

9. Joniev S.Sh., Rakhimov A.U. Stress-protective therapy as a method of prolonged premedication in surgical interventions//Anesthesiology and resuscitation. 2015. No. 4(S). pp. 44-46 (in Russian)

10. Ismailov S. I., Alimdzhanov N. A., Rashidov M. M., M. Karimova, N. L. Kayumova, and B. Kh. Evaluation of the effectiveness of the surgical method for the treatment of nodular goiter // Problems of biology and medicine. 2007. No. 1 (47). S.26-30. (in Russian)

11. Rakhimov A.U., Joniev S.Sh. Features of preoperative preparation of patients with diffuse toxic goiter with concomitant arterial hypertension// Anesthesiology and resuscitation. 2015. No. 4(S). pp. 106-107 (in Russian)

12. Rakhimov A.U., Joniev S.Sh. Evaluation of the effectiveness of premedication in patients with thyroid pathology in the preoperative period// Anesthesiology and resuscitation. 2015. No. 4(S). pp. 45-46 (in Russian)

13. Aghajanian G. Tolerance of locus coeruleus neurones to morphine and suppression of withdrawal responses to clonidine // Nature. –2013. –№ 27. –186p.

14. Aho M., Lehtinen A.M., Laatikainen T. Effects of intramuscular clonidine on hemodynamic and plasma beta-endorphin responses to gynecologic laparoscopy // Anesthesiology. –2010. –№ 72 (5). –P. 797-802.

15. Ambrose C., Sale S., Howells R. et al. Intravenous clonidine infusion in critically ill children: dose-dependent sedative effects and cardiovascular stability // Br. J. Anaesth. – 2012. – № 84. (6). – P. 794-796.

16. Bonica J.J. Anatomic and physiologic basis of nociception and pain // The Management of Pain. – Philadelphia, 2010. – 28 p.

17. Bergendahl H.T., Eksbord S., Kogner P. Neuropeptide Y response to tracheal intubation in anesthetized children: effects of clonidine vs midazolam as premedication // Br. J. Anaesth. – 2014. – №82 (3). – P. 391-394.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Сакарбекова Т.О.,

*резидент 1 года обучения, акушер- гинеколог,
ПФ НАО Медицинский университет Семей
Казахстан, Павлодар*

Гасанова Э.З.

*Научный руководитель,
магистр медицины, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ПФ НАО МУС,
врач акушер- гинеколог*

CERVICAL CANCER AND PREGNANCY

Sakarbekova T.,

*resident of 1 year of study, obstetrician - gynecologist,
PF Semey Medical University
Pavlodar*

Gasanova E.

*Scientific supervisor
Master of Medicine, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology of the PF NAO MUS, obstetrician - gynecologist*

Аннотация

Беременность - физиологическое состояние женщины, при котором скрининг рака шейки матки обязательен. Качественный скрининг позволит снизить заболеваемость запущенными формами рака шейки матки во время беременности и смертность от нее.

Abstract

Pregnancy is a physiological condition of a woman in which cervical cancer screening is mandatory. High-quality screening will reduce the incidence of advanced forms of cervical cancer during pregnancy and mortality from it.

Ключевые слова: беременность, рак шейки матки, лечение.

Keywords: pregnancy, cervical cancer, treatment.

Введение: Статистические показатели заболеваемости рака шейки матки в РК в последние 3 года показывают, что 45,4% от всех заболевших составляют женщины до 50 лет. Каждая пятая женщина с раком шейки матки не достигла 40 лет. 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. 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% *1+. 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 [2]. 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; лейкорейя - 10,2%; боли - 7,1%, в 14,5% жалобы отсутствуют.

Цель: изучить проблемы диагностики и профилактики рака шейки матки

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 предопуховыми изменениями шейки матки. Лечение РШМ при беременности: В целом, лечение РШМ во время беременности основано на тех же принципах, что у небеременных женщин. Существует несколько специальных рекомендаций.

- Конизация шейки матки выполняется только при подозрении на инвазивный рост по данным цитологического исследования и кольпоскопии в связи с высоким риском кровотечения, прерывания беременности или преждевременных родов.

- Важнейшим условием в определении тактики ведения беременных женщин с РШМ является мультидисциплинарный подход с привлечением неонатолога и акушера-гинеколога помимо радиолога и химиотерапевта.

- Необходимо участие самой женщины и ее партнера в принятии решения, следует учитывать их желание сохранить беременность. Беременность - физиологическое состояние женщины, при котором скрининг рака шейки матки обязателен. Качественный скрининг позволит снизить заболеваемость запущенными формами рака шейки матки во время беременности и смертность от нее.

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. //,

III триместры

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

Лечение микроинвазивного рака шейки матки IAi стадии: / 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 IAg стадии: /триместр I.

Модифицированная радикальная гистерэктомия с подвздошной лимфаденэктомией. II, III триместры **Лечение рака шейки матки IB, II стадии:**

I триместр I. 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 I.

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.

Заключение. Сложность этической проблемы принятия решения беременной женщиной в пользу сохранения жизни ребенка, несмотря на угрозу собственному здоровью. Для исключения поздней диагностики рака шейки матки в женских консультациях всем беременным на ранних сроках и на 32-й неделе необходимо проводить цитологическое исследование мазков с шейки и цервикального канала матки. Наличие дисплазии не является поводом к прерыванию беременности. При тяжелой дисплазии следует провести кольпоскопию и плоскостную конизацию. При сочетании рака шейки матки и беременности тактика лечения зависит от срока беременности (до 12 недель – прерывание беременности), позднее – родоразрешающая операция – кесарево сечение), стадии опухолевого процесса (от высокой конусовидной ампутации шейки матки до расширенной экстирпации матки, сочетанная лучевая и химиолучевая терапия) и возраста пациентки.

Список литературы

1. Бохман Я.В., Руководство по онкогинекологии. - М.: Медицина. 1989.- С.173-193.
2. Урманчеева А. Ф., Мешкова И.Е. Тюляндин С.А., Моисенко В.М. практическая онкология: избранные лекции. - СПб.: Центр ТОММ, 2004.- С. 318-328.
3. Егорова И.В., Дыхно Ю.А., Крикунова Л.И. и др. Рак шейки матки: заболеваемость, клиника, диагностика, лечение. – Новосибирск: Наука, 2010. – 84 с.
4. Коломиец Л.А. Рак шейки матки и беременность // Сибирский онкологический журн. – 2003. – №3. – С. 21-22.
5. Урманчеева А.Ф. Рак шейки матки и беременность // Практич. онкология. – 2002. – Т.3, №3. – С. 183-193
6. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность) /Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена». – 2012. – 260 с.
7. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2002 году (заболеваемость и смертность) /Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. – М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена», 2004. – 256 с.
8. Шейка матки: цитологический атлас /Э. Титмушш, К. Адамс; пер. с англ. под ред. Н.И. Кондрикова. – М.: Практическая медицина, 2009. – 254 с.
9. Castle Philip. Cervical Cancer: Epidemiology and Prevention. NCI Summer Curriculum in Cancer Prevention July 2 through 27, 2007 Module 4 Screening and Early Detection.
10. Reduced cervical cancer incidence and mortality in Canada: national data from 1932 to 2006 /Dickinson J., Stankiewicz A., Popadiuk C., Pogany L., Onysko J., Miller B. //BMC Public Health. – 2012. – V. 12. – P. 992.
11. Meyskens, F.L. Screening for cancer: valuable or not? /Meyskens F.L. //Curr. Oncol Rep. – 2004. – V. 6, N 6. – P. 485490.
12. ICO Information Centre on HPV and Cancer. Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2014. – <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/pdf>
13. Croswell, J.M. Principles of cancer screening: Lessons from history and study design issues /Croswell J.M., Ransohoff D.F., Kramer B.S. //Seminars in Oncology. – 2010. – V. 37, Issue 3. – P. 202215.
14. Canadian Cancer Society. Canadian Cancer Statistics 2014. – p. 1642. <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/CanadianCancerStatistics2014EN.pdf>