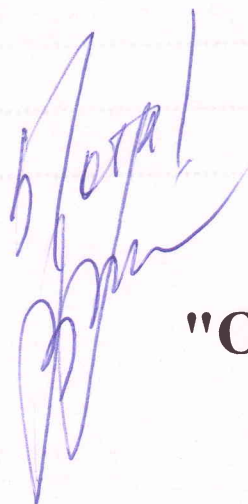


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета



Реферат на тему:
**"Онкологические заболевания и
беременность"**

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

Выполнила: клинический ординатор кафедры перинатологии, акушерства и
гинекологии лечебного факультета Лысенко Н.С.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск 2023г

Оглавление

Введение.....	3
Причины развития рака во время беременности	3
Влияние рака на течение беременности.....	4
Влияние беременности на течение рака.....	4
Влияние рака на плод.....	5
Рак шейки матки.....	5
Злокачественные опухоли яичников.....	9
Рак молочной железы.....	10
Заключение.....	12
Литература.....	13

Введение

Рак во время беременности не является распространённой проблемой, но при его выявлении возникает серьёзная клиническая ситуация. Совместное существование злокачественного новообразования и беременности — это состояние, при котором возникает неоднозначная дилемма по поводу одновременного развития и новой жизни, и угрожающего жизни заболевания. В конечном итоге врач, ведущий такую пациентку, сталкивается с двумя проблемами — борьбой за жизнь и матери, и ещё не родившегося ребёнка. На основании изученной литературы из базы данных MedLine проведён аналитический обзор информации о раке во время беременности в 2014—2018 гг. Установлено, что беременность чаще всего сочетается со следующими онкологическими заболеваниями: раком шейки матки и молочной железы (по 62%), раком желудка и прямой кишки (по 11%), раком яичников (5,5%). Кроме того, в литературе описаны единичные случаи обнаружения рака лёгких и опухолей головного мозга во время беременности. В ходе обработки информации выявлено, что поздняя первая беременность и поздние первые роды повышают риск развития рака. Лечение таких пациенток должно проводиться в специализированных центрах, и для всех случаев необходимо собирать консилиум, состоящий из онкологов, хирургов, акушеров-гинекологов, радиологов, неонатологов и педиатров. За последние 20 лет в мировой практике наиболее предпочтительным подходом является комплексное начало лечения пациенток без прерывания беременности, поэтому выживаемость и матери и плода имеет тенденцию к увеличению.

Причины развития рака во время беременности

Рак как таковой не возникает во время беременности, он начинается задолго до неё, так как беременность лишь провоцирует его развитие за счёт изменения гормонального фона — повышения уровня эстрогенов и прогестерона. Физиологической функцией эстрогена является стимуляция клеток, имеющих рецепторы к этому гормону, к стремительному росту, а один из критериев развития онкологического процесса — избыточная клеточная пролиферация. В итоге опухоли, возникающие во время беременности, — гормоночувствительные.

Влияние рака на течение беременности

Особенности влияния онкологического заболевания на беременность и её прогноз зависят от того, на какой стадии диагностирован рак. Если диагноз рака поставлен на начальных стадиях заболевания (I, IIА), то прогноз для беременной женщины более благоприятен, поскольку в арсенале врачей есть больше времени для подбора правильной тактики ведения пациентки и опций, чтобы предотвратить прогрессирование развития опухоли. Однако если рак обнаружен на поздних стадиях (IIВ, IIIА, IIIВ), то показатели выживаемости пациентки и плода снижаются, поскольку увеличивается частота невынашивания беременности, летальных исходов и внутриутробной гипоксии плода. Детская смертность в первый год жизни составляет 25%, потому что обычно родоразрешение пациентки происходит рано, до 35-36-й недели, в связи с чем рождается недоношенный ребёнок с возможными аномалиями развития дыхательной системы. Таким образом, для снижения показателей детской смертности необходимо вмешательство опытных неонатологов.

Развитие рака может вызвать следующие осложнения во время беременности — выкидыш, преждевременные роды, анемию у матери и внутриутробную гипоксию у плода. Во время родов возможна слабая родовая деятельность, а опухоли половых органов могут быть механическим препятствием для естественных родов. В послеродовом периоде существует риск развития кровотечения, особенно при лейкозах.

Влияние беременности на течение рака

Существует 2 варианта влияния беременности на течение рака: отсутствие влияния на опухоль, что бывает крайне редко, и ухудшение клинического течения заболевания. Выявлена следующая закономерность: если рак диагностирован в I триместре, то он более склонен к активному росту и метастазированию. Если же злокачественное новообразование обнаружено на последних месяцах беременности, то оно имеет более спокойное и благоприятное течение, так как в течение всей беременности клинически не проявлялось и не оказывало существенного влияния на мать и плод.

Беременность может задержать диагностику рака. Рак молочной железы

выявляют на поздней стадии, поскольку в результате гормональных изменений у беременных женщин молочные железы претерпевают морфологические перестройки — увеличение размера путём увеличения количества альвеол, молочных долек и протоков. Эти изменения возникают и при физиологической беременности, и при раке молочной железы, поэтому сложно провести дифференциальную диагностику онкологического заболевания на ранних стадиях. Подозрение на развитие новообразования возникает при наличии патогномоничных, уже наглядно видимых признаков опухоли — ввёрнутые соски, деформация кожи грудных желёз, отёчность, краснота, увеличение лимфатических узлов, а также выявление пальпируемого образования при самообследовании молочных желёз.

Кроме того, беременность может способствовать выявлению рака, так как беременная пациентка проходит комплексное обследование. Для выявления рака шейки матки всем беременным женщинам проводится PAP-тест. Диагностику рака яичников обеспечивает ультразвуковое исследование (УЗИ).

Влияние рака на плод

Существует обратная зависимость между прогнозом для будущего ребёнка и для здоровья матери от срока беременности, на котором диагностируется злокачественная опухоль.

Прогноз для ребёнка более благоприятен, если опухоль проявляется поздно — в III триместре, то есть растущая опухоль существенно не влияет на вынашивание беременности и рост плода. При меланоме повышается риск метастазирования опухоли в плаценту и плод.

Рак шейки матки

Высокая частота развития неопластических процессов шейки матки объясняется возрастающей распространённостью папилломавирусной инфекции (ПВИ), и клинической активацией герпетической и цитомегаловирусной инфекцией во время беременности. Как известно, инфицированность ВПЧ увеличивает риск развития дисплазии в 10 раз.

Гистологическая классификация РШМ: плоскоклеточный рак (70%), аденокарцинома (25%), другие эпителиальные опухоли (5%) (смешанные варианты

плоскоклеточных и железистых опухолей).

Клиника. Клинические проявления РШМ во время беременности зачастую отсутствуют или могут быть приняты за акушерские осложнения (вагинальное кровотечение, тазовые боли, боли по ходу седалищного нерва, анемия). Распространение РШМ в параметральное пространство может быть бессимптомным. Вовлечение в процесс мочеточников в большинстве случаев протекает скрыто. Прямое прорастание ветвей крестцовых нервов или распространение опухоли за пределы лимфатических узлов вызывает боли в спине, а вовлечение в процесс вен и лимфатических сосудов на стенке таза приводит к развитию отека нижних конечностей. Триада, состоящая из болей в спине, отека конечности и нефункционирующей почки свидетельствует о наличии местнораспространенного опухолевого процесса. Учащение мочеиспускания, недержание мочи и гематурия указывают на вовлечение в процесс мочевого пузыря. Поражение слизистой прямой кишки наблюдается очень редко.

Диагностика. Диагностика состоит в комплексном обследовании, включающем осмотр (в том числе ректовагинальный), цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и из цервикального канала, кольпоскопию (простую и расширенную), прицельную биопсию с последующим гистологическим исследованием. Необходимо проведение ПЦР диагностики на присутствие вируса папилломы человека.

Цитологическое исследование. Цитологический мазок берется с поверхности шейки матки, а также из цервикального канала. Для этого применяется специальный шпатель. Образцы наносятся на стекла и направляются в лабораторию. Очень важно сообщить цитопатологам, что пациентка беременна. С 1970-х гг. используется классификация Richart, в которой предраковые изменения были обозначены как цервикальные интраэпителиальные неоплазии (CIN): CIN I соответствует легкой дисплазии, CIN II - умеренной дисплазии, CIN III – тяжелой дисплазии и преинвазивному раку.

Кольпоскопия. Целью кольпоскопии является исключение злокачественных новообразований и прицельная биопсия шейки матки в области наиболее выраженных изменений. Беременность приводит к выраженным изменениям

кольпоскопической картины шейки матки. Наиболее значимые изменения связаны с повышенным уровнем эстрогенов, что приводит к значительному увеличению объема шейки матки вследствие гипертрофии фиброзномышечной стромы, увеличению венозного кровенаполнения.

Биопсия. При проведении процедуры следует соблюдать крайнюю осторожность ввиду повышенной васкуляризации органа. При подозрении на инвазию выполняется конусовидная биопсия (конизация) шейки матки. Процедура связана с повышенным риском немедленного или отсроченного кровотечения, с опасностью гибели плода, а так же из-за угрозы выкидыша при ИЦН.

Тактика и лечение. Преинвазивный рак (CIN- III) – выжидательная тактика, пациентка должна наблюдаться с обязательной кольпоскопией и цитологическим контролем. Окончательно вопрос о дальнейшей терапии решается после родов. Микроинвазивный РШМ глубиной до 3 мм – тактика зависит от желания женщины сохранить беременность и дальнейшую фертильность.

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 решении завершить деторождение гистерэктомия I типа.

3. При желании сохранить беременность и фертильность - сохранение беременности и через 4-8 нед после родов (влагалищных или абдоминальных) - конизация шейки матки.

4. При желании сохранить беременность и завершить деторождение – кесарево сечение в срок с радикальной гистерэктомией I типа.

Микроинвазивный РШМ глубиной более 3 мм - радикальная гистерэктомия II типа.

Инвазивный РШМ – в I триместре беременности и до 20 недель гестации радикальная гистерэктомия III типа; после 20 нед беременность пролонгируется на 4-8 нед. При достижении жизнеспособности плода (28-32 нед.) проводят кесарево сечение с радикальной гистерэктомией III-IV типа. Также на этой стадии в лечение добавляется лучевая терапия после гистерэктомии.

Рак 3-4 стадии (с переходом на соседние органы) – в I триместре и до 20 нед

гестации наружное облучение. После 20 нед - кесарево сечение с гистерэктомией, затем химиолучевая терапия.

Типы гистерэктомий.

Тип I - Простая гистерэктомия

Тип II - Модифицированная радикальная гистерэктомия:

— матка, околошеечные ткани и влагалище длиной 1—2 см удаляются после выделения мочеточников до места впадения в мочевого пузыря;

— маточные артерии перевязываются, резецируются медиальные части параметральных тканей и проксимальные части крестцовоматочных связок

Тип III - Радикальная гистерэктомия:

— удаление единым блоком (en bloc) матки, верхней трети влагалища с прилежащими околовагинальными и околошеечными тканями;

— маточные сосуды пересекаются у основания и параметральные ткани резецируются полностью, иссекаются крестцово-маточные связки полностью

Тип IV - Расширенная радикальная гистерэктомия:

— в отличие от гистерэктомии III типа удаляются 3/4 влагалища и околовагинальные ткани

Тип V - Передняя или задняя надлеваторная эвисцерация:

— удаление матки и параметральных тканей с резекцией нижней трети мочеточника или части мочевого пузыря, или прямой кишки.

Лучевая терапия. При противопоказаниях к хирургическому лечению лучевая терапия может применяться при всех стадиях РШМ. Чаще всего самостоятельная лучевая терапия проводится при IIВ-IV стадиях злокачественного процесса.

Химеотерапия. Применяется у больных на поздних стадиях заболевания, категорически отказывающихся прерывать беременность. Как самостоятельный метод лечения ХТ применяется в качестве паллиативной терапии при IV стадии РШМ.

Тактика ведения беременных после лечения рака шейки матки. Планировать наступление беременности целесообразно не ранее чем через 18 мес после минимально инвазивного лечения рака шейки матки. После конизации и ампутации шейки матки ведение родов через естественные родовые пути не противопоказано

(родоразрешение путем кесарева сечения осуществляется по акушерским показаниям). Одним из осложнений является развитие истмико-цервикальной недостаточности.

Злокачественные опухоли яичников

Недостаточная диагностика опухолей яичника на фоне беременности, низкая онкологическая настороженность составляют пласт проблем, которые впоследствии могут приводить к неблагоприятному исходу и для беременной, и для плода. Во время беременности в среднем диагностируют от 0,2 до 2 % новообразований яичника и примерно от 1 до 6 % из них носят злокачественный характер.

Клиника. В основном это бессимптомные новообразования и выявляются обычно случайно. Рак яичника может проявляться болью в животе, в поясничной области, запорами, вздутием живота, дизурическими явлениями и др. Эти симптомы неспецифичны, так как могут возникать на фоне нормально протекающей беременности.

Диагностика. УЗИ органов малого таза, на котором будет визуализироваться объемное образование часто неправильной формы, без четко визуализируемой капсулы, с множественными перегородками и разрастаниями.

Цветовая доплерография покажет множество сосудов (зоны неоваскуляризации) как по периферии, так и в центральных структурах опухоли на перегородках и в папиллярных разрастаниях.

При беременности компьютерная томография, в связи с ионизирующей радиацией не применяется. При необходимости может быть применена магнитнорезонансная томография (МРТ), но лишь во втором и III триместре.

Опухолевый маркер СА-125 неинформативен, особенно в I триместре, так как при нормальной беременности СА-125 повышается до очень высоких цифр. Правда во II и III триместрах в норме СА-125 постепенно снижается, а высокий его уровень может свидетельствовать о наличии опухоли.

Диагноз рака яичников обычно ставят только при гистологическом исследовании удаленного новообразования яичника.

Лечение. Чаще всего у беременных диагностируют первую стадию рака яичников. При раке яичников I клинической стадии выполняют смывы из брюшной

полости, удаление придатков на стороне поражения, биопсию контралатерального яичника (при наличии его изменений), удаление большого сальника, селективную тазовую (на стороне поражения) и поясничную лимфаденэктомию и множественную биопсию брюшины.

При желании женщины сохранить беременность хирургическое вмешательство и химиотерапию проводят после 16 недель беременности (полного органогенеза плода). Закончить химиотерапию необходимо за три недели до предполагаемых родов в связи с предсказуемыми гематологическими осложнениями.

Рак молочной железы

Рак молочной железы – самое распространенное злокачественное заболевание у женщин в нашей стране. Представляет собой злокачественную опухоль, которая исходит из эпителия ткани молочной железы.

Международный термин «рак молочной железы, связанный с беременностью» включает три клинические ситуации: рак молочной железы, диагностируемый во время беременности; выявленный на фоне лактации; и диагностируемый в течение 1 года после завершения беременности.

Клиника. Основной жалобой у 95% женщин является определение неоформленного пальпируемого образования в тканях молочной железы, часто сопровождающееся дискомфортом в области соска (болезненность, покалывание, отечность) и имеющее тенденцию к росту. Возможны жалобы на одностороннее увеличение лимфатических узлов, асимметричное набухания и уплотнения всей молочной железы. Реже встречаются жалобы на сукровичные выделения из соска.

Диагностика. В большинстве случаев (82%) опухоль выявляют сами пациентки при пальпации.

УЗИ – простой и доступный метод как скрининга РМЖ, так и его диагностики. УЗИ также помогает определить наличие метастазов.

Маммография - рентгенологическое исследование молочных желез при экранировании и защите плода может быть выполнено при беременности (доза не вызывает тератогенного эффекта).

Но данный метод в 25% случаев у беременных женщин дает

ложноотрицательную картину.

МРТ – используется при низкой информативности УЗИ, но после I триместра.

Наиболее достоверным методом диагностики продолжает оставаться морфологическое исследование. Эксцизионная биопсия, выполняемая под местной анестезией, является «золотым стандартом» при любой неясной патологии в молочной железе. Чувствительность данного метода составляет 90%. CORE-биопсия с последующим морфологическим исследованием «столбика» ткани позволяет получить достаточное количество материала для верификации диагноза.

Лечение. Вопрос о прерывании беременности может стоять в I триместре. Подход в этом случае индивидуальный, и последнее слово остается за женщиной. Но однозначно, что РМЖ не является абсолютным показанием к прерыванию беременности.

Критерием выбора вида лечения, оперативного или химиотерапевтического, является размер опухоли. При размере опухоли до 5 см возможно выполнение оперативного вмешательства в качестве первого этапа лечения. В случае, когда размеры опухоли превышают 5 см, на первом этапе лечения проводится неoadъювантная ПХТ.

Хирургическое лечение во время беременности проводится по тем же стандартам, что и для небеременных женщин. Радикальная мастэктомия или органосохраняющая операция (не желательна, т.к. требует доп. ЛТ) во время беременности безопасны, не несут в себе риска в отношении плода и не приводят к развитию самопроизвольного аборта. Радикальная мастэктомия с сохранением обеих грудных мышц является наиболее рациональным хирургическим объемом при начальных стадиях, когда пациентка хочет сохранить беременность.

Химиотерапия более безопасна во II и III триместрах, в I триместре она противопоказана в связи с тератогенным действием многих препаратов.

При проведении противоопухолевого лечения возможно развитие осложнений. У женщин – анемия, нейтропения, тромботические осложнения, иммуносупрессия. У плода - пороки развития, ЗРП, мертворождение. Поэтому необходим контроль клинико-лабораторных показателей (клинический анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови, биоценоз влагалища),

функциональных показателей (УЗИ плода, доплерометрия кровотоков, КТГ-контроль) как перед началом лечения, так и после проведения каждого этапа и/или курса.

Родоразрешение. Беременность максимально пролонгируют до срока более 33-34 нед. Метод родоразрешения определяется акушерскими показаниями.

Грудное вскармливание. При лучевой терапии в послеродовом периоде лактация возможна. При проведении дальнейшего химиотерапевтического лечения грудное вскармливание противопоказано, необходимо подавление лактации.

Заключение

Ведение пациенток с онкологическим заболеванием на фоне беременности должно быть мультидисциплинарным. Совместное лечение пациенток акушером-гинекологом и гинекологом онкологом позволит своевременно определить тактику ведения, сроки и способ родоразрешения, а также снизить риск предполагаемых осложнений у матери и плода. Отвечая на вопросы, поставленные в начале реферата, хочется сказать: Рак не влияет на беременность, беременность не влияет на рак. Что касается тактики, она индивидуальна. Зависит от стадии ЗНО, компенсации состояния женщины, и, наконец, желания самой женщины пролонгировать беременность. Но ясно одно, беременность можно пролонгировать при раке, а рак можно лечить при беременности.

Литература

1. Ниязов Ш.Т., Сагтаров А.Ш., Абдувахобов Д.А. (2022). ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ. Вопросы науки и образования, (3 (159)), 51-58.
2. Андреева Н.Л. (2020). СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВОООБРАЗОВАНИЙ. Медицинские новости, (5 (308)), 8-12.
3. Серов В.Н., Шмаков Р.Г., Полушкина Е.С., Волочаева М.В. Рак и беременность. РМЖ. Мать и дитя. 2015;23(20):1195-1197.
4. Силькина М.О., Бахтияров К.Р. Рак и беременность. Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2018; 5(4): 182-186. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-4-182-186>
5. Петров Юрий Алексеевич, Оздоева Изабэлла Махмуд-Башировна, Палиева Наталья Викторовна (2021). РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ. Главный врач Юга России, (4 (79)), 20-22.