

**METODIKA**

**GIMDOS KAKLELIO VĖŽYS IR NĖŠTUMAS**



LIETUVOS IR ŠVEICARIJOS  
BENDRADARBIAVIMO PROGRAMA

**METODIKOS DALYS**

- I. Metodikos aprašas
- II. Metodikos procedūrų aprašas
- III. Metodikos įdiegimo aprašas
- IV. Metodikos audito aprašas
- V. Informacija visuomenei

## PARENGĖ

V. Abraitis  
A. Arlauskienė  
L. Bagušytė  
E. Barčaitė  
D. Bartkevičienė  
T. Biržietis  
Ž. Bumbulienė  
E. Drejerienė  
D. Kačkauskienė  
D. Laužikienė  
E. Machtejevienė  
R. Mačiulevičienė  
L. Maleckienė  
G. Mečėjus  
I. Mockutė  
I. Poškienė  
D. Ramašauskaitė  
L. Rovas  
M. Šilkūnas  
G. Valkerienė  
J. Zakarevičienė

## RECENZENTAI

V. Abraitis  
L. Bagušytė  
E. Barčaitė  
A. Bartusevičius  
E. Benušienė  
T. Biržietis  
G. Drąsutienė  
E. Drejerienė  
A. Gaurilčikas  
V. Gintautas  
K. Jarienė  
R. Jonkaitienė  
G. Jurkevičienė  
M. Kliučinskas  
J. Kondrackienė  
M. Minkauskienė  
I. Mockutė  
R. Mačiulevičienė  
L. Maleckienė  
R. Nadišauskienė  
D. Railaitė  
K. Rimaitis  
D. Simanavičiūtė  
R. Tamelienė  
A. Vitkauskienė  
D. Vėlyvytė  
D. Veličkienė  
D. Vaitkienė

2014 m.

---

Metodikai pritarė Lietuvos akušerių-ginekologų draugija  
Lietuvos akušerių sąjunga

## TURINYS

I. Metodikos aprašas .....	5
Bendroji dalis .....	6
Priedai .....	15
Literatūros sąrašas .....	19
II. Metodikos procedūrų aprašas .....	21
III. Metodikos įdiegimo aprašas .....	23
IV. Metodikos audito aprašas .....	25
V. Informacija visuomenei .....	27



**METODIKA**  
**GIMDOS KAKLELIO VĖŽYS IR NĖŠTUMAS**

**I. METODIKOS APRAŠAS**

## 1. BENDROJI DALIS.

### **Metodikos paskirtis.**

Metodika nagrinėja nėščių moterų gimdos kaklelio vėžio diagnostikos ir gydymo principus, nėštumo priežiūros ir nėštumo baigties ypatybes sergant gimdos kaklelio vėžiu.

Jos tikslas – pasiūlyti šiuolaikines nuostatas akušeriams–ginekologams, šeimos gydytojams ir pacientams, kaip diagnozuoti nėščių moterų gimdos kaklelio vėžį ir kokia turėtų būti gimdos kaklelio vėžio gydymo ir nėštumo priežiūros taktika.

### **TLK-10 kodas pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją:**

C53 - gimdos kaklelio vėžys

C53.1 – endocerviksas

C53.2 – egzocerviksas

C53.8 – gimdos kaklelio išplitęs pažeidimas

C53.9 – gimdos kaklelis, nepatikslintas

D06 – gimdos kaklelio karcinoma *in situ*

D06.0 – endocerviksas

D06.1 – egzocerviksas

D06.7 – kitos gimdos kaklelio dalys

D06.9 – gimdos kaklelis, nepatikslintas

O34.4 – gimdyvės priežiūra dėl kitos gimdos kaklelio patologijos

### **Santrumpos, sąvokos ir terminai**

ŽPV – žmogaus papilomos virusas

BMR – branduolių magnetinis rezonansas

ŽIV – žmogaus imunodeficito virusas

ASCUS – nenustatytos svarbos atipinės plokščiojo epitelio ląstelės

LSIL – maži intraepiteliniai pokyčiai plokščiojo epitelio ląstelėse

HSIL – dideli intraepiteliniai plokščiojo epitelio ląstelių pokyčiai

ASC(H) – atipinės plokščiojo epitelio ląstelės, negalima paneigti HSIL

AGC – atipinės liaukinio epitelio ląstelės

CIN – gimdos kaklelio intraepitelinė neoplazija

cGIN – gimdos kaklelio liaukinė intraepitelinė neoplazija

Neoadjuvantinė chemoterapija – chemoterapija, skiriama prieš operaciją, siekiant sumažinti naviko dydį.

Sarginis limfmazgis – pirmasis limfmazgis, surenkantis limfą iš naviko.

## **Apibūdinimas, paplitimas, etiologija, rizikos veiksniai.**

Gimdos kaklelio vėžys yra antra pagal dažnumą po krūties vėžio 15-44 metų moterų onkologinė liga. Diagnozės nustatymo metu 1–3 proc. moterų būna nėščios arba 12 mėnesių po gimdymo. Gimdos kaklelio vėžys diagnozuojamas 0,8–1,5 iš 10000 gimdymo atvejų. Ligos stadija, priežastys ir prognozė yra panašios kaip ir nenėščių moterų. Mirštamumo nuo onkologinių ligų priežasčių struktūroje gimdos kaklelio vėžys užima trečiąją vietą.

Patikimų atsitiktinės atrankos tyrimų, kuriais būtų galima remtis rengiant metodines gimdos kaklelio vėžio diagnostikos ir gydymo nėštumo metu rekomendacijas, neatlikta. Remiamasi tyrimais, atliktais su nepastojusiomis moterimis bei stebėjimo tyrimais su nėščiomis moterimis. Gydymo taktika parenkama kiekvienai pacientei, atsižvelgiant į vėžio stadiją, moters norą tęsti nėštumą, vertinant gydymo atidėjimo iki nėštumo užbaigimo riziką.

Gimdos kaklelio vėžio priežastis – didelės rizikos ŽPV lėtinė infekcija. Gimdos kaklelio vėžio histologinių tyrimų metu 99,7 proc. atvejų randama ŽPV infekcija. Ji dažniausiai perduodama lytiniu keliu, tačiau gali plisti ir kontaktiniu keliu, liečiantis infekuoties lytinių lūpų, sėklidžių ar analinės srities audiniams. Pradinė ŽPV infekcija per smulkius pažeidimus patenka į epitelio pamatinio sluoksnio ląsteles. Jei ŽPV infekcija ūmi, virusas ląstelėje būna episominės formos. Gimdos kaklelio intraepitelinį pokyčių progresijai ir vėžiui formotis turi reikšmės onkogeninių ŽPV tipų integracija į bazinių ir kamieninių ląstelių genomą. 90 proc. infekuotų moterų virusas pasišalina iš organizmo per 2 metus, apie 10 proc. atvejų ŽPV tipai išlieka ir sukelia ląstelių pokyčių. Negydomi šie pakitimai progresuoja į gimdos kaklelio vėžį.

Pagrindiniai gimdos kaklelio vėžio rizikos veiksniai:

- Moters infekavimas didelės onkogeninės rizikos ŽPV (16, 18, 31 ir 45 štamai);
- Ankstyva lytinio gyvenimo pradžia (dėl nebrandaus gimdos kaklelio lytiškai aktyvioms paauglėms didelės rizikos žmogaus papilomos virusas išsilaiko ilgiau);
- Lytinių partnerių kaita ar kontaktas su partneriu, turinčiu daug lytinių partnerių (lytinių partnerių kaita didina lytiškai plintančios infekcijos riziką);
- Lytiškai plintanti infekcija (smailiagalės kondilomos, *Herpes* virusas, *Chlamydia trachomatis*) pažeidžia gleivinės vientisumą, todėl ŽPV infekcija gali tiesiogiai patekti į epitelio pamatinio sluoksnio ląsteles;
- Imuninės sistemos nusilpimas (po organų transplantacijos, chemoterapijos, ŽIV);
- Rūkymas;
- Mitybos nepakankamumas (ypač vaisių ir daržovių trūkumas) ar antsvoris (būdingesnis adenokarcinomai);
- Ilgalaikis hormoninių kontraceptikų vartojimas ŽPV infekuotoms moterims;
- Daugiau kaip trys gimdymai ar pirmas gimdymas iki 17 metų.

## **Nėštumo įtaka gimdos kaklelio vėžiui ir prognozei.**

Duomenų, kad nėštumas skatintų gimdos kaklelio vėžio progresavimą, nėra. Nėščiosios prognozė sergant gimdos kaklelio vėžiu yra tokia pati kaip ir nenėščios moters esant tokiai pačiai ligos stadijai, auglio tipui ir dydžiui. Nuo ligos priklausomas išgyvenamumas nepriklauso nuo nėštumo laiko, kada diagnozuotas gimdos kaklelio vėžys.

### **1. Gimdos kaklelio vėžio diagnostika.**

#### **1.1. Gimdos kaklelio vėžio diagnostikos metodai.**

##### **1.1.1. Skundai.**

Gimdos kaklelio vėžio simptomai ir požymiai nėštumo metu priklauso nuo ligos klinikinės stadijos ir pažeidimo dydžio. Moterys, kurioms yra gimdos kaklelio karcinoma *in situ* arba yra IA stadijos vėžys, diagnozės nustatymo momentu niekuo nesiskundžia. Apie 50 proc. moterų esant IB stadijos gimdos kaklelio vėžiui bei didesnių stadijų vėžiui skundžiasi kraujavimu ar kraujingomis išskyromis iš makšties. Kraujavimas iš makšties paprastai atsiranda po lytinių santykių, yra įvairaus intensyvumo, neskausmingas. Nenormalios makšties išskyros būna vandeningos, kraujingos, pūlingos. Jei liga labiau progresavusi, atsiranda pilvo ar nugaros skausmas, kojos skausmai pagal sėdimąjo nervo eigą, tuštinimosi ar šlapinimosi sutrikimai, lėtinė anemija, oro trūkumas. Tačiau šie skundai dažnai būdingi normaliam nėštumui ar siejami su nėštumo problemomis.

##### **1.1.2. Apžiūra.**

Esant gimdos kaklelio karcinomai *in situ* ir mikroinvaziniam vėžiui, apžiūra yra mažai informatyvi dėl fiziologinių su nėštumu susijusių požymių: gimdos kaklelio decidualizacijos, ektripiono, edemos. Vis dėlto, jeigu gimdos kaklelio vėžys progresavęs, daugelį pokyčių galima pastebėti ar pračiuoti bet kuriuo nėštumo laikotarpiu. Jeigu vėžys išplitęs, būna matyti arba išvesėjęs navikinis audinys (esant egzofitiniam augimui), arba gimdos kaklelio audinių trūkumas, išopėjimas (esant endofitiniam augimui). Pakitimai, leidžiantys įtarti, kad yra invazinis vėžys, turėtų būti histologiškai patvirtinti atlikus biopsiją.

##### **1.1.3. Citologinis tyrimas.**

Dažniausiai įtariama, kad yra gimdos kaklelio vėžys, atlikus citologinį gimdos kaklelio tyrimą ir radus pakitimų. Jei pastojusiai moteriai per pastaruosius trejus metus nebuvo atliktas citologinis tyrimas, jis daromas nėštumo metu. Jei prieš pastojant rasta pakitimų, dėl tolesnio tyrimo ir gydymo sprendžiama, atsižvelgiant į amžių, rastus pokyčius ir ankstesnių patikrų rezultatus. Reikšmingi *Papanicolaou* testo citologiniai pokyčiai, nustatomi nėščiosioms, svyruoja nuo 5 iki 8 proc. ir tai atitinka bendrąją moterų populiaciją. Tolesnis tyrimas priklauso nuo rastų pakitimų ir moters amžiaus. Gimdos kaklelio pakitimų progresavimas nėštumo metu iki invazinės karcinomos yra retas reiškinys (iki 0,4 proc.), tuo tarpu persistencija ar net spontaninė regresija būna dažnai. HSIL, CIN2 arba CIN3 pokyčiai nėštumo metu regresuoja 48–70 proc. atvejų, palyginti su



pokyčiais, nustatytais citologiniais ar histologiniais tyrimais iki gimdymo ir po jo. Jeigu yra didelių citologinių pokyčių ir įtariama, kad gali būti invazija, rekomenduojama atlikti biopsiją.

#### 1.1.4. Žmogaus papilomos viruso tyrimas.

Kadangi veiksmingo ŽPV sukeltos ligos gydymo nėra, todėl savalaikis bei tikslus didelės rizikos ŽPV genotipų nustatymas yra itin svarbus stebėsenos bei piktybinės ligos prevencijos veiksnys. Gimdos kaklelio vėžio diagnostikai šis tyrimas neturi reikšmės.

#### 1.1.5. Kolposkopija.

Kolposkopiniu tyrimu galima nustatyti pokyčių vietą, pažeidimo laipsnį ir kartu įvertinti invazijos tikimybę. Pagrindinė kolposkopinio tyrimo reikšmė gimdos kaklelio vėžio diagnostikai – didžiausių pakitimų radimas ir kuo tikslesnės biopsijos vietos parinkimas.

#### 1.1.6. Biopsija.

Gimdos kaklelio pakitimams vertinti nėštumo metu taškinė biopsija atliekama tik tuo atveju, jeigu yra didelių pakitimų, įtariama, kad yra invazija, ar stebimas navikas. Biopsinės medžiagos histologinis tyrimas patvirtina arba paneigia gimdos kaklelio vėžio diagnozę. Įrodyta, kad biopsija nėštumo metu yra saugi ir tiksli diagnostinė procedūra. Tyrimas komplikacijų sukelia labai retai – kraujavimo rizika – tik 3 proc., persileidimo rizika nedidėja. Gimdos kaklelio kanalas dėl vaisiaus dangalų pažeidimo rizikos vėžio diagnostikai nėštumo metu negrandomas.

Diagnostinė ekscizija yra rekomenduojama tik tuomet jei įtariama, kad yra invazija [B]. Gydyti rekomenduojama tik diagnozavus invazinę gimdos kaklelio karcinomą. Jeigu nustatomi ikiinvaziniai pokyčiai, rekomenduojama kartoti kolposkopiją 6–8 savaitės po gimdymo ir numatyti tolesnę stebėjimo ar gydymo taktiką. Nėščiosios, kurioms dėl didelių CIN pokyčių ar mikroinvazijos atlikta kūginė biopsija nėštumo metu, turi būti pakartotinai tiriamos ir gydomos po gimdymo, nes liga gali išlikti.

#### 1.1.7. Gimdos kaklelio kūginė biopsija.

Gimdos kaklelio kūginė biopsija (konizacija) nėštumo metu atliekama tik tuo atveju, jei invazinės ligos patvirtinimas keičia gimdymo terminą ar būdą, visais kitais atvejais ši procedūra atidedama po gimdymo, kad nėštumas nenutrūktų.

Gimdos kaklelio kūginė biopsija planuojama antruoju nėštumo trečdaliu, tarp 14 ir 20 nėštumo savaitės. Procedūra neatliekama likus 4 savaitėms iki planuojamo gimdymo, nes gimdymo metu gali kraujuoti iš nesugijusių gimdos kaklelio audinių.

Dažniausios kūginės biopsijos komplikacijos – kraujavimas (5–15 proc.), nėštumo nutrūkimas, priešlaikinis gimdymas ar infekcija. Kraujavimas (daugiau kaip 500 ml) koreliuoja su procedūros atlikimo laikotarpiu: minimali rizika pirmuoju nėštumo trečdaliu, apie 5 proc. antruoju ir 10 proc. – trečiuoju. Vaisiaus žūtis, galimai susijusi su kūgine gimdos kaklelio biopsija, yra 4,5 proc.

## 1.2. Gimdos kaklelio vėžio stadijos nustatymas.

Gimdos kaklelio vėžio stadija nustatoma remiantis klinicine TNM ir FIGO klasifikacija (žr. 1 priedą).

### Stadijos nustatymas

#### 1.2.1. Apžiūra.

Apžiūros metu įvertinama matoma naviko dalis, jo plitimo kryptis (endocerviksas, egzocerviksas).

#### 1.2.2. Vaginalinis arba rektovaginalinis bimanualinis tyrimas.

Bimanualinis tyrimas, atliekamas proceso išplitimui nustatyti, nėštumo metu yra skausmingas. Jį atliekant reikia sukelti nejautrą. Tyrimo metu vertinamas gimdos kaklelio auglio dydis, priegimdžio audinių konsistencija, galimas audinių infiltracijos plitimas gretimų organų (šlapimo pūslės, tiesiosios žarnos, kaulinio dubens, priegimdžio audinių) link.

#### 1.2.3. Ultragarsinis tyrimas.

Transvaginaliniu ir (ar) transrektaliniu vidinių lyties organų ultragarsiniu tyrimu nustatomas lokalus ligos plitimas. Jo metu nustatomas pirminio naviko dydis, santykis su aplinkiniais audiniais. Tai svarbu priešoperaciniam vertinimui.

Ultragarsinis pilvo organų tyrimas atliekamas siekiant įvertinti kepenų, mažojo dubens ir paraaortinių limfmazgių bei inkstų būklę. Jei nėštumo metu reikia nustatyti, ar nėra IIIB stadijos, atliekamas šlapimo takų ultragarsinis ir (ar)BMR tyrimas.

#### 1.2.4. Radiologiniai tyrimo metodai.

Nėštumo metu pasirenkami radiologiniai tyrimai, kurie sukelia mažiausią jonizuojančiąją spinduliuotę. Rentgenologinis plaučių tyrimas naudojant pilvo apsauginį skydą atliekamas ieškant tolimųjų metastazių pacientėms, kurioms yra didesnis nei mikroskopinis gimdos kaklelio vėžys.

#### 1.2.5. Mažojo dubens BMR tyrimas.

Jei įtariama, kad yra didesnis nei 1 cm skersmens IB1 ar IB2 stadijos navikas ar vėlesnė stadija ir (ar) nustatyti didelės plitimo rizikos histologiniai pokyčiai (adenokarcinoma, smulkialąstelinė karcinoma), atliekamas mažojo dubens BMR tyrimas, siekiant įvertinti galimą naviko plitimą į priegimdžius ar gretimus organus bei numatyti tolesnę stebėjimo ir gydymo taktiką.

BMR tyrimas yra pagrindinis tyrimo metodas, kurio metu vertinama naviko trijų matmenų dydis, invazija į gimdos kaklelio stromą, sveikos stromos kiekis, plitimas į makštį ir priegimdžio audinius, limfmazgių metastazės. Amerikos radiologų kolegijos duomenimis, šiuo metu nėra jokių duomenų apie galimą neigiamą BMR tyrimo įtaką vaisiaus vystymuisi nepriklausomai nuo nėštumo laiko. Nėštumo metu BMR tyrimas atliekamas be kontrastą sukeliančios medžiagos. BMR tyrimo rezultatai sutampa su operacijos metu aptinkamais pakitimais, todėl galima tiksliai planuoti gydymą. Galimi duomenų vertinimo sunkumai nėštumo metu: padidėjęs fiziologinis gimdos kaklelio vaizdo intensyvumas, vaisiaus judesiai (ypač vertinant nedidelius pažeidimus), išsiplėtusios mažojo dubens venos. Be to, naviko dydį gali būti sunku vertinti dėl prieš tai atliktos kūginės biopsijos.

#### 1.2.6. Limfonodektomija.

Mažajo dubens limfmazgių histopatologinis tyrimas yra tiksliausias limfmazgių būklės vertinimo metodas. Limfmazgių būklė yra vienas iš reikšmingiausių prognozės kriterijų pacientėms, sergančioms gimdos kaklelio vėžiu. Ankstyvų stadijų metu informacija apie limfmazgių pažeidimą lemia gydymo taktiką.

Limfmazgių būklę galima vertinti arba atliekant BMR tyrimą, arba juos pašalinus ir atlikus histologinį tyrimą. Nėštumo metu (pirmoje jo pusėje) galimas klubinių limfmazgių šalinimas, siekiant juos iširti, tačiau išlieka nemaža rizika nėštumui ir motinai. Be to, pats limfmazgių šalinimas neturi jokios terapinės naudos, todėl dėl tokios procedūros naudingumo turi būti sprendžiama individualiai.

#### 1.2.7. Tolimųjų metastazių vertinimas.

Nejonizuojantieji vaizdiniai tyrimo metodai, tokie kaip ultragarsinis tyrimas ir BMR tyrimas, dažniausiai naudojami tolimosioms metastazėms nustatyti. Kompiuterinė tomografija gali būti naudojama, kai kiti radiologinės diagnostikos metodai neinformatyvūs. Duomenų apie branduolių emisijos tyrimo saugumą nėštumo metu nepakanka, panaši informacija gaunama KT ir BMR tyrimų metu, todėl branduolių emisijos tyrimas nėštumo metu nerekomenduojamas.

## **2. Gimdos kaklelio vėžiu sergančių nėščiųjų gydymas ir nėštumo priežiūra.**

Gimdos kaklelio vėžio diagnozavimas nėštumo metu sukelia svarstytinų problemų laviną ne tik moteriai ir jos šeimai, bet ir medikams, nes reikia spręsti tokias problemas: tęsti ar nutraukti nėštumą, įvertinti gydymo atitolinimo riziką moters sveikatai, parinkti gydymo bei nėštumo užbaigimo taktiką, numatyti gimdymo terminą. Pacientei reikėtų paaiškinti, kad bet koks parinktas vėžio gydymas nėštumo metu siekiant išsaugoti nėštumą yra eksperimentinis, ypač kai navikas didelis, nes tokio gydymo efektyvumo įrodymų nepakanka.

### Bendrieji taktikos principai

Visais atvejais apsisprendimas dėl nėštumo tęsimo, gimdymo ir gydymo reikalauja atidaus ligos stadijos, nėštumo laikotarpio, kada diagnozuotas vėžys, vertinimo, ir moters bei jos šeimos noro išsaugoti nėštumą.

Jei vaisiaus plaučiai subrendę ar nėštumo laikas leidžia juos brandinti, sužadinamas gimdymas, po kurio seka vėžio gydymas.

Jei tai tik nėštumo pradžia ir moteris apsisprendžia nutraukti nėštumą, po nėštumo nutraukimo pradedamas specifinis gydymas kaip ir nenėščiai moteriai.

Jei moteris nusprendžia tęsti nėštumą – akušerinė priežiūra kaip didelės rizikos nėštumo, akušerinė patologija gydoma pagal įprastinius algoritmus. Gimdyti rekomenduojama tretinio lygio stacionare, po gimdymo ištiriama placenta, ar nėra metastazių. Jei po gimdymo paskirta chemoterapija, žindyti negalima.

## 2.1. Karcinoma *in situ*.

Jei yra diagnozuota ir biopsija patvirtinta karcinoma *in situ*, invazinio vėžio rizika yra maža (mažesnė kaip 5 proc.). Toks nėštumas gali būti tęsiamas iki pabaigos be didelės rizikos galimai invazijai. Jei yra abejonių dėl tyrimo patikimumo, galima gimdos kaklelio kūginė biopsija. Jos komplikacijų (savaiminio persileidimo, kraujavimo) rizika yra 20–33 proc. Karcinomos *in situ* progresavimo nėštumo metu į invazinį vėžį rizika yra iki 0,4 proc.

## 2.2. Mikroinvazija (IA1 stadija).

Ligos IA1 stadija patvirtinama po kūginės biopsijos, kai mikroskopiškai nustatomas maksimalus invazijos gylis ir horizontalus pakitimų skersmuo. Tai gali būti gydymo pabaiga, jei kūginės biopsijos metu nustatyta mikroinvazija pašalinta iš sveikų audinių. Tokiai pacientei cezario pjūvis atliekamas tik pagal akušerines indikacijas.

Jei pacientei, kuriai yra su IA1 ligos stadija, išpjauto audinio riboje displazija išlieka, galimas ligos išlikimas ar progresavimas, todėl nėščioji kliniškai tiriama kas mėnesį, gimdos kaklelio citologija atliekama kas trys mėnesiai, gimdymas planuojamas cezario pjūvio pagalba. Po gimdymo kartojami tyrimai ir, jei yra indikacijų, pakartotinai atliekama kūginė biopsija. Jei moteris ateityje neplanuoja gimdyti, siūloma histerektomija [C].

## 2.3. Pradinės invazinės ligos stadijos (IA2, IB, IIA).

Gimdos kaklelio vėžio gydymo principai iki 22 ar 25 savaitės pateikti 2 ir 3 prieduose. IB1 stadijos atveju, kai tumoras dydis mažesnis arba lygus 2 cm, yra padidėjusi metastazių limfmazgiuose rizika, todėl limfonodektomija nėštumo metu leidžia įvertinti jų būklę. Jei nustatytos metastazės limfmazgiuose ir liga lokaliai progresavusi, nepriklausomai nuo nėštumo laiko gydymas pradedamas neatidėliotinai [C]. Gydymo taktika parenkama individualiai, tačiau bendrieji nėščiųjų gydymo principai nesiskiria nuo nenėščių moterų: jei yra IA2, IB1 ar IB2 stadija – radikali visiška histerektomija ir mažojo dubens limfmazgių pašalinimas [C]. Kiaušides jaunoms moterims reikia palikti, operacijos metu atliekant vienos ar abiejų kiaušidžių transpoziciją.

Jei yra IB1 stadija (tumoras dydis ne didesnis kaip 2 cm ir metastazių limfmazgiuose nenustatyta), galima radikali trachelektomija: gimdos kaklelis pašalinamas kartu su priegimdžiais ir mažojo dubens limfmazgiais. Nėščioms moterims operacija atliekama per pilvą ar makštį. Radikali trachelektomija nėščiajai atliekama pirmoje nėštumo pusėje ir yra susijusi su gausiu kraujavimu operacijos metu, nepakankamu gimdos aprūpinimu krauju, pooperaciniu placentinės kraujotakos sumažėjimu ir vaisiaus praradimu. Nors onkologiniai gydymo rezultatai geri, tačiau akušerinė baigtis prasta, todėl tokiu atveju rekomenduojama kūginė biopsija ar paprasta trachelektomija. Operacija padeda nustatyti ligos išplitimą, apsaugoti kiaušidžių funkciją.

Jei yra IB1 stadija, kai tumoras viršija 2 cm, arba vėlesnė stadija, pasirinktinai atliekama limfonodektomija ar neoadjuvantinė chemoterapija. Jei limfmazgiai nepažeisti, o nėščioji nori tęsti nėštumą, pradedama chemoterapija. Antroje nėštumo pusėje, po 22 savaitės, jei yra pradinės gimdos kaklelio vėžio stadijos IA1, IA2, IB1, chemoterapiją galima atidėti iki kol vaisius bus gyvybingas arba kol jis pakankamai subręs. Įprastai gydoma 50–100 mg/m<sup>2</sup> kūno ploto cisplatinos doze kas 3 savaites. Galima gydyti ir karboplatina su paklitakseliu, jų efektyvumas yra geresnis nei vien

cisplatinos. Pagrindinė problema – didesnis toksiškumas. Kitų lyties organų vėžio gydymo (pirmiausia kiaušidžių vėžio nėštumo metu) duomenimis, paklitakselis su karboplatina yra priimtinas gydymo metodas. Gydymą chemoterapiniais preparatais reikėtų nutraukti likus ne mažiau kaip 3 savaitėms iki planuojamo gimdymo. Chemoterapija netaikoma, kai formuojasi vaisiaus vidaus organai, t. y., iki 14-os nėštumo savaitės.

Tuo atveju, jei nėščioji nori nutraukti nėštumą ir leidžia klinikinė situacija, galima radikali operacija – gimdos pašalinimas kartu su vaisiumi. Jei pirmuoju nėštumo laikotarpiu nustatoma, kad procesas išplitęs už gimdos kaklelio ribų, taikomas spindulinis gydymas su chemoterapija arba be jos. Prieš spindulinį gydymą nutraukiamas vėlesnis kaip 20 savaičių nėštumas. Jei nėštumas ankstyvas, galima jo nenutraukti, vaisius žūsta gimdoje pradėjus spindulinį gydymą. Jei vaisius lieka gyvas, tikslinga spręsti, ar nėštumą nutraukti pagal medicininės indikacijas. Radioterapija gali sukelti ilgalaikį toksinį poveikį virškinimo sistemai ir makšties striktūrą.

Jeigu yra IB arba IIA gimdos kaklelio vėžio stadija, nėštumas užbaigiamas cezario pjūvio operacija, po kurios atliekama radikali histerektomija ir pašalinami mažojo dubens bei paraaortiniai limfmazgiai [C]. Lyginant su nenėščiomis moterimis, kurioms atliekamos tokios operacijos, gimdyvės netenka daugiau kraujo, dažniau atliekami kraujo perpylimai. Kiti rodikliai, tokie kaip gulėjimo ligoninėje laikas, infekcijos, tromboembolijos ar šlapimo takų infekcijos dažnis, nesiskiria. Radikali histerektomija gali būti atliekama tiek cezario pjūvio operacijos metu, tiek atskiros operacijos metu po 1–2 mėnesių. Jei yra IA2 stadijos gimdos kaklelio vėžys, cezario pjūvio operacija atliekama pagal akušerines indikacijas, tačiau gimdymo metu reikia vengti tarpvietės kirpimo.

Jeigu moteris pageidauja išsaugoti vaisingumą, kai kuriais atvejais, jei yra IA2 ar IB1 ligos stadijos, galima atlikti radikalią trachelektomiją su limfonodektomija, praėjus 6–8 savaitėms po gimdymo.

#### **2.4. Progresavusios invazinės ligos stadijos.**

Jeigu gimdos kaklelio vėžys progresavęs (IB2 ir vėlesnė stadija) ir moteris nusprendžia nėštumą nutraukti, iki 20 nėštumo savaitės rekomenduojamas neatidėliotinas nėštumo užbaigimas ir gydymas priklausomai nuo ligos išplitimo. Jei nėštumas didesnis kaip 20 savaičių, gydymą galima atidėti, kad vaisius būtų kuo daugiau subrendęs.

Neoadjuvantinė chemoterapija skiriama nuo IIB iki IVA ligos stadijos. Nėščiuoju pacienčių gydymas nesiskiria nuo nenėščių moterų. Neoadjuvantinė chemoterapija taikoma moterims, kurioms yra lokaliai išplitęs gimdos kaklelio vėžys ir kurios nenori nutraukti nėštumo arba gydytis vaisiaus žūtį sukeliančiais būdais. Neoadjuvantinės chemoterapijos tikslas – pasiekti ligos regresiją ar stabilizaciją, kol vaisius galės saugiai gimti. Rekomenduojamas gydymas – 75 mg/m<sup>2</sup> kūno ploto cisplatinos ir 175 mg/m<sup>2</sup> kūno ploto paklitakselio kas 3 savaitės.

Jeigu diagnozuojamas IB ir vėlesnės stadijos gimdos kaklelio vėžys, nėštumą rekomenduojama užbaigti cezario pjūvio operacija [C]. Gimdymas natūraliu būdu nerekomenduojamas dėl galimo

papildomo gimdos kaklelio pažeidimo, proceso progresavimo bei galimo kraujavimo po gimdymo dėl pažeisto kaklelio plyšimo. Pasibaigus nėštumui, pacientė papildomai tiriama ir gydoma atsižvelgus į proceso išplitimą.

### **3. Chemoterapijos įtaka naujagimiams.**

Chemoterapijos įtaka vaisiui priklauso nuo nėštumo trukmės, preparatų rūšies ir dozių. Efektyviausias citotoksinis gimdos kaklelio vėžio gydymo vaistas yra cisplatina. Visgi informacijos apie cisplatinos monoterapijos ar sudėtinės terapijos veiksmingumą ir saugumą nėštumo metu nepakanka.

2013 metais atlikta sisteminė analizė 48 nėštumo (17–33 savaičių) atveju, kurių metu gimdos kaklelio vėžys buvo gydomas platinos derivatais. Net 64 proc. naujagimių gimė visiškai sveiki, likusių problemos buvo susijusios su priešlaikiniu gimdymu. Po gydymo cisplatina naujagimiams nustatoma praeinanti neutropenija, todėl po 35 nėštumo savaitės chemoterapija neskirtina. Rekomenduojama bent jau minimali 3 savaičių pertrauka nuo chemoterapijos iki gimdymo, kad atsinaujintų kraujo ląstelių gamyba kaulų čiulpuose ir citotoksiniai vaistai per placentą pasišalintų iš vaisiaus. Ilgesnis laiko tarpas nuo chemoterapijos kurso iki gimdymo sumažina motinos ir vaisiaus su gimdymu susijusios infekcijos ir kraujavimo riziką.

Daug duomenų apie chemoterapijos saugumą vaisiui šiuo metu nėra. Pirminė duomenų apie 70 vaikų (iki 2 metų), kurių motinoms nėštumo metu buvo taikyta chemoterapija, analizė yra džiuginanti. Bendrasis pažintinis vystymasis nesiskyrė nuo daugumos bendros populiacijos vaikų. 3 vaikų klausa buvo prastesnė. Kompiuterinės tomografijos tyrimas šiems vaikams nustatė būgnelio susiraukšlėjimą, kuris galėjo lemti klausos pablogėjimą ar net praradimą. Pažymėtina, kad nė vienu atveju chemoterapija netaikyta pirmuoju nėštumo trečdaliu.

## **2. PRIEDAI.**

1 priedas . Klinikinė TNM ir FIGO gimdos kaklelio vėžio klasifikacija

2 priedas. Pradinių stadijų gimdos kaklelio vėžio gydymo iki 22-25 nėštumo savaitės algoritmas

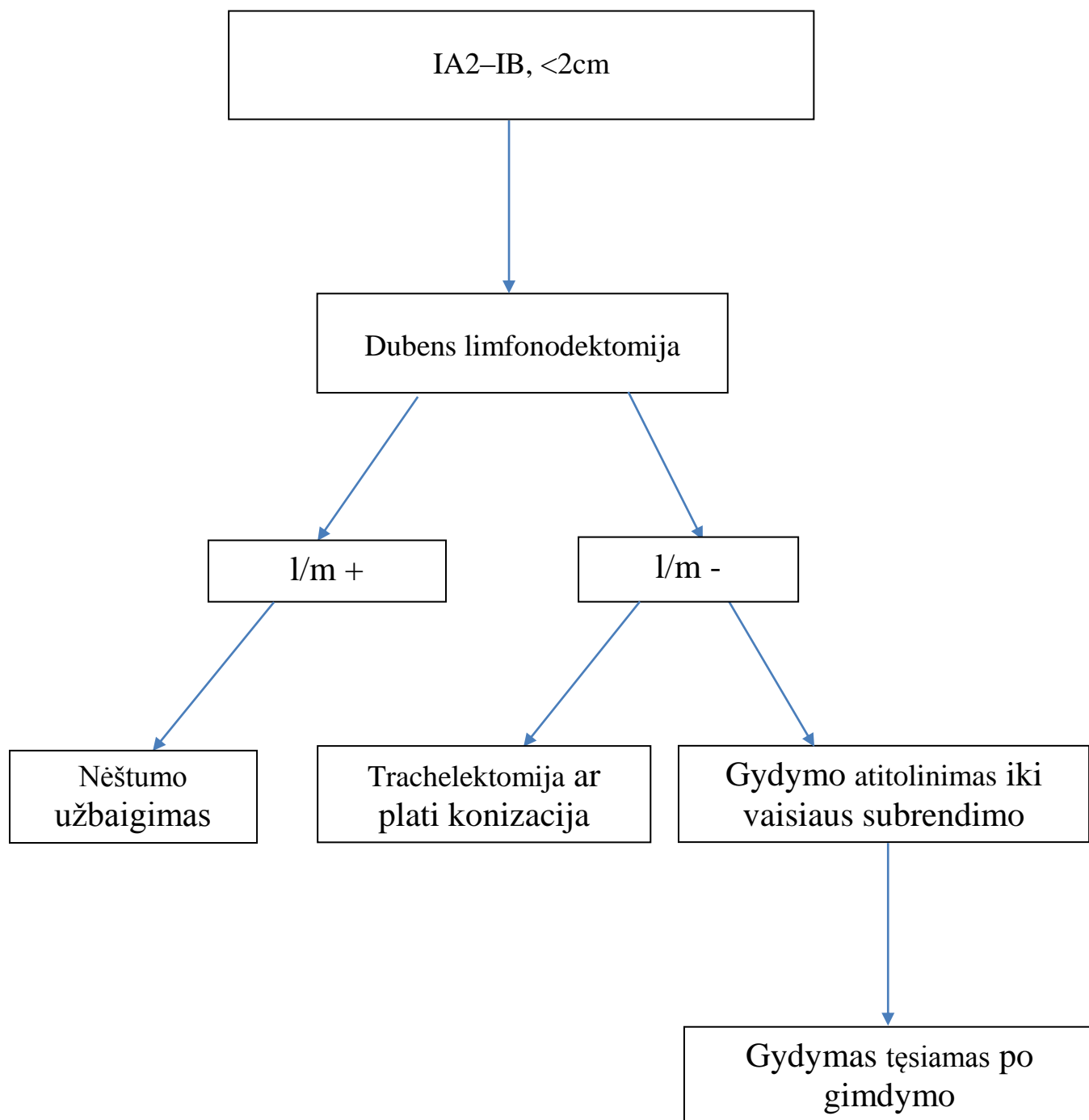
3 priedas. Progresavusio gimdos kaklelio vėžio gydymo iki 22-25 nėštumo savaitės algoritmas

*1 priedas . Klinikinė TNM ir FIGO gimdos kaklelio vėžio klasifikacija*

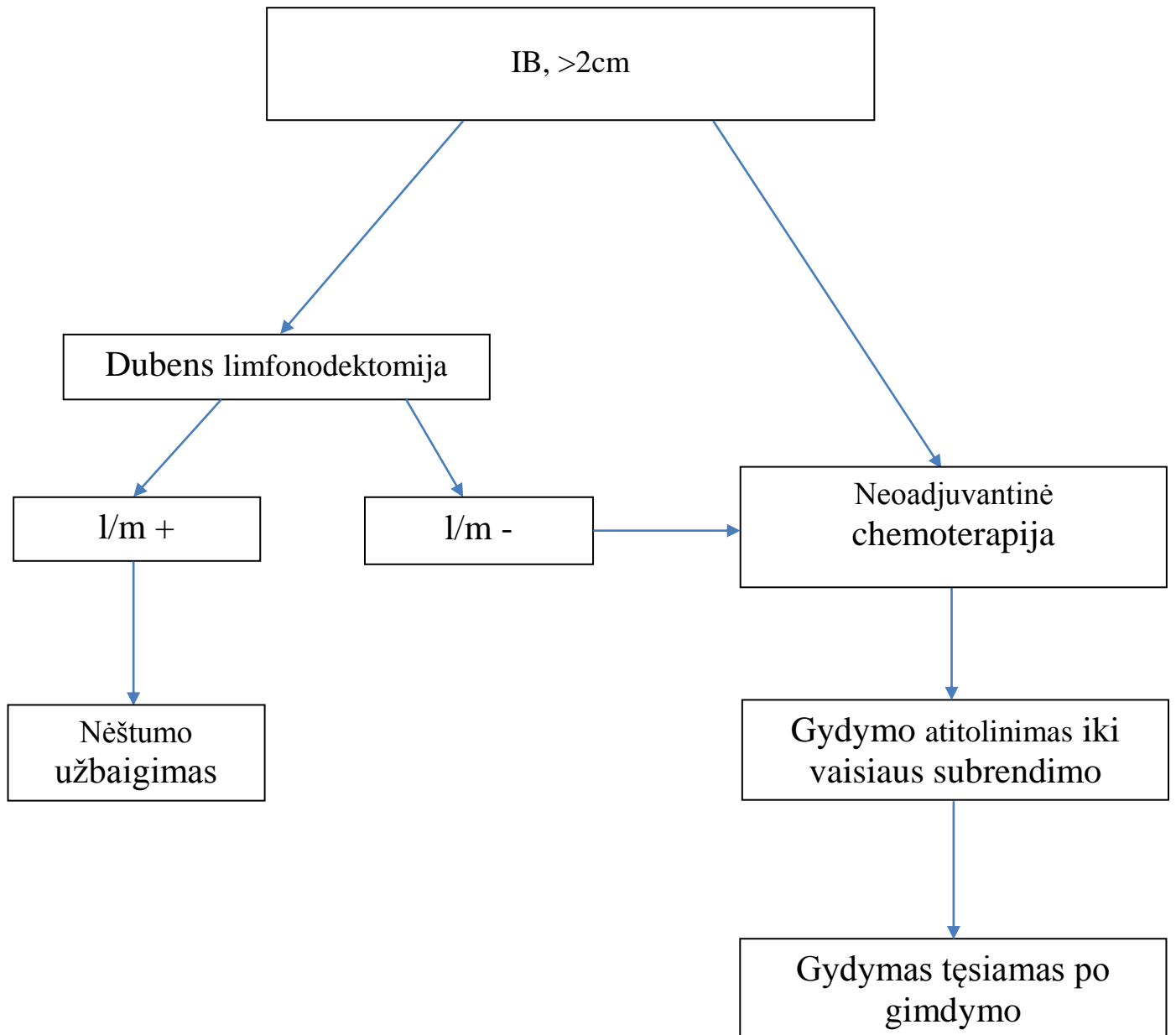
<b>TNM</b>	<b>Apibūdinimas</b>	<b>FIGO stadija</b>
Tx	Pirminio židinio nustatyti neįmanoma	
T0	Pirminio naviko nėra	
Tis	Karcinoma <i>in situ</i> (ikiinvazinė karcinoma)	
T1	Gimdos kaklelio vėžys pažeidęs tik gimdos kaklelį	I
T1a	Ikiklinikinė invazinė karcinoma, diagnozuojama tik mikroskopu	IA
T1a1	Navikas įsiskverbęs gilyn į stromą ne daugiau kaip 3,0 mm ir išplitęs horizontaliai ne daugiau kaip 7,0 mm	IA1
T1a2	Navikas įsiskverbęs gilyn į stromą 3,0-5,0 mm ir išplitęs horizontaliai daugiau kaip 7,0 mm	IA2
T1b	Kliniškai matomas gimdos kaklelio pažeidimas ar ikiklinikinis vėžys, didesnis už T1a2	IB
T1b1	Kliniškai matomas pažeidimas ne didesnis kaip 4,0 cm	IB1
T1b2	Kliniškai matomas pažeidimas didesnis kaip 4,0 cm	IB2
T2	Navikas išplitęs už gimdos kaklelio ribų, tačiau nesiekia dubens sienos ar apatinio makšties trečdalis	II
T2a	Neįsiskverbęs į parametriumą	IIA
T2a1	Kliniškai matomas pažeidimas ne didesnis kaip 4,0 cm	IIA1
T2a2	Kliniškai matomas pažeidimas didesnis kaip 4,0 cm	IIA2
T2b	Įsiskverbęs į parametriumą	IIB
T3	Gimdos kaklelio vėžys išplitęs iki dubens sienos ir (ar) pažeidžia makšties apatinį trečdalį, ir (ar) sukelia hidronefrozę arba inksto funkcijos sutrikimą	III
T3a	Navikas išplitęs į apatinį makšties trečdalį, dubens sienos nesiekia	IIIA
T3b	Navikas išplitęs iki dubens sienos ir (ar) sukelia hidronefrozę arba inksto funkcijos sutrikimą	IIIB
T4	Navikas pažeidęs šlapimo pūslės arba tiesiosios žarnos gleivinę ir (ar) išplitęs už mažojo dubens ribų (pūslinė edema – nepakankamas požymis klasifikuoti naviko išplitimą kaip T4)	IV
T4a	Navikas pažeidęs šlapimo pūslės arba tiesiosios žarnos gleivinę (buliozinė edema – nepakankamas požymis klasifikuoti naviko išplitimą kaip T4)	IVA
T4b	Tumorai išplitę už mažojo dubens	IVB
<b>Regioniniai limfmazgiai (N)</b>		
NX	Regioninių limfmazgių įvertinti negalima	
N0	Nėra metastazių regioniniuose limfmazgiuose	
N1	Metastazės regioniniuose limfmazgiuose	
<b>Tolimosios metastazės (M)</b>		
M0	Nėra tolimųjų metastazių	
M1	Tolimosios metastazės (plitimas pilvaplėvėje, apima viršraktikaulinius, tarpuplaučio ar araaortinius limfmazgius, plaučius, kepenis ar kaulus)	



2 priedas. Pradinių stadijų gimdos kaklelio vėžio gydymo iki 22-25 nėštumo savaitės algoritmas



3 priedas. Progresavusio gimdos kaklelio vėžio gydymo iki 22-25 nėštumo savaitės algoritmas



### 3. LITERATŪROS ŠARAŠAS.

1. Frega A, Sesti F, De Sanctis L et al. Pregnancy outcome after loop electrosurgical excision procedure for cervical intraepithelial neoplasia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 122, 2013, 145–149.
2. Voulgaris E, Pentheroudakis G, Pavlidis N. Cancer and pregnancy: A comprehensive review. *Surgical Oncology* 20, 2011, 175-185.
3. Ilancheran A, Low J, Ng Js. Gynaecological cancer in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 26, 2012, 371–377.
4. Saeed Z, Shafi M. Cancer in pregnancy. *Obstetrics, gynaecology and reproductive medicine* 21:7, 2011, 183-189.
5. Cervical smears and pregnancy. Information for you. RCOG. March, 2013.
6. L. Stewart Massad, MD, Mark H. Einstein, MD, Warner K. Huh, MD, Hormuzd A. Katki, PhD, Walter K. Kinney, MD, Mark Schiffman, MD, Diane Solomon, MD, Nicolas Wentzensen, MD, and Herschel W. Lawson, MD, for the 2012 ASCCP Consensus Guidelines Conference. 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, Volume 17, Number 5, 2013, S1Y527
7. Amant F., Van Calsteren K., Halaska M., Beijnen J., Lagae L., Hanssens M., et al. (2009) Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of an international consensus meeting. *Int J Gynecol Cancer* 2009, 19(Suppl. 1): S1–S12.
8. Amant F., Van Calsteren K., Halaska M., Gziri M., Hui W., Lagae L., et al. Long-term cognitive and cardiac outcomes after prenatal exposure to chemotherapy in children aged 18 months or older: an observational study. *Lancet Oncol* 2012, 13: 256–264.
9. Amant F., Halaska MJ, Fumagalli M, et al. Gynecologic cancers in pregnancy. Guidelines of a Second International Consensus Meeting. *Int J Gynecol Cancer* 2014; 24:394-403.
10. Management of cervical cancer. A national clinical guidelines. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Jan 2008.
11. Han SN, Gzri MM, Van Calsteren K, Amant F. Cervical cancer in pregnant women: treat, wait or interrupt? Assessment of current clinical guidelines, innovations and controversies. *Ther Adv Med Oncol*. Jul 2013; 5(4): 211–219.
12. Epstein E., Testa A., Gaurilcikas A., Di L., Ameye L., Atstupenaite V., et al. Early-stage cervical cancer: tumor delineation by magnetic resonance imaging and ultrasound - a European multicenter trial. *Gynecol Oncol* 2013, 128: 449–453
13. Fischerova D., Cibula D., Stenhova H., Vondrichova H., Calda P., Zikan M., et al. Transrectal ultrasound and magnetic resonance imaging in staging of early cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2008, 18: 766–772.
14. Kanal E., Barkovich A., Bell C., Borgstede J., Bradley W., Jr, Froelich J., et al. ACR guidance document for safe MR practices. *AJR Am J Roentgenol* 2007, 188: 1447–1474.
15. Morice P., Narducci F., Mathevet P., Marret H., Darai E., Querleu D. French recommendations on the management of invasive cervical cancer during pregnancy. *Int J Gynecol Cancer* 2009, 19: 1638–1641.
16. Grainne Flannelly. The management of women with abnormal cervical cytology in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2010; 24: 51–60.
17. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cervical Cancer. V 3.2013. Available at [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/cervical.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cervical.pdf). Accessed September 5, 2013.



**METODIKA**

**GIMDOS KAKLELIO VĖŽYS IR NĖŠTUMAS**

**II. METODIKOS PROCEDŪRŲ APRAŠAS**

**Metodikos procedūrų aprašas šiai metodikai netaikomas.**

## **METODIKA**

# **GIMDOS KAKLELIO VĖŽYS IR NĖŠTUMAS**

## **III. METODIKOS ĮDIEGIMO APRAŠAS**

**Metodikos įdiegimo aprašas šiai metodikai netaikomas.**



**METODIKA**

**GIMDOS KAKLELIO VĖŽYS IR NĖŠTUMAS**

**IV. METODIKOS AUDITO APRAŠAS**

**Metodikos audito aprašas šiai metodikai netaikomas.**

**METODIKA**  
**GIMDOS KAKLELIO VĖŽYS IR NĖŠTUMAS**

**V. INFORMACIJA VISUOMENEI**

## Informacija pacientėms

**Gimdos kaklelio vėžys** – antra pagal dažnumą (po krūties vėžio) moterų onkologinė liga. Tai viena dažniausių vėžio rūšių, tampančių moterų mirties priežastimi. Mirštamumo nuo onkologinių ligų priežasčių struktūroje gimdos kaklelio vėžys užima trečiąją vietą. Pasaulyje kas dvi minutės nuo gimdos kaklelio vėžio miršta moteris, kasmet ši liga pasiglemžia apie 270000 gyvybių. Nepaisant diegiamų profilaktikos programų, gimdos kaklelio vėžys išlieka didele medicinine problema tiek Lietuvoje, tiek kitose Europos šalyse. Lietuva pagal sergamumą gimdos kaklelio vėžiu Europoje užima vieną pirmųjų vietų. Siekiant sumažinti sergamumą gimdos kaklelio piktybiniais navikais bei mirtingumą nuo jų, Lietuvoje nuo 2004–ųjų metų vykdoma gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programa. Programa skirta 25-60 metų moterų gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencijai. Programoje numatytos priemonės (tokios kaip citologinio tepinėlio paėmimas bei rezultatų vertinimas, gimdos kaklelio biopsija bei jos vertinimas) taikomos vieną kartą per trejus metus.

Dažniausiai gimdos kaklelio vėžiu serga 45-55 metų amžiaus moterys, tačiau didesnė rizika susirgti šia liga yra nuo 30 metų amžiaus.

### **1. Priežastys ir rizikos veiksniai**

90 proc. gimdos kaklelio vėžio atvejų aptinkama žmogaus papilomos viruso (ŽPV) infekcija. Iš gausių žmogaus papilomos viruso rūšių keletas viruso tipų susiję su ląstelių pokyčiais, dėl kurių atsiranda gimdos kaklelio vėžys. Ši infekcija dažniausiai perduodama lytiniu keliu, tačiau gali plisti ir bet kokio odos kontakto būdu. Dažna seksualinių partnerių kaita didina gimdos kaklelio vėžio riziką. Kai kuriais atvejais žmogaus organizmo imuninė sistema sunaikina ŽPV infekciją, kitu atveju ji gali sukelti piktybinių pokyčių gimdos kaklelio epitelio ląstelėse. Negydomi šie pakitimai progresuoja į gimdos kaklelio vėžį.

Pagrindiniai gimdos kaklelio vėžio **rizikos veiksniai**:

- Seksualinis aktyvumas (moterys, neturėjusios lytinių santykių, gimdos kaklelio vėžiu serga ypač retai);
- Ankstyva lytinio gyvenimo pradžia (lytiškai aktyvios paauglės dažniau suseraga gimdos kaklelio vėžiu);
- Lytinių partnerių kaita ar kontaktas su partneriu, turinčiu daug lytinių partnerių (lytinių partnerių kaita didina lytiškai plintančių infekcinių ligų riziką);
- Rūkymas;
- Susilpnėjusi imuninė sistema.

### **2. Gimdos kaklelio vėžio simptomai**

Ankstyvosios gimdos kaklelio vėžio stadijos gali būti besimptomės. Ankstyviausi požymiai – kraujingos išskyros iš makšties, necikliniai kraujavimai, kraujavimas po lytinių santykių. Ligai progresavus gali varginti skausmai apatinėje pilvo dalyje, šlapinimosi problemos,

kojų tinimas. Jei vėžys išplinta į gretimus organus, gali sutrikti jų funkcija, pvz., gali atsirasti šlapimo pūslės dirginimas, dėl auglio, kuris pradeda spausti stambiąsias venas, sutrinka kojų kraujotaka.

### 3. Gimdos kaklelio vėžys nėštumo metu

Gimdos kaklelio vėžys yra vienas iš dažniausių piktybinių navikų nėštumo metu. Suserga 1-10 moterų iš 10000 nėščiųjų. Apie pusę šių atvejų diagnozuojama nėštumo metu, kita pusė - per 12 mėnesių po gimdymo. 3 proc. gimdos kaklelio vėžio atvejų diagnozuojama nėščioms moterims, 5-8 proc. nėščiųjų randama viduląstelių ikivėžinių gimdos kaklelio epitelio pakitimų.

### 4. Diagnostika

Nėščiosioms diagnozę nustatyti dažnai vėluojama, nes kai kurie vėžio simptomai, tokie kaip pilvo pūtimas, skausmas pilvo apačioje arba kraujavimas (kraujingos išskyros) iš makšties, yra nespecifiniai ir gali būti kitos su nėštumu susijusios patologinės būklės metu. Kita vertus, nėštumas kartais pagreitina vėžio diagnostiką, nes nėščiosios linkusios labiau rūpintis savo sveikata.

Gimdos kaklelio **onkocitologinis tepinėlis (PAP testas)**, kuris dažnai atliekamas nėštumo pradžioje, yra pagrindinis diagnostikos metodas, padedantis įtarti, kad gali būti gimdos kaklelio vėžys. PAP testas atliekamas specialiu šepetėliu. Nuo gimdos kaklelio makštinės dalies paviršiaus ir kanalo paimtos ląstelės tepamos ant objekcinio stiklelio, fiksuojamos ir tiriamos gydytojo patologo. Galima tyrimui paimtas ląsteles išsiųsti tyrimui skirtoje skystoje terpėje. Nėštumo pradžioje tyrimas atliekamas tada, jei per pastaruosius trejus metus jis nebuvo atliktas (25 metų ir vyresnėms moterims), jei ne nėštumo metu atliktu tyrimu buvo aptikta patologinių pokyčių, jei apžiūrimas gimdos kaklelis atrodo pakitęs. PAP testo atlikimas nėštumo metu yra saugus (žr. 1 pav.).

Radus pakitimų PAP teste, atliekama **kolposkopija**. Tai tyrimas, kurio metu specialiu prietaisu (binokuliniu mikroskopu) apžiūrima gimdos kaklelis ir makštis. Tokiu būdu matomas vaizdas padidinamas nuo 10 iki 40 kartų ir galima geriau apžiūrėti pakitusią gleivinę. Atlikti kolposkopiją po 18-20 nėštumo savaitės techniškai sudėtinga. Kolposkopijos tikslas – rasti PAP tyrimo metu nustatytų atipinių ląstelių vietas ir įvertinti pažeistą gimdos kaklelio paviršiaus plotą. Iš pakitusių gimdos kaklelio audinių galima paimti mažų audinio gabalėlių tyrimui, t.y. atlikti taškinę **biopsiją**. Biopsinės medžiagos histologinis tyrimas patvirtina arba paneigia gimdos kaklelio vėžio diagnozę. Įrodyta, kad biopsija nėštumo metu yra saugi ir tiksli diagnostinė procedūra. Tyrimas komplikacijų sukelia labai retai – kraujavimo rizika yra tik 3 proc., persileidimo rizika nedidėja. Gimdos kaklelio kanalas dėl vaisiaus dangalų pažeidimo rizikos vėžio diagnostikai nėštumo metu negrandomas.

Aptikus gimdos kaklelio vėžį, tikslinamas jo išplitimas, nustatoma stadija. Atsižvelgus į klinikinę situaciją, atliekamas **pilvo ultragarsinis tyrimas, cistoskopija** (šlapimo pūslės ertmės vertinimas specialiu optiniu prietaisu), **rektoromanoskopija** (tiesiosios žarnos ertmės apžiūra). Kai kuriais atvejais proceso išplitimas tikslinamas **branduolių magnetinio rezonanso ir plaučių rentgenologiniu** tyrimais. Visi minėti tyrimai yra saugūs.

Gimdos kaklelio vėžys turi I, II, III ir IV stadijas. Ligos stadiją lemia naviko invazija į gimdos kaklelį bei išplitimas į kitus organus.

## 5. Gydymas

Gimdos kaklelio vėžio gydymas nėštumo metu priklauso nuo:

- nėštumo trukmės;
- vėžio tipo;
- gimdos kaklelio vietos, kurioje yra vėžys;
- vėžio išplitimo bei stadijos;
- moters amžiaus;
- moters noro tęsti nėštumą.

Šiuo metu manoma, kad nėštumas neturi esminės įtakos gimdos kaklelio vėžio eigai. Kai kurių autorių duomenimis, gydymo atidėjimas iki laikotarpio po gimdymo gali būti santykinai saugus (pvz., kai navikas diagnozuojamas antrojo nėštumo trečdalyje arba trečiojo pradžioje ir kai aptinkamas auglys nedidelis (<2 cm) bei nėra metastazių sritiniuose limfmazgiuose), tačiau galutinai pagrįsti gydymo atidėjimo saugumą duomenų nepakanka. Visais atvejais, numatant gydymo taktiką, vertinamas rizikos ir naudos santykis nėščiajai ir vaisiui. Pagrindiniai gydymo taktikos aspektai aptariami su moterimi bei jos šeimos nariais. Jei pacientė pageidauja tęsti nėštumą, siekiama optimalaus moters ir būsimo naujagimio saugumo. Nėščiosios, sergančios gimdos kaklelio vėžiu, priežiūra individualizuojama, taktiką aptaria įvairūs specialistai (akušeriai-ginekologai, onkologai, spindulinės terapijos specialistai, neonatologai ir kt.).

Jei moteris serga invaziniu gimdos kaklelio vėžiu, nėštumas dažniausiai užbaigiamas cezario pjūvio operacija. Prieš operaciją aptariamas gimdos pašalinimo tikslingumas ir galimybė.

Gimdos kaklelio vėžys nėštumo metu gydomas chirurginiu būdu, chemoterapija ir išskirtiniais atvejais spinduline terapija.

**Chirurginis gydymas.** Jei moteris nori tęsti nėštumą, operuojamas tik ankstyvos stadijos gimdos kaklelio vėžys. Labiausiai tausojanti operacija nėštumo metu yra gimdos kaklelio konizacija. Šios operacijos metu iš gimdos kaklelio pašalinamas navikas ir aplinkiniai audiniai. Metodas yra palyginti saugus nėščiajai ir vaisiui. Optimalus laikas - 14-20 nėštumo savaitės, vėliau šią operaciją atlikti techniškai sudėtinga ir mažiau saugu. Jei gimdos kaklelio konizaciją reikia atlikti vėliau nei 22 nėštumo savaitę, ji atidedama po gimdymo. Dažniausios gimdos kaklelio konizacijos komplikacijos - kraujavimas, persileidimas, priešlaikinis gimdymas, infekcija. Bendras pooperacinių komplikacijų dažnis yra 25 proc. Jeigu yra gilesnė naviko invazija, gali būti svarstoma didesnės gimdos kaklelio dalies pašalinimo (trachelektomijos) ir laparoskopinio limfmazgių pašalinimo galimybė, tačiau šią operaciją gana saugiai nėščiajai ir vaisiui galima atlikti tik pirmoje nėštumo pusėje. Jei operuojama nėštumo pabaigoje, pirmiausiai cezario pjūvio operacijos pagalba užgimsta naujagimis, ir, tęsiant operaciją, šalinamas gimdos kaklelis arba visa gimda.

**Chemoterapija.** Tai gydymas specialiais priešvėžiniais (citotoksinais) vaistais, siekiant sunaikinti greitai besidauginančias vėžines ląsteles. Po chemoterapinio gydymo sumažėja vėžinių ląstelių skaičius, sustabdomas jų augimas ir plitimo greitis. Chemoterapija neskiriama pirmaisiais trimis nėštumo mėnesiais. Tuo metu intensyviai vyksta vaisiaus organų formavimasis, todėl priešvėžiniai vaistai gali sutrikdyti vaisiaus vystymąsi, sukelti apsigimimų, žūtį gimdoje ar persileidimą. Kai kuriuos priešvėžinius vaistus yra santykinai saugu vartoti antruoju ir trečiuoju nėštumo trečdaliais. Šiuo laikotarpiu jie beveik nedidina vaisiaus apsigimimų ar žūties rizikos, tačiau gali sukelti priešlaikinį gimdymą, vaisiaus augimo sulėtėjimą, lemti mažą naujagimio svorį. Chemoterapija neturėtų būti atliekama po 35-osios nėštumo savaitės ar likus trims savaitėms iki gimdymo, nes dėl poveikio kraujo gamybos ląstelėms išauga mažakraujystės, kraujavimo bei infekcijos rizika, padidėja infekcijos sukeltų komplikacijų bei mirties tikimybė naujagimiams. Nutraukus chemoterapiją bent trims savaitėms, kraujo ląstelių gamyba atsinaujina, ir komplikacijų tikimybė sumažėja.

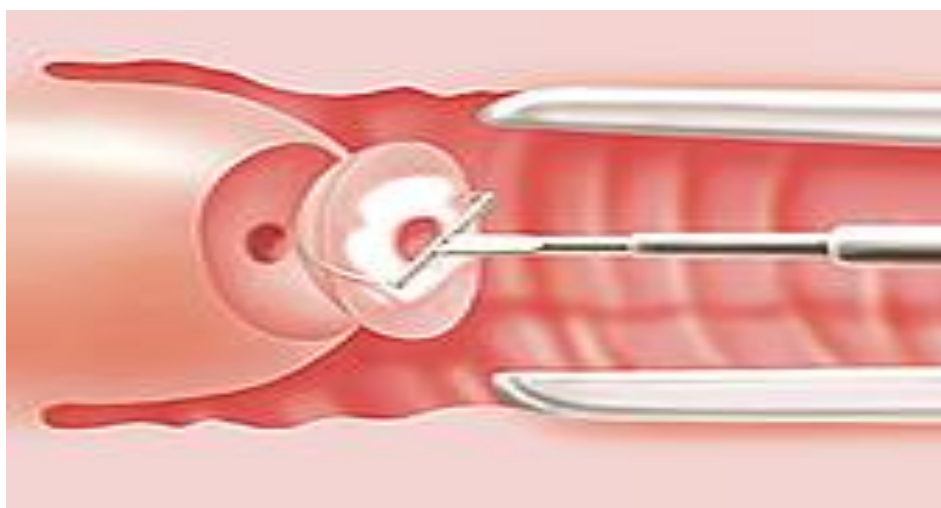
**Spindulinis gydymas.** Tai didelės energijos rentgeno spindulių arba kitų radioaktyvių dalelių naudojimas siekiant sunaikinti vėžines ląsteles. Gimdos kaklelio vėžio spindulinės terapijos dozė yra mirtinai pavojinga vaisiui, todėl šis gydymas taikomas išimtiniais atvejais, kai liga nustatyta ankstyvame nėštume ir gydymo atidėjimas negalimas dėl grėsmės moters gyvybei.

## **6. Maitinimas krūtimi sergant gimdos kaklelio vėžiu**

Dauguma chemoterapinių, hormoninių bei biologinių medikamentų patenka į motinos pieną ir kūdikio organizmą, todėl žindyti, vartojant priešvėžinių vaistų ar iškart po gydymo jais, negalima. Priklausomai nuo konkrečių vartojamų preparatų bei jų pašalinimo iš moters organizmo trukmės žindymą galima atnaujinti po kelių savaičių ar mėnesių.



1 pav. PAP tepinėlio ėmimas



2 pav. Gimdos kaklelio konizacija (kūginė biopsija).



### Informacija visuomenei

Gimdos kaklelio vėžys nėštumo metu – sudėtinga medicininė problema, kurios sėkmingam sprendimui reikalingas glaudus akušerių-ginekologų, onkologų, neonatologų, radiologų bei kitų sričių specialistų bendradarbiavimas. Gimdos kaklelio vėžiu sergančios nėščiosios turi būti konsultuojamos ir gydomos trečiojo lygio perinatologijos centruose, kuriuose gali konsultuoti įvairūs specialistai. Individualizuota gimdos kaklelio vėžiu sergančios nėščiosios priežiūra padeda užtikrinti maksimalų pacientės ir jos būsimo naujagimio saugumą.