

БЕРЕМЕННОСТЬ И РАК ЯИЧНИКОВ

О.Н. Чуруксаева

НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН

Рак яичников при беременности — одна из редко встречаемых патологий у женщин. Подобное сочетание, по данным литературы, встречается в 0,015-0,5% от общего числа беременностей, а у больных опухолями яичников — от 1,5 до 3-5,5% (Вишневская Е.Е., Бохман Я.В., 1994). Частота рака яичников при беременности колеблется от 1 случая на 9 000—25 000 беременностей (**1-1,3** случая на 12 000—15 000 родов) и до 1 случая на 17 000-47 **115** беременностей (Hornig-Ghys CD. et al, 1994). По мере увеличения числа беременностей риск развития рака яичников уменьшается.

Вопрос о взаимоотношении беременности и Опухолей яичников рассматривается в нескольких аспектах: возможность влияния состояния репродуктивной функции на возникновение опухолей яичников, особенности течения опухолевого процесса на фоне беременности и возможности сохранения репродуктивной функции после проведенного лечения по поводу опухолей яичников.

Эпителиальные опухоли гонад при беременности не отличаются от таковых, распространенных у больных с такой же патологией в популяции. Среди них различают доброкачественные, злокачественные и промежуточные. У беременных с пограничными опухолями применяют как функционально-щадящие, так и расширенные хирургические вмешательства. Опухоль на ранних этапах развития характеризуется минимальным инвазивным ростом и отличается активной защитной тканевой реакцией стромы. Удаление первичного очага на этом этапе может привести к полному излечению больных. Использование функционально-щадящего метода лечения при начальной форме рака обеспечивает надежное излечение с сохранением специфических функций женского организма.

Злокачественные эпителиальные опухоли в соответствии со степенью дифференцировки

подразделяются на высоко-, умеренно- и низко-дифференцированные. На прогноз заболевания у беременных, помимо стадии злокачественности, оказывают влияние распространенность опухолевого процесса и общее исходное состояние больной. Беременные во время патронажного наблюдения гораздо чаще осматриваются и обследуются, чем небеременные, что способствует выявлению рака на ранних стадиях, а это, в свою очередь, сказывается на результатах лечения и безрецидивной 5-летней выживаемости больных. Анализ литературы, касающейся оценки влияния беременности на особенность течения опухолевого процесса, показал, что нет достоверных данных о неблагоприятном влиянии беременности на опухолевый процесс. В то же время ряд авторов свидетельствуют о прогрессировании опухолевого поражения на фоне беременности. При адекватном лечении больных раком яичников ускорения роста опухолей не отмечается.

Своевременная диагностика опухолей яичников остается нерешенной проблемой. Особое значение имеет раннее взятие на учет беременных и их обследование, когда при небольших размерах матки можно пальпаторно выявить опухоль придатков. В I триместре высокой диагностической информативностью обладает УЗИ. Использование этого метода на ранних этапах развития беременности позволяет увеличить частоту выявления опухолей яичников, в то время как на больших сроках беременности матка с околоплодными водами может создать объективные трудности для обнаружения изменений в придатках. С помощью УЗИ важно убедиться в наличии или отсутствии папиллярных разрастаний на поверхности капсулы, обнаружить неоднородность структуры, инфильтрацию окружающих тканей. Информативность повышается с использованием трансвагинального датчика. КТ малого таза, являющаяся одним из достоверных

методов диагностики, может быть использована только в отдельных случаях у беременных из-за высокой лучевой нагрузки на плод.

Определение онкомаркера СА-125, согласно ряду исследований (Bower M. et al., 1996), не имеет практического значения, поскольку при беременности его содержание повышается так же, как и при раке яичников: в I триместре его уровень составляет $85,5 \pm 81,7$, во II - $27,1 \pm 44,2$, а в III - $17 \pm 13,2$. Для неэпителиальных опухолей яичников существенное значение имеют такие маркеры, как РЭА, АФП и ХГТ.

По вопросу лечения беременных с опухолями яичников в настоящее время существует единое мнение. Больные подлежат хирургическому вмешательству в ближайшие сроки после установления диагноза независимо от размеров опухоли. Основанием к этому является необходимость морфологического исследования, без которого нельзя точно определить злокачественный или доброкачественный характер новообразования. Это необходимо и потому, что сочетание беременности и подвижных кист чревато перекрутом ножки, некрозом, перфорацией. Опухоль, фиксированная спайками, может оказаться причиной неправильного положения плода, а при значительных по размеру новообразованиях существует риск прерывания беременности либо аномалий развития плода.

Оперировать беременных с опухолями яичников наиболее рационально в плановом порядке, определив посредством срочного цитологического и гистологического исследований характер последних. В условиях экстренной лапаротомии установить степень злокачественности опухоли гораздо труднее. Помимо гистологической структуры опухоли, оперативное вмешательство позволит уточнить степень распространения процесса при ревизии органов брюшной полости. Операция должна выполняться в специализированном учреждении, располагающем возможностями проведения экспресс-цитологического и гистологического исследований.

При доброкачественном процессе яичников у беременных возможным объемом является резекция яичника, или иссечение опухоли, или односторонняя аднексэктомия.

При пограничных опухолях выбор объема оперативного лечения является ответственным. Целесообразно применять функционально-

щающее лечение, обеспечивающее в то же время необходимый уровень радикализма. При морфологически доказанной интактности второго яичника, при отрицательных результатах мазков-отпечатков, взятых с поверхности брюшины малого таза, матки, труб, допустимо выполнение односторонней аднексэктомии и удаление большого сальника.

У беременных со злокачественной эпителиальной опухолью, локализованной в одном яичнике Ia стадии, допустимо выполнение односторонней аднексэктомии или удаление яичника с резекцией второго яичника и удалением большого сальника. Поскольку при опухолях эпителиальной природы даже в ранней стадии в 36,2-45,7% наблюдается поражение второго яичника, сохраненные вмешательства у этих больных должны быть строго обоснованы. При распространенном процессе — расширенные вмешательства, предусматривающие удаление матки, придатков с обеих сторон и оментэктомия. В I и II триместрах беременность игнорируется, в III — незамедлительное родоразрешение с помощью кесарева сечения.

Хирургический метод в щадящем объеме у беременных может применяться и при неэпителиальных опухолях, если размеры опухоли не превышают 8—10 см и нет признаков нарушения целостности капсулы опухоли. В случае нарушения целостности капсулы, наличия асцита, при многокомпонентных смешанных герминоклеточных образованиях, больших размерах дисгермином, саркоматозных тератомах, опухолях с низкой степенью дифференцировки показано хирургическое лечение в расширенном объеме с последующей химиотерапией в послеродовом периоде. При распознавании герминоклеточной опухоли в I триместре беременность лучше прервать, при диагностировании во II или III триместре после хирургического лечения допускают сохранение беременности до развития жизнеспособного плода.

Оценка эффективности проведенного лечения основывается на данных клинического обследования, результатах УЗИ, КТ, рентгенологического исследования органов грудной клетки, определении уровня онкомаркеров, повышение которых свидетельствует о прогрессировании процесса.

При выявлении опухоли яичника не все беременные соглашаются на оперативное лечение в

связи с боязнью прерывания беременности. По данным литературы, после операции в ранние сроки беременности последняя осложняется прерыванием в 30%. Учитывая, что необходимое количество гормонов выделяется желтым телом яичника до 5-й нед, с 5—8-й нед основной синтез гормонов осуществляет трофобласт, а к концу I триместра формируется фетоплацентарная система, клетки которой активно синтезируют ХГТ, снижающий иммунологическую активность материнского организма, наименее рискованно проводить хирургическое лечение на 15—16-й нед.

С внедрением в клиническую практику новых схем химиотерапии получена возможность даже при распространенном процессе при герминогенных опухолях достичь 80% излеченности больных. Однако информации о воздействии

цитостатиков на плод в достаточном количестве пока не имеется. Не исключается риск тератогенности плода при их применении. Целесообразно не допускать проведения химиотерапии в I триместре. Риск побочных эффектов типа миелосупрессии от химиотерапии, проводимой во II и III триместрах, у плода сохраняется в течение длительного времени. v_

Ведение беременности, родов и лечение больных с опухолями яичников должны согласовываться на консилиуме с участием акушера-гинеколога, онкогинеколога и неонатолога. В каждом случае тактика решается индивидуально с учетом возраста пациентки, срока беременности, распространенности процесса, а также при условии согласия беременной и ее мужа с данной тактикой.