

ВСТУПЛЕНИЕ

В.М.Моисеенко

Мы выбрали в качестве темы настоящей школы «Рак и беременность» в силу того, что она является одной из наиболее сложных и противоречивых проблем в онкологии. Это касается как клинического проявления злокачественной опухоли на фоне беременности, так и беременности у больной, ранее перенесшей лечение по поводу опухоли. В обоих случаях теснейшим образом переплетаются медицинские, социальные и этические проблемы.

Рак является второй причиной смерти женщин в возрасте 20-39 лет, при этом развитие злокачественной опухоли осложняет 1 из 1000 беременностей. Наиболее часто беременность сочетается с раком молочной железы, шейки матки, щитовидной железы, лимфомой, меланомой и лейкозом. При этом 15% беременностей завершаются спонтанным абортom.

Беременность теоретически может оказывать неблагоприятное влияние на течение злокачественной опухоли в силу глубоких гормональных изменений, прежде всего гиперэстрогении, высокого уровня ангиогенных факторов и активного ангиогенеза, а также элементов иммуносупрессии, которые неизбежно наблюдаются при этом физиологическом состоянии. Наряду с этим беременность сопровождается рядом изменений, которые следует учитывать при проведении терапии: увеличение на 50% объема плазмы с особенностями распределения и пиковой концентрацией препаратов, повышенным почечным клиренсом лекарств, увеличением печеночной гемодинамики и оксигенации с нарастанием биодоступности. Кроме того, имеет место снижение среднего артериального давления, повышение потребности в кислороде, а также ряд гемодинамических нарушений, обусловленных давлением увеличенной матки на нижнюю полую вену и аорту.

С другой стороны, злокачественная опухоль, обследование и лечение (как проведенное ранее, так и во время беременности) могут оказывать неблагоприятное влияние на развитие плода (трансплацентарное метастазирование, метастатическое поражение плаценты, тератогенное действие противоопухолевых препаратов, глубокие, нередко необратимые, висцеральные изменения вследствие ранее проведенного лечения, которые мешают полноценному течению беременности). При введении одного цитостатика в первый триместр беременности риск развития уродств составляет 17%, в случае использования нескольких препаратов риск увеличивается до 23%. Во второй и третий триместр риск подобных осложнений уменьшается, однако не равен нулю. Не меньшую опасность представляет использование одного из стандартных методов лечения рака – лучевой терапии, которую рекомендуется откладывать до завершения беременности.

Представляет также большую проблему обследование и стадирование процесса, так как недопустимо использование компьютерной томографии, которая сопровождается высокой лучевой нагрузкой. Предпочтение должно быть отдано ультразвуковому методу и МРТ (там, где это возможно). Между тем определение прогноза беременности и правильный выбор лечебной тактики во многом зависят именно от корректного стадирования.

Ни отечественные, ни зарубежные литературные источники на эту эмоциональную, иногда трагическую, тему не дают однозначных рекомендаций, более того, часто они бывают противоречащими друг другу. Причина в отсутствии убедительных научных данных в связи с очевидной неэтичностью проведения клинических исследований. Большинство публикаций по этой теме представлены в виде обзоров литературы или описаний отдельных случаев.

Как же быть клиницисту, к которому обращается беременная женщина со злокачественной опухолью? Что отвечать молодой женщине, которая ранее получила радикальное лечение по поводу рака и не имеет признаков прогрессирования, и хочет иметь ребенка? Каким может быть при этом риск рецидива заболевания, уродств развития у плода? Когда можно рекомендовать беременность?

Этой школой мы попытаемся помочь клиницистам в этих неоднозначных ситуациях, но в любом случае призываем к взвешенному, осторожному принятию коллегиального решения с обязательным привлечением хирурга-онколога, радиолога, химиотерапевта, а в ряде случаев морфолога, педиатра и акушера. Рекомендации должны быть обязательно детально обсуждены с пациенткой и членами семьи.

Российский
онкологический
научный центр
им. Н.Н.Блохина,
РАМН, Москва

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

А.А. Пароконная

*Рак молочной железы
во время беременности =
поздняя обращаемость +
трудности диагностики +
ограничения в выборе
методов лечения +
врачебные ошибки*

Введение

Проблема рака молочной железы и беременности существует не одно столетие. Еще в 1880 году Гросс высказывался о том, что рак молочной железы, развивающийся на фоне беременности и лактации, обладает быстрым ростом и более выраженным злокачественным течением.

На протяжении более полувека это положение казалось единственно верным, вплоть до того, что Naagensen и Stout при определении критериев операбельности у больных раком молочной железы выделили в группу «неоперабельных» беременных и лактирующих женщин, считая любые попытки их лечения заведомо обреченными на неудачу. Однако последующие наблюдения (1948) приводят этих же исследователей к выводу о том, что сам по себе факт сочетания рака и беременности не может служить противопоказанием к лечению. Начиная с 50-х годов, в литературе появляются более оптимистичные прогнозы относительно течения и отдаленных исходов заболевания у этой группы больных. Тем не менее, большинство подобных сообщений и до сих пор сводятся к описанию либо отдельных клинических случаев, либо ограниченных по численности серий наблюдений. В настоящее время принят международный термин PABC: Pregnancy associated breast cancer («Рак молочной железы, ассоциированный (связанный) с беременностью»), который можно встретить в различных литературных источниках. Он подразделяет три клинические ситуации, когда: 1) рак диагностируется на фоне существующей беременности, 2) рак диагностируется на фоне лактации и 3) рак диагностируется в течение 1-го года после завершения беременности.

Эпидемиология

Рак молочной железы (РМЖ) занимает 2-е место по частоте после рака шейки матки среди всех злокачественных новообразований, диагностированных во время беременности. На 3000 беременностей приходится 1 случай РМЖ. Около 3% всех случаев рака диагностируются во время беременности. В 25% случаев заболевание встречается в возрасте до 45 лет, в активный репродуктивный период. Заболевают преимущественно женщины в возрасте от 32 до 38 лет. В возрасте до 35 лет на фоне беременности РМЖ заболевают 14% женщин, в возрасте до 40 лет - 11%, а в возрасте от 40 до 45 лет - от 7,3 до 10%. Средний возраст беременных пациенток составляет, таким образом, 33 года.

Анамнез

В 82% случаев пациентки самостоятельно выявляют опухоль в I триместре. Наиболее характерной жалобой у 95% больных является определение болезненных неоформленных масс в ткани молочной железы, часто сопровождающихся дискомфортом в области соска (болезненность, покалывание, отечность), изменение состояния всей молочной железы в виде асимметричного набухания и уплотнения, одностороннее увеличение лимфатических узлов. К моменту установления диагноза заболевание нередко находится в неоперабельной стадии. Поздняя диагностика РМЖ в период беременности приводит к отсрочке в лечении пациенток в среднем на 2-3,5 месяца. К моменту установления диагноза средние размеры опухоли колеблются от 5-6 см до 15 см, процент распространенных форм - от 72 до 85%, в 20 % случаев выявляются метастазы во внутренние органы.