

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский Государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-
Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА

Онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Рецензия:

На реферат ординатора

года обучения по специальности

Тема реферата

Гилькин Т.Н. к.м.н., доцент
Мамчаев Кирилл Сергеевич
Надлежащий письменного письма
мониторинга поведения на
дочке дерматологии

Оценочный критерий	Положительный/Отрицательный
1. Структурированность	4
2. Наличие орфографических ошибок	5
3. Соответствие текста реферата его теме	5
4. Владение терминологией	5
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	5
6. Логичность доказательной базы	4
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	4
8. Использование известных научных источников	5
9. Умение сделать общий вывод	4

Итоговая оценка: положительная/отрицательная 5- Отриц

Комментарии рецензента

9.03.2022

Гилькин Т.Н.

Дата 17.02.2022

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

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

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой
Д.м.н., профессор Зуков Руслан Александрович

Реферат на тему:
**Особенности клинического течения злокачественных новообразований на
фоне беременности**

Выполнил:
Клинический ординатор
Макшанов Никита Сергеевич

Проверил:
Кафедральный руководитель ординатора
К.м.н., доцент Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Красноярск 2022

Содержание:

1. Введение
2. Современные подходы к методам обследования, лечения, наблюдения и ведения родов у беременных, имеющих злокачественное новообразование.
3. Рак молочной железы и беременность
4. Рак шейки матки и беременность
5. Меланома и беременность
6. Лимфома и беременность
7. Рак яичников и беременность
8. Список литературы

Введение

Понятие «рак и беременность» включает: – обнаружение рака во время беременности (I, II, III триместр); – выявление злокачественного процесса в сроки до 6 месяцев после медицинского аборта; – диагностику карциномы в течение 12 месяцев после родов.

По оценкам уровень заболеваемости злокачественными опухолями, которые диагностируется у беременных женщин, в развитых странах составляет 1 на 1000 случаев беременности, и предполагается, что данный уровень будет увеличиваться пропорционально откладыванию деторождения на более поздний репродуктивный возраст. Наиболее распространенными формами рака, выявляемыми у беременных женщин, являются рак шейки матки, рак молочной железы, меланома, различные виды лимфом [2].

Современные подходы к методам обследования, лечения, наблюдения и ведения родов у беременных, имеющих злокачественное новообразование.

Сочетание злокачественной опухоли и беременности имеет целый ряд особенностей в клинике, диагностике, лечении, ведении родов.

К ним относятся:

- сложность диагностики рака на ранних стадиях;
- поздняя диагностика злокачественного процесса в связи с более замаскированной клиникой и с отсутствием онкологической настороженности у врачей;
- наличие противопоказаний к использованию некоторых стандартных методов диагностики у беременных;

- прекращение химиотерапии после 35 недель беременности (особенно при раке молочной железы) для того, чтобы не было осложнений в родах, связанных с побочным действием цитостатиков;
- участие в наблюдении за беременной, имеющей рак, врачей акушеров-гинекологов, онкологов, неонатологов и психотерапевтов;
- выбор метода ведения родов и лечения онкологического заболевания консилиумом;
- особенности показаний к кесареву сечению и родам *per vias naturales*;
- прерывание гестации в связи с кровотечением из опухоли.

Для уточнения степени распространенности рака органов репродуктивной системы и стадирования злокачественного процесса на фоне продолжающейся беременности регламентировано выполнение следующих методов обследования:

- взятие мазков с экзоцервикса и цервикального канала для цитологического исследования и диагностики вируса папилломы человека;
- кольпоскопии, вагиноскопии, вульвоскопии;
- эксцизионной, инцизионной, а также аспирационной тонкоигольной биопсии опухоли;
- эхоскопии, обязательно включающей цветное доплеровское картирование органов брюшной полости, таза и молочных желез;
- фиброгастроскопии, колоноскопии, бронхоскопии и цистоскопии по показаниям;
- маммографии во II и III триместрах беременности;
- рентгенографии органов грудной клетки с экранированием брюшной полости и таза (беременной матки) во II и III триместрах беременности;

– МРТ органов брюшной полости и таза и ПЭТ во II и III триместрах беременности.

На всем протяжении беременности при желании сохранить жизнь будущему ребенку противопоказано применение таких методов обследования, как:

- маммография в I триместре;
- обзорная рентгенография органов брюшной полости;
- КТ органов брюшной полости и таза;
- внутривенная урография;
- МРТ органов брюшной полости и таза и ПЭТ в I триместре беременности;
- все методы, связанные с введением радиоактивных изотопов в организм пациентки;
- пункционное взятие амниотической жидкости при раке гениталий из-за возможной диссеминации злокачественными клетками околоплодных вод.

В случае прерывания беременности разрешено использовать все методы обследования женщин для диагностики рака. Если пациентка решает сохранить беременность, протекающую на фоне злокачественного процесса, то выбор лечебной тактики зависит от резектабельности опухоли. Операция выполняется в этом случае в 32–35 недель. Химиотерапию можно начинать в любые сроки беременности, но следует объяснить пациентке, что этот вид лечения способен привести к бесплодию будущего ребенка, микроцефалии, различным дефектам ЦНС, снижению коэффициента интеллекта, задержке роста плода, вплоть до мертворождения, преждевременным родам и угнетению развития костного мозга, поскольку органогенез ЦНС и гонад плода продолжается до родов [4].

Рак молочной железы и беременность

Опухолевый процесс в молочной железе диагностируется наиболее часто при сроке в 21 неделю. До 95 % женщин выявляет у себя самостоятельно новообразование в I триместре. РМЖ наиболее часто развивается на фоне дисгормональных гиперплазий молочных желез и заболеваний органов репродуктивной системы (аднекситы, миомы матки, эндометриоз). Играет определенную роль в возникновении злокачественного процесса и проводимая ранее гормоностимуляция по поводу бесплодия. При гестации опухоль представлена в основном протоковым инвазивным раком. Частота метастатических форм карцином у беременных выше, чем у женщин без гестации.

К основным симптомам заболевания относится наличие болезненного либо безболезненного образования в молочной железе, диффузного уплотнения.. Орган может выглядеть асимметричным и деформированным с гиперемией кожи, изменением в дерме по типу «лимонной корочки» и увеличением подмышечных лимфатических узлов. В отдельных случаях бывают выделения из соска с примесью крови.

Ошибочные диагнозы (фиброаденома, очаговая или диффузная мастопатия, галактоцеле) приводят к задержке выявления РМЖ сроком до 15 месяцев, а у лактирующих пациенток — до 6 месяцев. РМЖ при беременности 29 диагностируется в более запущенных стадиях, чем при отсутствии гестации.

Инструментальная диагностика:

Основным методом инструментальной диагностики:

- - УЗИ молочных желез,
- - Маммография,

Тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия опухолевого образования молочной железы выполняется под контролем УЗИ. «Золотым»

стандартом диагностики рака у беременных служит трепан-биопсия. При отсутствии рака во взятом биоптате, но сохранении подозрения на злокачественную опухоль следует выполнить диагностическую секторальную резекцию молочной железы с одновременным цитологическим и гистологическим исследованием. Для оценки распространенности РМЖ необходимо сделать УЗИ органов брюшной полости и рентгенографию легких с экранированием органов таза и брюшной полости. МРТ обладает высокой информативностью для выявления метастазов в головной мозг и печень.

Лечение:

Существует три варианта подходов к лечению беременных, имеющих РМЖ. В первом случае, по желанию женщины, терапия направлена на спасение жизни будущего ребенка, поэтому лечение откладывается до родоразрешения, но при этом прогноз для пациентки может быть неблагоприятным. Во втором случае действия врачей направлены на спасение жизни матери, в связи с чем беременность прерывают и проводят радикальную терапию (прерывание беременности производить лучше в I триместре) выполнить мастэктомию или органосохранную операцию, которые не оказывают влияния на последующее течение гестации и на здоровье будущего ребенка). Наличие беременности в данной ситуации расценивается как неблагоприятный прогностический фактор. В третьем случае лечение начинают на фоне гестации. Современные данные свидетельствуют, что благоприятный прогноз связан с высокой частотой у молодых женщин гормононезависимых опухолей.

Полихимиотерапия

Может проводиться только после I триместра беременности, поскольку лечение цитостатиками в I триместре приводит к врожденным уродствам и самопроизвольным абортам. При химиотерапии во II–III триместрах могут

возникнуть такие осложнения, как задержка развития или внутриутробная гибель плода, преждевременные роды, появление дистресс-синдрома, некротического энтероколита, миелосупрессии, кровотечения и различных инфекций у новорожденных. Не следует применять химиотерапию после 35 недель беременности в связи с возникновением осложнений в родах, которые могут быть спровоцированы побочным действием цитостатиков.

Если диагноз установлен в III триместре гестации противоопухолевую терапию начинают после родоразрешения в сроках 32–35 недель. При необходимости в ближайшее время после выявления нерезектабельного РМЖ следует провести лечение, сохранив при этом плод, а с 14- 16 недель гестации уже можно назначать курсы неoadъювантной химиотерапии, которая позволяет в ряде случаев сделать опухоль резектабельной [6].

Рак шейки матки и беременность

Часто раку шейки матки предшествуют предраковые состояния (эрозия, дисплазия), избавившись от которых, удастся предупредить появление рака.

Основной причиной, приводящей к развитию РШМ, высокоонкогенные типы вируса папилломы человека (ВПЧ).

У большинства беременных пациенток заболевание диагностируется на ранних стадиях в результате обследования: мазок Папаниколау при дородовом визите. На основании исследования мазков Папаниколау и кольпоскопии выполняется расширенная эксцизия трансформированной зоны или конизация.

Симптомы рака шейки матки

- Обильные водянистые выделения (ранний симптом).
- Контактные кровянистые выделения.
- Ациклические кровянистые выделения.

- Боли в пояснице, внизу живота, с иррадиацией в левую ногу (чаще ночные).
- Дизурические расстройства, иногда анурия.
- Отек нижних конечностей за счет лимфостаза, чаще левой.
- Отхождение кала или мочи через влагалище.
- Кровотечение.
- Неприятный запах из влагалища.

Злокачественный процесс на шейке матки у беременных женщин имеет такие же как и при РШМ без беременности три анатомические формы: экзофитную, эндофитную и смешанную. Экзофитный рак на шейке матки может напоминать децидуоз, однако взятие мазка для цитологического исследования позволяет дифференцировать эти два разных по характеру течения и степени выраженности процесса. Морфологическая структура опухоли при беременности представлена в большинстве случаев плоскоклеточным раком и в некоторых случаях — железистым. У беременных имеет место высокий процент более агрессивного, низкодифференцированного плоскоклеточного рака. Этим можно объяснить в отдельных случаях неблагоприятный прогноз РШМ.

Инструментальная диагностика:

- кольпоскопия,
- биопсия,
- эхоскопия
- МРТ.

Основным методом диагностики РШМ во всех триместрах беременности, кроме морфологических исследований, визуального и пальпаторного осмотров, а также кольпоскопии, служит эхоскопия с цветным доплерографическим картированием органов таза и брюшной полости. МРТ позволяет правильно стадировать опухолевый процесс.

Лечение рака шейки матки во время беременности

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 рака шейки матки IB, II стадии:
I триместр

- I. Радикальная гистерэктомия с подвздошной лимфаденэктомией + через 2-3 нед - адъювантная лучевая терапия.

II, III триместры

1. При сроке до 20 нед — радикальная гистерэктомия с подвздошной лимфаденэктомией, через 2—3 нед — адъювантная 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 адъювантная лучевая терапия.

Лечение рака шейки матки III, IV стадий:
I 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.

В случае отказа пациентки от прерывания беременности, но при согласии на проведение лечения РШМ I–II стадии, терапию рекомендуют начинать с 18 недель (во II триместре) для исключения влияния специального

лечения (химиотерапии) на развитие плода и возможного самопроизвольного выкидыша. В последние годы появились данные о том, что пролонгирование беременности на фоне любого проводимого специального метода лечения, кроме облучения, которое категорически противопоказано, не ухудшает состояние будущего ребенка. В зависимости от стадии злокачественного процесса лечение можно начинать либо с неоадьювантной химиотерапии препаратами платины (Цисплатин, Карбоплатин), либо с ретроперитонеальной или лапароскопической лимфодиссекции. В случае выявления метастазов в лимфатических узлах, при согласии пациентки на операцию и сроке беременности до 18–20 недель, выполняется радикальная гистерэктомия (матка удаляется вместе с плодом). При сроке более 20 недель беременность пролонгируют до 32–34 недель, выполняют кесарево сечение с одновременной радикальной гистерэктомией. Радикальную трахелэктомию можно производить через 2 месяца после кесарева сечения. Вопрос об удалении яичников решается индивидуально, чаще их оставляют, учитывая молодой возраст пациентки и редкое метастазирование рака в этот орган.

Прогноз зависит от стадии злокачественного процесса (при местно-распространенном раке опухоли он хуже), гистотипа и степени дифференцировки рака (неблагоприятный при низкодифференцированной карциноме). Рецидивы и метастазы у беременных по срокам возникновения и локализации не отличаются от характера прогрессирования заболевания у женщины с отсутствием гестации [1].

Меланома и беременность

Меланома – это патология онкологического характера, представляющая собой злокачественную опухоль кожного покрова. Она развивается из пигментных клеток – меланоцитов, которые продуцируют специфическое вещество – меланин.

Меланома у беременных женщин может быть представлена опухолью с высоким показателем толщины (по Breslow), что обуславливает худший прогноз.

- Прогноз больных меланомой на фоне беременности не отличается от такового у небеременных, со схожей стадией и показателем толщины опухоли. Следует четко определять операционные поля: при меланоме глубиной 2мм — иссечение поля 2см.
- Биопсия сторожевого лимфоузла необходима для установления стадии болезни, и определяет безрецидивную выживаемость, не влияя на общую выживаемость. Показания для полной или терапевтической лимфодиссекции после биопсии сторожевого лимфоузла (III стадия болезни) не отличаются от таковых у небеременных пациенток.

Симптомы меланомы:

- Уплотнение, изменение размеров и формы невуса.
- Изменение окраски невуса.
- Местное расширение сосудов вокруг основания невуса.
- Образование возле невуса узлов - спутников.
- Регулярные кровотечения.

Инструментальная диагностика:

- Дерматоскопия
- Биопсия
- Ультразвуковая диагностика.
- Магнитно – резонансная томография. Этот метод исследования предполагает противопоказания в первом триместре беременности, связанные с перегревом плода.

Во время беременности не используется радиоизотопная диагностика – диагностический метод, основанный на применении радиоактивных изотопов и меченных ими соединений.

Лечение

	Первый триместр	Второй триместр	Третий триместр
Стадия I- II	Широкое иссечение+- биопсия сторожевого лимфоузла +/- полная лимфатическая диссекция	Широкое иссечение+- биопсия сторожевого лимфоузла +/- полная лимфатическая диссекция	Широкое иссечение+- биопсия сторожевого лимфоузла +/- полная лимфатическая диссекция
Стадия III	Терапевтическая лимфатическая диссекция	Терапевтическая лимфатическая диссекция	Терапевтическая лимфатическая диссекция
Стадия IV	Прерывание беременности по показаниям и специализированное лечение	Специализированное лечение и стимуляция родов при жизнеспособности плода	Стимуляция родов при жизнеспособности плода Специализированное лечение

Цитотоксическая химиотерапия и гормональная терапия

Достаточно безопасно назначать химиотерапию во втором и третьем триместрах беременности с некоторым возрастанием риска мертворожденного плода, отставания в развитии и преждевременных родов [III, B].

Лучевая терапия

Если возможно, то лучевую терапию переносят на послеродовой период. Необходимо проявлять осторожность, чтобы избежать воздействия на эмбрион ионизирующей радиации. Некоторые осложнения лучевой терапии, такие как умственная и /или физические задержки развития и органические мальформации, возникают только при превышении пороговой дозы 100-200 сGy. При средней дозе 50 сGy ситуация менее ясная и тератогенные эффекты строго зависят от гестационного возраста, при этом наибольший риск возникает между 8 и 15 неделями. Для доз превышающих 50 сGy вероятность повреждений, индуцированных лучевой терапией, сильно возрастает. Такие случаи характерны для опухолей локализуемых в тазовой области, когда ожидаются серьезные или летальные последствия для плода. Напротив, лучевая терапия зоны не тазовой области может быть применена, если имеются абсолютные показания и отсутствуют альтернативные терапевтические стратегии. Такая терапия должна основываться на внимательном индивидуальном подходе, и доза иррадиации для плода [4].

Лимфома и беременность

Онкогематологические заболевания (гемобластозы), по классификации ВОЗ— опухоли гемопоэтической и лимфоидной тканей, составляют большую группу миело- и лимфопролиферативных заболеваний. Гемобластозы довольно распространены среди женщин репродуктивного возраста, из них лимфома Ходжкина (ЛХ) (лимфогранулематоз, болезнь Ходжкина) — самое частое онкологическое заболевание пациенток в возрасте от 15 до 24 лет.

Диагностика

Важно отметить, что диагностика лимфом может быть запоздалой в связи со схожестью симптомов, характерных для беременности

(утомляемость, тошнота и рвота, потеря веса, боли в животе). Имеются некоторые отличительные особенности выявления лимфом у беременных женщин. Так же, как и вне беременности, должна производиться пункция и последующая биопсия лимфатического узла (узел должен быть взят целиком) с обязательным иммунофенотипированием. Эту операцию проводят под местной анестезией, которая безвредна для плода. Распределение гистологических вариантов лимфомы Ходжкина во время беременности аналогично распределению у небеременных женщин, преобладающий гистологический вариант – нодулярный склероз.

Неходжкинские лимфомы, то для популяции молодых пациенток характерны преимущественно агрессивные варианты, в основном крупноклеточные В клеточные или периферические Т клеточные лимфомы. Высокую частоту тяжёлых форм у беременных можно объяснить запоздалым установлением диагноза и гормональными особенностями во время беременности, вызывающими иммунодепрессию. Если во время беременности в 70% встречаются локальные (I и II стадии) лимфомы Ходжкина, то неходжкинская лимфома в 70–80% представлена наоборот распространёнными стадиями – III и IV.

Исследования инструментальные и лабораторные:

- общий анализ крови с формулой, тромбоцитами и СОЭ,
- биохимический анализ крови с исследованием уровня белка и щелочной фосфатазы,
- рентгенографию лёгких – обязательно в прямой и боковой проекциях с использованием специального свинцового фартука для защиты плода.

При лимфомах отсутствие изменений в грудной клетке на стандартных рентгенограммах, а также очень большие размеры лимфатических узлов средостения в обычных условиях требуют обязательного выполнения

- компьютерной томографии грудной клетки. У беременных женщин выполнение этого исследования затруднено, такое решение требует отдельного обсуждения в зависимости от сроков беременности, состояния больной, необходимости срочного начала лечения и его агрессивности.
- ультразвуковое исследование всех групп периферических, внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов, печени и селезёнки, щитовидной железы при больших лимфатических узлах шеи.

Следует обратить внимание на трудности диагностики гемобластозов во время беременности, которые заключаются в сложности ультразвуковой визуализации забрюшинных лимфоузлов при больших сроках беременности.

Лечение во время беременности.

Сложный вопрос в применении полихимиотерапии и лучевой терапии при гемобластозах во время беременности. Проблема лечения лимфом во время беременности имеет множество потенциальных «подводных камней»: необходимость отсрочки проведения курсов полихимиотерапии (I триместр), высокий риск эмбрионально-фетальных (тератогенность, задержка развития плода) или неонатальных (недоношенность, цитопения) осложнений.

Эффекты цитотоксических препаратов на плод могут быть двух видов: ближайшие, заключающиеся в прерывании беременности ввиду тератогенного воздействия на плод, и отдалённые. Отдалённые эффекты менее изучены в популяции, но известны по лабораторным исследованиям, важнейшими из них являются гонадные и эндокринные нарушения, патология роста и развития центральной нервной системы, иммуносупрессия и генетические нарушения. Тератогенный эффект зависит от многих факторов: в какой период беременности проведена терапия, какой класс химиопрепаратов, их доза, а также молекулярная масса химиопрепарата.

Препараты с молекулярной массой более 1000 Да практически не проникают через плаценту, в то время как низкомолекулярные препараты (600 Да и ниже) обычно диффундируют через неё. Большинство же химиопрепаратов имеют молекулярную массу 250–400 Да, легко проходят через плаценту и достигают плода [9].

Рак яичников и беременность

Рак яичников при беременности — одна из редко встречаемых патологий у женщин.

Следует отметить, что на фоне беременности чаще диагностируют кисты и доброкачественные опухоли (кистомы). Фолликулярные кисты и кисты желтого тела обычно связаны непосредственно с гестацией, имеют небольшие размеры (3–5 см в диаметре) и во многих случаях регрессируют самостоятельно в сроке до 14 недель беременности. Доброкачественные и злокачественные новообразования к этому периоду либо не изменяются в размерах, либо увеличиваются. Среди злокачественных опухолей в яичниках наиболее часто встречаются три гистотипа: герминогенные, эпителиальные и опухоли стромы полового тяжа, которые при визуальном осмотре мало отличаются друг от друга.

Среди эпителиальных раковых новообразований яичников наиболее часто встречается серозная цистаденокарцинома. На 1-м месте герминогенных опухолей стоит дисгерминома, реже диагностируют опухоль желточного мешка (опухоль эндодермального синуса), хориокарциному, незрелую тератому, эмбриональный рак, из которых наиболее злокачественными являются смешанные герминогенные образования, представленные сочетанием перечисленных выше опухолей, к которым относится полиэмбриома.

Из новообразований стромы полового тяжа наиболее часто сочетаются с беременностью гранулезоклеточные опухоли и андробластомы (опухоли из

клеток Сертоли–Лейдига). Герминогенные опухоли встречаются у более молодых беременных женщин.

Симптомы рака яичников

Боль в животе, в спине, запоры, вздутие живота и дизурические явления. Поскольку эти симптомы могут развиваться на фоне нормально протекающей беременности, они не являются диагностически значимыми. Острая боль в животе может быть связана с частичным или полным перекрутом придатков [3].

Инструментальные методы диагностики

Одним из методов диагностики ЗОЯ при беременности служит эхоскопия органов таза и брюшной полости, наиболее информативная в I триместре. Во II и III триместре визуализировать ЗОЯ сложно, так как беременная матка может закрыть опухолевоизмененный яичник. При постановке на учет по беременности до 12 недель, что предусмотрено стандартами акушеровгинекологов, необходимо сразу выполнить УЗИ матки и яичников не только с целью оценки сроков беременности и состояния плода, но и для исключения опухолей яичников, которые могли существовать в организме женщины и до гестации. При начальных сроках беременности (I триместр) во многих случаях можно пальпаторно определить образование в яичнике. Для предварительного решения вопроса о характере опухолевого процесса в яичнике выполняется цветное доплеровское картирование, благодаря которому виден кровоток в опухоли, что чаще свидетельствует в пользу злокачественного процесса. Наличие на внутренней поверхности яичников разрастаний в виде «цветной капусты», солидных участков или большого числа перегородок, что делает опухоль похожей на «пчелиные соты», тоже более характерно для злокачественных, чем для доброкачественных процессов.

При неясных данных при эхоскопии, полученных во II и III триместрах беременности, можно выполнить МРТ. Различные пункции таза и брюшной полости при сочетании ЗОЯ и беременности противопоказаны. Оказать некоторую помощь в диагностике опухолевого образования могут онкомаркеры, однако следует помнить, что на их уровень в сыворотке крови влияет наличие беременности. СА125 увеличен в I триместре нормально протекающей беременности до 1250 МЕ/мл и его содержания снижается во II и III триместрах до нормы. Установлено, что рост СА125 только после 12 недель беременности может свидетельствовать в пользу злокачественного процесса в яичниках. Характерный для хориокарциномы b-хорионический гонадотропин повышен в течение всей беременности. Содержание АФП (α -фетопроtein), который является онкомаркером, специфичным для опухоли желточного мешка, в случае сочетания новообразования с беременностью весьма вариабельно.

Следовательно, для диагностики злокачественных опухолей яичников, в большинстве случаев протекающих бессимптомно, могут быть информативны следующие методы: осмотр в зеркалах, вагинальный и ректовагинальный осмотры, эхоскопия с цветным доплеровским картированием органов таза и брюшной полости, МРТ (II–III триместры) и онкомаркеры: лактатдегидрогеназа, СА125 (со II триместра), b-хорионический гонадотропин и АФП. Основным методом диагностики и лечения ЗОЯ в настоящее время считается хирургический со срочным гистологическим исследованием удаленного новообразования.

Лечение

Терапия пациенток, имеющих ЗОЯ на фоне беременности, представляет большие сложности, поскольку до настоящего времени окончательно не выработана лечебная тактика. Однако поскольку поставить правильный диагноз без гистологической верификации для этих новообразований нереально, то в случае наличия опухоли необходимо в

обязательном порядке удалить это образование в сроке не ранее 16–18 недель беременности (до 14 недель киста самостоятельно может регрессировать), поскольку операция в более ранних сроках, чем 16 недель, способствует выкидышу. Таким образом, если образование до 14 недель беременности самостоятельно исчезает, то в дальнейшем лечение не проводится. В остальных случаях рекомендуется диагностическая лапаротомия с удалением опухоли и срочным гистологическим ее исследованием. При доброкачественном процессе следует ограничиться только удалением либо образования, либо яичника и опухоли.

При смешанной, сосочковой опухоли (одно- или двусторонней) проводится ежемесячное УЗИ-наблюдение до 18 недель. При росте образования по данным эхоскопии в течение 2–4 недель, независимо от срока беременности, проводится срочное оперативное вмешательство. В I триместре при наличии рака яичников выполняется гистерэктомия с плодом, во II и III назначают неоадьювантную химиотерапию, а после родов — циторедуктивную операцию

В большинстве случаев при ЗОЯ I стадии удастся выполнить органосохранную операцию: удалить яичник с опухолью, трубой и большим сальником. При III и IV стадиях рака, в случае наличия асцита и канцероматоза брюшины, которые встречаются довольно редко при беременности, показана циторедуктивная операция, с максимальным удалением опухолевых масс. Со стороны смежных органов из-за возможных осложнений разрешено выполнять при беременности только одну операцию: по поводу острой кишечной непроходимости. На 2-м этапе проводят курсы химиотерапии теми же цитостатиками (Карбоплатин и Паклитаксел), что и без беременности (при IA стадии они не показаны). В сроке 35 недель при ЗОЯ на I этапе выполняется родоразрешение кесаревым сечением с ревизией органов брюшной полости и таза. При наличии опухолевых масс после хирургического родоразрешения проводится циторедуктивная операция, а

затем — курсы полихимиотерапии. Кормление грудью женщине противопоказано из-за лечения цитостатиками [8].

Список литературы:

1. Коломиец Л.А. Рак шейки матки и беременность. Сибирский онкологический журнал. 2012. №2. С.21-32.
<https://cyberleninka.ru/article/n/rak-sheyki-matki-i-beremennost>
2. Опухоли репродуктивных органов в сочетании с беременностью : практ. рекомендации / Е. А. Ульрих [и др.]. СПб., 2014. 54 с.
https://www.niioncologii.ru/science/thesis/diagnostika-i-lechenie-cervikalnoj-intraepitelialnoj-neoplazii-u-beremennyh/autoref_verb.pdf
3. Леваков С.А., Боровкова Е.И., Громова Т.А. Рак яичников и беременность. Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. 2014. №3. С.83-90. <https://cyberleninka.ru/article/v/rak-yaichnikov-i-beremennost>
4. Литвинова Т. М., Корень, Т. А. , Шелкович, С. Е. , . Русакевич П. С , Косенко И. А. . Злокачественные опухоли органов репродуктивной системы и беременность. Учебно-методическое пособие.
5. Pentheroudakis. G, Orecchia R., Hoekstra H. J., Pavlidis N. Клинические рекомендации ESMO по диагностике, лечению и наблюдению онкологических заболеваний у беременных.
<https://rosoncweb.ru/library/treatment/esmo2010/pregnancy.pdf>
6. Пылова И.В. Репродуктивная функция у женщин больных лимфомой Ходжкина. Влияние беременности и родов на течение заболевания. 2014. №2. С. 34-38. <https://cyberleninka.ru/article/n/velenie-beremennosti-u-zhenschin-s-limfomami>
7. Реутин М.А, Кравцова А. А, Трашков А. П, Хайцев Н.В. Беременность и опухолевый рост: взаимосвязи в клинической и экспериментальной медицине. Медицина и здравоохранение. 2012. №2. С. 57-64.
<https://cyberleninka.ru/article/v/beremennost-i-opuholevyy-rost->

vzaimosvyazi-v-klinicheskoy-i-eksperimentalnoy-medicine

8. Чуруксаева О.Н. Беременность и рак яичников. Сибирский онкологический журнал. 2013. №2. С.23-30
<https://cyberleninka.ru/article/n/beremennost-i-rak-yaichnikov>
9. Шмаков Р.Г. Беременность и лимфомы: тактика ведения беременности, принципы диагностики и лечения. Акушерство и гинекология. 2011. С. 86-92. http://www.lifefor2.ru/upfiles/pdf/onco_5.pdf