

# АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

2010 • Том 4 • № 2

**Клинико-фармакологические аспекты  
применения дидрогестерона  
для сохранения беременности**

**Оценка эффективности организационной  
модели акушерской помощи  
в Российской Федерации**

# РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ (краткое сообщение)

Чулкова Е.А.

к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова

*Одними из основных задач при реабилитации онкологических больных фертильного возраста сегодня является восстановление и сохранение менструальной функции после радикального лечения и восстановление фертильности. Основной проблемой, с которой сталкиваются акушеры-гинекологи при ведении беременности у пациенток после применения инвазивных методов лечения предрака и раннего рака шейки матки, является угроза невынашивания и преждевременных родов. Единого мнения о тактике ведения родов у этих женщин не выработано. С целью восстановления нормальных овуляторных менструальных циклов показано применение комбинированных гормональных контрацептивов (КОК) в течение 6 месяцев.*

*Ключевые слова: фертильность, онкологические заболевания.*

**В** последние годы отмечается рост заболеваемости раком репродуктивных органов особенно у молодых женщин, что заставляет онкологов-гинекологов совершенствовать методы ранней диагностики и разрабатывать современные органосохраняющие подходы в лечении.

В связи с этим изменились и подходы к реабилитации онкологических больных.

Основными направлениями в реабилитации после органосохраняющего лечения являются:

1. Восстановление и сохранение менструальной функции после радикального лечения;
2. Восстановление фертильности;
3. Восстановление социального статуса женщины, а именно: сохранение или создание семьи, отсутствие инвалидности, возвращение к полноценной социально-активной жизни.

Выражение «малый рак требует большой операции» в настоящее время не актуально. Многочисленными работами доказано, что ранние стадии рака

шейки матки и рака тела матки, выявленные у молодых женщин, излечиваются без калечащих операций, давая возможность пациенткам реализовать свою основную функцию в жизни — рождение ребенка.

К сожалению, в реальной жизни пока преобладают запущенные стадии. Особенно это настораживает в выявлении рака шейки матки. Известно, что данная опухоль в возрастной группе от 15 до 39 лет (у женщин репродуктивного возраста) занимает I место в структуре онкологической заболеваемости и смертности. Поэтому основными задачами гинекологов являются не только ранняя диагностика предраковых изменений шейки матки, но и проведение своевременного органосохраняющего лечения заболевания на стадии интерэпителиальных неоплазий шейки матки (CIN) и карциномы *in situ*. Адекватным лечением умеренной и тяжелой дисплазии шейки матки (CIN II–III) и преинвазивной карциномы шейки матки у женщин репродуктивного возраста, согласно современным представлениям, является конизация или высокая ампутация шейки матки — одновременные диагностические и терапевтические процедуры.

Если оперативное лечение проходит без осложнений, а при контрольном мониторинге за состоянием шейки матки в течение 1–1,5 лет онкопатологии не выявляется, пациентка считается излеченной и встает вопрос о возможности реализации репродуктивной функции.

Так, основной проблемой, с которой сталкиваются акушеры-гинекологи при ведении беременности у пациенток после применения инвазивных методов лечения предрака и раннего рака шейки матки, является угроза невынашивания и преждевременных родов. Также не существует единого мнения о тактике ведения родов у этих женщин.

В последние 20 лет отмечается значительный рост заболеваемости предраком и раком тела матки у женщин молодого возраста. Учитывая важность сохранения менструальной и репродуктивной функ-

ции у этих пациенток, наиболее целесообразным является проведение гормональной терапии. Лечение включает в себя два этапа: 1-й, онкологический и 2-й, реабилитационный. Схемы лечения разработаны в МНИОИ им. П.А. Герцена и опубликованы. В реабилитационном периоде основная задача — восстановление нормальных овуляторных менструальных циклов комбинированными гормональными препаратами (КОК) в течение 6 мес. Данным пациенткам, учитывая патогенез заболевания, показаны монофазные препараты с усиленным гестагенным компонентом. Данные препараты обеспечивают наиболее высокий уровень контрацепции (индекс Перля = 0,06–0,07), что необходимо в первые полгода наблюдения. После отмены эстроген-гестагенных препаратов чаще всего беременность наступала в результате ребаунд-эффекта.

Таким образом, арсенал современных методов лечения онкологических больных способствует изле-

чению значительного числа заболевших, но одновременно наносит большой урон их физическому и психическому состоянию. Процесс реабилитации начинается в онкологических учреждениях, производивших радикальное лечение, и продолжается в процессе диспансеризации. Вопросы восстановления менструальной функции и фертильности у онкогинекологических больных на данный момент остаются нерешенными. Возможности санаторно-курортного лечения остаются практически не разработанными. Поэтому дальнейшие научные исследования по внедрению комплексной программы восстановительного лечения больных гинекологическим раком после противоопухолевого лечения с целью повышения качества жизни этой категории больных являются актуальным и с научной, и с практической точки зрения, так как имеют не только медицинское, но и социальное значение.

## Литература:

1. Ашрафян Л. А. Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез). М., 2007. 210 с.
2. Бахидзе Е.В. Фертильность, беременность и гинекологический рак. М.—Ст-Петербург: Диля 2004; 285.
3. Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 240 с.
4. Новикова Е.Г., Чисов В.И., Чулкова О.В. и др. Органосохраняющее лечение в гинекологии. М: ВИДАР-М 2000; 20—40.
5. Н. В. Зароченцева О. Ф. Серова Л. И. Титченко М. В. Капустина Течение беременности и родов после применения инвазивных методов лечения больных с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями.//Российский вестник акушера-гинеколога №4, том.8, 2008г; с.37-42.
6. Althusius SM, Schornagel IJ, Dekker GA, van Geijn HP, Hummel P. Loop electrosurgical excision procedure of the cervix and time of delivery in subsequent pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 2001; 72: 31–34.
7. Mathevet P, Chemali E, Roy M, Dargent D. Long-term outcome of a randomised study comparing three techniques of conization: cold knife, laser, and LEEP. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003; 106: 214–18.

## REHABILITATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION IN YOUNG ONCOLOGIC PATIENTS AFTER THE ORGAN-SPARING TREATMENT (BRIEF COMMUNICATION)

**Chulkova E.A.,**

M.D., assistant professor,

Department of Obstetrics and Gynecology, FPPOV of I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

*Nowadays, during rehabilitation of oncologic patients of fertile age, one of the main tasks is the restoration and maintenance of menstrual function after radical treatment to recover patient's fertility. The main issue faced by obstetricians and gynecologists during management of pregnancy in patients who had undergone invasive treatment of pre-malignancy and early cervical cancer, is the threat of prematurity and premature labor. There is no unanimous opinion about tactics of labor management in such females. In order to recover normal ovulatory menstrual cycles the application of combined hormonal contraceptives (CHC) for 6 months is indicated.*

*Key words: fertility, oncologic diseases.*