

БЕРЕМЕННОСТЬ И РАК ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

А.Ю. Добродеев

НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН

Рак желудка. Каждый год в литературе появляются новые описания сочетания рака желудка и беременности. В 1962 г. Molinie обобщил 33 наблюдения, Verhagen в 1974 г. — 84 описания, Querleu в 1978 г. сообщил уже о 127 наблюдениях. По данным Zache, Respi (1980), имеются сообщения о раке желудка у 86 беременных. Средний возраст составляет 29 лет, с вариациями от 20 до 44 лет. Это связано с тем, что у больных раком желудка в репродуктивном возрасте фертильность не снижена.

Сходство ранних симптомов рака желудка и признаков токсикоза первой половины беременности приводит к тому, что диагноз устанавливается поздно и часто уже на стадии пальпируемых метастазов в эпигастральных лимфатических узлах. Метастазы в яичники, по данным Molinie (1962), встречались в отношении 1:3.

В клинической картине отмечаются отсутствие аппетита, боли, тошнота, рвота, чувство тяжести в эпигастрии. Боли похожи на таковые при язвенной болезни. Однако почти все симптомы нечеткие, клиника смазана, а диагностика становится возможной в тяжелых, далеко зашедших случаях. Кроме того, рак может проявляться кровавой рвотой, меленой, анемией. Диагноз устанавливается на основании ФГС с прицельной биопсией. Почти в 90% случаев диагноз рака желудка ставится во II и III триместрах беременности (Verhagen, 1974). Поздняя диагностика, возможность материнской смерти до конца беременности и высокая частота прерывания беременности ухудшают прогноз для матери и плода. По данным Molinie (1962), только 38% детей рождаются живыми. Наблюдали метастазы рака желудка в плаценте и у новорожденного. Прогноз для матери плохой: 5-летняя выживаемость при сочетании рака желудка и беременности составляет всего 2,9%. Таким образом, можно говорить о неблагоприятном влиянии беременности на клиническое течение рака желудка.

Лечение только оперативное. Акушерская тактика зависит как от степени распространения процесса, так и от срока беременности. Если опухоль операбельна, в I триместре показаны хирургическое лечение рака желудка и прерывание беременности. Во II триместре возможна одномоментная резекция желудка и кесарево сечение. В III триместре тактика определяется в зависимости от индивидуальных особенностей: при жизнеспособном плоде резекция желудка сочетается с кесаревым сечением или беременность сохраняется. Если опухоль не операбельна, возможно только паллиативное вмешательство. Метастазы в яичники не являются противопоказанием для вмешательства на желудке. Нельзя согласиться с рекомендациями длительной выжидательной тактики при операбельном раке желудка, так как трудно учесть темпы роста и распространения опухоли. При далеко зашедшем раке желудка, когда прогноз для матери безнадежен, на первое место ставятся интересы будущего ребенка.

Zache, Respi (1980) обращают внимание на тот факт, что беременность была «психологическим препятствием для правильной диагностики рака желудка», и рекомендуют женщинам, страдающим язвенной болезнью желудка, «закончить» медикаментозное или хирургическое лечение до зачатия, иначе необходим постоянный эндоскопический контроль с прицельной биопсией на протяжении всей беременности.

Рак толстой кишки (РТК) — одна из частых форм злокачественных опухолей человека, она возникает преимущественно в пожилом возрасте. Средний возраст пациенток ко времени распознавания заболевания составляет 60 лет. Из числа заболевших 2,5—3,6% (Armentand, 1988) находятся в возрасте 40 лет. Среди больных РТК количество женщин в 1,5 раза превышает число мужчин. Следует отметить, что 5,1% больных были моложе 30 лет. Молодой возраст больных, находящихся в репродуктивном периоде, пред-

определяет возможность возникновения РТК на фоне беременности или развития беременности при существующем раке этой локализации. Средний возраст больных РТК, сочетающийся с беременностью, составляет 32 года. Возникновению рака этой локализации предшествует диффузный полипоз, типичный для пациенток молодого возраста. Колоректальный рак при беременности встречается редко и составляет 1 случай на 50 000 беременных (Wagren, 1995).

Своевременно поставленный диагноз РТК (выявление I стадии в I триместре беременности) позволяет у 70% больных достичь показателя 5-летней выживаемости. Однако приходится констатировать, что значительно чаще ректальная карцинома диагностируется в далеко зашедшей стадии. С одной стороны, это связано с редкостью заболевания, а с другой — с недостаточным информированием акушеров-гинекологов о такой патологии.

Неблагоприятное влияние беременности на клиническое течение РТК подтверждает мнение клиницистов, считающих, что длительная выжидательная тактика у операбельных беременных при этой локализации опухоли недопустима, особенно в случаях, диагностируемых в I и II триместрах. В целом прогноз при колоректальном раке у беременных неблагоприятный, что бывает связано с несвоевременностью диагностики, обусловленной схожестью некоторых клинических симптомов РТК и токсикоза беременных.

Диагноз чаще ставится в III триместре беременности и в раннем послеродовом периоде (54,5%), реже во II триместре (28,5%) и только в 17% в начале беременности (Querleu, 1978). Диагноз РТК ставят на основании результатов клинического, рентгенологического и эндоскопического методов исследования. Опухоль правой половины правой кишки можно прощупать в сравнительно ранней стадии. Опухоль же левой половины продолжительное время не доступна пальпаторному определению. Новообразование же прямой кишки в 80% случаев можно выявить методом пальцевого ректального исследования.

Несмотря на наличие довольно широкого арсенала доступных и высокоинформативных средств для распознавания РТК, диагноз у значительного числа беременных устанавливается в далеко зашедшей стадии заболевания. По материалам В.И. Чиссова и Т.А. Панкова (1993), у 40%

больных диагноз злокачественной опухоли толстой кишки ставят только спустя несколько месяцев после их первого обращения к врачу. У 58,5% больных раком ободочной кишки к моменту госпитализации истинный диагноз вообще не устанавливается, в связи с чем почти каждая вторая пациентка, обратившаяся с жалобами к врачу, на протяжении многих месяцев не получает специализированной медицинской помощи.

По данным Verhagen (1974), имеется зависимость между триместром беременности, в котором был поставлен диагноз РТК, и материнской смертностью. Так, при постановке диагноза во II триместре материнская смертность в 2 раза выше, чем в I, а в III — в 4 раза выше, чем в I.

Вопросы, касающиеся тактики ведения беременности и выбора метода лечения злокачественной опухоли, сочетающейся с беременностью, трудно разрешимы. Стандартных схем родоразрешения и специальной терапии при столь сложной клинической ситуации, какой является сочетание РТК и беременности, не существует. Точка зрения о том, что сразу после выявления опухоли следует приступать к лечению больной, игнорируя беременность, у больных РТК не всегда оправдана (Бохман Я.В., 1989). Она может быть правомерна у пациенток с экстрагенитальными опухолями, течение которых не ухудшается беременностью, и при использовании методов лечения, не связанных с большим риском повреждения плода. Применительно же к беременным, страдающим РТК, такая тактика мало приемлема в связи с затруднением резекции или низведением кишки ввиду наличия больших размеров беременной матки и опасности повреждения плода при длительном хирургическом вмешательстве.

Психологическая реакция беременной на диагноз рака любой локализации почти всегда пессимистична, но наиболее тяжело больная переносит рекомендации об операции с выведением противоестественного заднего прохода при раке ректосигмоидного отдела толстой кишки. В таких случаях, невзирая на срок беременности, многие больные не соглашаются с диагнозом, категорически отказываются от предложенного лечения по поводу рака до тех пор, пока плод не станет жизнеспособным. Тяжелая психологическая атмосфера требует от врача выработки четкой тактики ведения беременности и составления плана родоразрешения с последующей разработкой

схемы лечения. Особенно это касается тех клинических ситуаций, когда у беременной нет ощущения болезни, в связи с чем она стремится психологически «отгородиться» от несчастья. В таком случае врач не всегда может убедить пациентку в необходимости незамедлительного лечения, поскольку на первое место она ставит интересы плода.

Лечение больных РТК должно определяться сроком беременности ко времени распознавания заболевания, стадией распространенности опухолевого процесса, прогнозом для матери и плода. На выбор метода лечения и время его проведения оказывают влияние моральные соображения и установка самой больной в отношении беременности. Принимая во внимание угрозу риска раннего метастазирования, необходимо убедить женщину в целесообразности начать лечение с момента диагностирования рака, а беременность в I и II триместрах (до 20 нед) лучше прервать. Если женщина в этот срок не заинтересована в сохранении беременности, а опухоль операбельна, то осуществляется резекция толстой кишки с наложением анастомоза. После 20-й нед беременности наиболее приемлем принцип незамедлительного хирургического лечения РТК с одновременным родоразрешением при помощи кесарева сечения. Оно показано при наличии «вколоченной» опухоли, суживающей родовой канал, и при расположении опухоли на передней стенке прямой кишки. В случае вовлечения в процесс матки вместе с резекцией или низведением кишки проводится тотальная абдоминальная гистерэктомия.

Несмотря на то, что у 24% больных РТК существует опасность возникновения метастазов в яичниках, у операбельных больных во время

вмешательства по удалению опухоли и при решении вопроса о сохранении беременности не рекомендуется выполнение сальпингоофорэктомии с профилактической целью. Удаление яичников чревато риском спонтанного аборта и в особенности в течение первых 3 мес беременности. Тем не менее клиновидная биопсия обоих яичников обязательна.

Больным с признаком кишечной непроходимости в результате обструктивного поражения кишки показана колостомия, которая при позднем сроке беременности осуществляется после кесарева сечения.

Точная оценка исхода РТК в сочетании с беременностью затруднена тем, что большинство клиницистов имеют малое число наблюдений, причем лечение проводят самыми разнообразными способами. Даже до начала лечения у больных РТК установлена высокая частота выкидышей и преждевременных родов. При злокачественных опухолях ряда локализаций детская смертность в первый год жизни составляет 25% (Бохман ЯЗ., 1981). Однако при нераспространенных формах рака увеличения детской смертности не прослеживается. Прогноз для плода при РТК в значительной степени зависит от срока беременности ко времени распознавания заболевания и родоразрешения и, конечно же, от качества ухода за ребенком после рождения. Выживаемость новорожденных при родоразрешении в срок 28 нед беременности достигает 87%.

Наличие у беременных низкодифференцированного РТК в связи с крайне неблагоприятным прогнозом является показанием для прерывания беременности в любом сроке и проведения незамедлительного лечения.