

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ В.А.Ходжаев

16.07.2010 г.

Регистрационный номер № 177-1209

**АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ  
РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

АВТОРЫ:

д-р мед. наук Косенко И.А., д-р мед. наук Литвинова Т.М.,  
канд. мед. наук Матылевич О.П., Костевич Г.В.

Минск 2010

Сочетание рака всех локализаций и беременности встречается в 0,02–0,1% случаев. В экономически развитых странах этот показатель составляет 1 на 1000 беременностей. Наиболее часто беременность сочетается с раком шейки матки (1–13 случаев на 10000 беременностей, включая послеродовой период), раком молочной железы (1 на 3000–10000 беременностей), лимфомой (1 на 5000–10000), меланомой (1 на 1000–10000), раком толстой кишки (1 на 13000), раком желудка (1 на 20000).

В последние 30 лет сочетание рака и беременности становится все более частым явлением. В частности, за последние 5 лет в Республике Беларусь число случаев рака органов репродуктивной системы в сочетании с беременностью возросло на 12%, особенно в группе пациенток, планирующих беременность и роды. Основными причинами этой ситуации является увеличение числа женщин, рожаящих в зрелом возрасте, рост онкозаболеваемости органов репродуктивной системы в целом, недостаточная работа по своевременной диагностике предраковых заболеваний, в т. ч. отсутствие четкого алгоритма обследования беременных в рассматриваемом аспекте.

Также имеет место скептическое отношение пациенток и медицинских работников к возможным процессам малигнизации во время беременности, что приводит к гиподиагностике и увеличению выявляемости рака во время беременности в поздних стадиях.

Новизна настоящей инструкции заключается в том, что впервые разработан и описан алгоритм профилактического осмотра и наблюдения за беременной с целью раннего выявления предраковых и злокачественных новообразований органов репродуктивной системы с применением современных методов исследования.

## **ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Показания: беременность.

Противопоказания: нет.

Ограничения к применению метода: не имеются.

## **МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

Необходимое оснащение кабинета гинеколога:

- 1) кресло гинекологическое;
- 2) зеркала гинекологические;
- 3) корнцанги, пинцеты;
- 4) стерильные ватные или марлевые шарики;
- 5) цитощетки из расчета 2 на одну пациентку;
- 6) перчатки медицинские;
- 7) предметные стекла толщиной не более 1,5 мм;
- 8) кольпоскоп;
- 9) аппарат УЗИ с возможностью проведения вагинального исследования и доплерометрии;

10) условия по выявлению и дифференциации ВПЧ с применением современных молекулярно-генетических методов исследования (ПЦР-диагностика).

Количество инструментария и материалов определяется нагрузкой на персонал. Обустройство рабочего места осуществляется в соответствии с санитарными нормами и требованиями.

### **ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

#### **Первичное обследование в сроке беременности 8–12 недель (или при более позднем первичном обращении).**

Это наиболее важный этап обследования, поскольку своевременная диагностика позволяет сохранить жизнь не только пациентки, но и плода, если заболевание выявлено в ранней стадии.

Диагностика предраковых и ранних форм злокачественных новообразований гениталий и молочных желез у беременных сопряжена с определенными трудностями:

- физиологическое нагрубание и уплотнение тканей молочных желез затрудняет оценку их состояния пальпаторно;

- отек и цианоз шейки матки, обусловленный физиологическими застойными явлениями в венозных сплетениях малого таза, затрудняет правильную трактовку результатов эпителиально-сосудистых тестов при расширенной кольпоскопии, цитологическом и гистологическом исследованиях;

- увеличение объема тела матки затрудняет пальпаторную оценку состояния яичников, миометрия и парацервикальной клетчатки.

При кольпоскопии в I триместре на влажной части шейки матки определяются белесоватые точечные возвышения в связи с физиологической гипертрофией эпителия, расширенная сосудистая сеть. Во II и III триместрах наблюдаются отечные гипертрофированные сосочки слизистой оболочки цервикального канала (физиологическая эктопия цилиндрического эпителия), нередко встречается децидуоз слизистой оболочки. При расширенной кольпоскопии нередко выявляются поля нежного ацетобелого эпителия, характерна неравномерность окрашивания при проведении пробы Шиллера.

При цитологическом исследовании определяется активный цитоллиз клеток с наличием большого количества «голых ядер». При гистологическом исследовании наблюдаются повышенная васкуляризация, отек, лимфоцитарная инфильтрация, децидуоподобная реакция стромы, гиперплазия многослойного плоского эпителия с нарушением дифференциации клеток и развитием дополнительных капилляров.

#### **Первичное обследование беременной включает:**

- осмотр и пальпацию периферических лимфоузлов (зоны над- и подключичная, аксиллярная, передняя и задняя поверхности шеи, паховые области, внутренняя поверхность бедер);

- осмотр и пальпацию щитовидной железы;

- осмотр, пальпацию и УЗИ молочных желез;
- гинекологическое обследование (кольпоскопия, взятие мазков из шейки матки для цитологического исследования, ВПЧ типирование, вагинальное и ректовагинальное исследование);
- трансвагинальное и абдоминальное УЗИ органов малого таза (оценка структуры и размеров шейки матки, состояния цервикального канала, хориона, эндо- и миометрия, области придатков).

При поступлении беременной для родоразрешения и отсутствии наблюдения во время беременности объем обследования определяется клиническими показаниями с последующим полным обследованием через 6–8 недель.

Взятие материала для цитологического исследования предлагаем осуществлять цитощетками в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по применению «Инструменты и правила взятия материала для цитологического исследования при профилактических осмотрах женского населения» (МЗ РБ, Минск, 2008). При взятии материала для выявления ВПЧ следует руководствоваться инструкцией «Алгоритм диагностики доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки, ассоциированных с инфекциями, передаваемыми половым путем, у женщин репродуктивного возраста» (МЗ РБ, Минск, 2009)

### **Интерпретация результатов обследования**

I этап. При отсутствии изменений по результатам первичного обследования осуществляется обычное наблюдение за течением беременности.

II этап. При наличии изменений:

Изменения в цитограмме:

– *цитологическая атипия, CIN I–II степени*–санация влагалища 7–10 дней, кольпоскопия, повторное цитологическое исследование. При отсутствии изменений осуществляется динамическое наблюдение за беременной с повторным цитологическим контролем в 16–18 недель. При сохранении цитологических данных в пользу CIN I–II — прицельная биопсия и цитологический контроль в 28–30 недель. Повторное углубленное обследование пациентки проводится через 6–8 недель после родов.

– *CIN III степени, рак*–санация влагалища 7–10 дней, кольпоскопия, повторное цитологическое исследование, УЗИ органов малого таза, прицельная биопсия. При выявлении CIN I–II–цитологический контроль в 28–30 недель. Повторное углубленное обследование проводится через 6–8 недель после родов.

При наличии CIN III ст. или подозрении на рак после санации беременная направляется в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, где осуществляется ее углубленное обследование. В случае выявления CIN III степени (сr in situ) продолжается сохранение беременности с цитологическим контролем в 28–30 недель и последующим обследованием через 6–8 недель после родов. Метод родоразрешения в данном случае выбирается в зависимости от акушерской ситуации.

*Гистологическое исследование.* Беременность любого срока гестации не является противопоказанием для инвазивных манипуляций на шейке матки в случае необходимости получения материала для гистологического исследования. Наиболее адекватной процедурой является прицельная биопсия шейки матки под контролем кольпоскопии, выполненная с применением аппарата радиоволновой хирургии, так как позволяет получить качественный материал практически бескровно и безболезненно. Применение конхотома с этой целью не рекомендуется. Особого внимания заслуживают те ситуации, когда зона патологии не визуализируется кольпоскопически и локализована в цервикальном канале. Анатомическая особенность строения стенки цервикального канала (щелеобразная складчатость), а также отек слизистой оболочки во время беременности затрудняют получение качественного гистологического материала. Это связано с тем, что рабочая поверхность кюретки (ложки Фолькмана) превышает размер складок стенки канала. В этом случае рекомендуем после проведения трансвагинального УЗИ шейки матки выполнить «выскабливание» цервикального канала цитощеткой с целью получения материала для цитоло- и гистологического исследования. При выявлении раковых клеток беременную следует направить в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова для дальнейшего обследования.

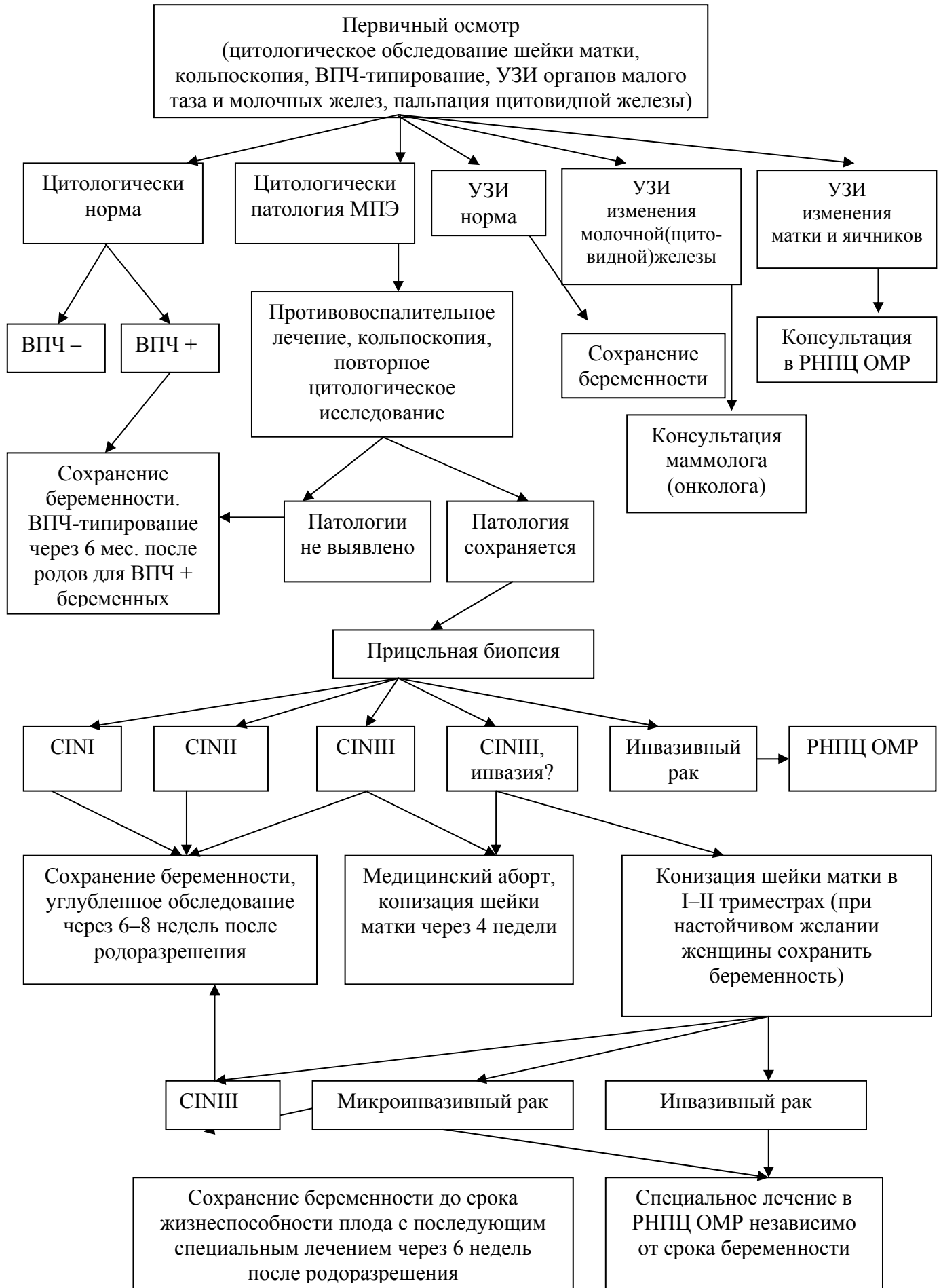
**Выявление ВПЧ-инфекции.** Эпидемиологические факторы риска рака шейки матки во время беременности такие же, как и у небеременных женщин. Наиболее значимым является ВПЧ-инфекция. Установлено достоверное увеличение выявляемости ВПЧ-инфекции во время беременности (28–31%) по сравнению с небеременными (12,5–18,6%). Это обусловлено тем, что во время беременности активизируются процессы метаплазии цервикального эпителия, а именно метаплазированный эпителий наиболее чувствителен к вирусу папилломы и развитию неоплазии. Также гормональные изменения приводят к стимуляции репликации вируса и делают его диагностику во время беременности более доступной. Целенаправленное определение ВПЧ во время беременности обосновано выявлением женщин группы высокого риска по развитию РШМ не только во время беременности, но и после родов.

*Изменения, выявленные при УЗИ органов малого таза, молочных желез (опухоль трофобласта, новообразования миометрия и шейки матки с подозрением на злокачественность, новообразования яичников, фибро- и цистаденома молочной железы, очаговая мастопатия).*

При выявлении новообразования яичников солидной, многокамерной структуры или в виде однокамерного образования, персистирующего после 16-й недели беременности, выполняется лапароскопическая биопсия яичника или аднексэктомия независимо от срока беременности в условиях акушерско-гинекологического стационара (перинатального центра II–IV уровня) с обязательным выполнением экспресс-анализа биопсийного материала. Исследование крови на СА 125 во время беременности неинформативно.

Во всех случаях наличия узлового образования молочной или щитовидной железы пальпаторно или при УЗИ независимо от срока беременности необходима консультация маммолога (онколога) для выбора тактики дальнейшего обследования и лечения.

В случае морфологического подтверждения злокачественной опухоли органов репродуктивной системы любой локализации, беременная направляется в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова в установленном порядке. Решение о выборе метода лечения принимается консилиумом врачей в условиях РНПЦ ОМР в составе руководителя научного отдела онкогинекологической патологии, заведующего профильным отделением и акушера-гинеколога.



**Рис. 1. Алгоритм ранней диагностики рака органов репродуктивной системы у беременных**