingness to have a baby.

Keywords: cervix, pregnancy, papillomaviral infection, cervical intraepithelial neoplasms, cervical cancer.