

Злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта и беременность

А.А.Герасимова¹, Е.Б.Болдина¹, И.Б.Манухин², П.А.Клименко³

¹Центр планирования семьи и репродукции, Москва, Российская Федерация;

²Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Москва, Российская Федерация;

³Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва, Российская Федерация

Представлены клинические наблюдения рака желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у беременных. Акцентировано, что синдром малых признаков, характерный для начальных проявлений опухолей ЖКТ, остается недооцененным на фоне беременности. Нередко распространенные стадии заболевания (III–IV) выявляются случайно после манифестации симптомов (кишечное кровотечение, пальпируемые через брюшную стенку образования) или за счет обнаружения метастатических опухолей яичников, которые проявляются как самостоятельное заболевание. Отдаленные результаты лечения больных с вторичным поражением яичников остаются неутешительными.

Заключение. Прегравидарная подготовка должна находиться на первом плане и включать полное обследование пациенток, особенно предъявляющих нестандартные жалобы, в учреждениях 3-го уровня, имеющих соответствующие лаборатории и применяющих современные методы инструментальных исследований.

Ключевые слова: беременность, злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта, ультразвуковое исследование

Для цитирования: Герасимова А.А., Болдина Е.Б., Манухин И.Б., Клименко П.А. Злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта и беременность. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2021; 20(1): 152–161. DOI: 10.20953/1726-1678-2021-1-152-161

Gastrointestinal stromal tumor and pregnancy

A.A.Gerasimova¹, E.B.Boldina¹, I.B.Manukhin², P.A.Klimenko³

¹Family Planning and Reproduction Center, Moscow, Russian Federation;

²A.I.Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russian Federation;

³N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Clinical observations of gastrointestinal (GIT) cancer in pregnant women are presented. It is emphasized that early warning signs, typical of the initial manifestations of gastrointestinal stromal tumors, remains underestimated against the background of pregnancy. Frequently, common stages of the disease (III–IV) are detected accidentally after the manifestation of symptoms (gastrointestinal bleeding, formations palpated through the abdominal wall) or due to the detection of metastatic ovarian tumors, which manifest themselves as an independent disease. Long-term results of treatment of patients with secondary ovarian malignancies remain unfavorable.

Conclusion. Pregravid training should be at the forefront and include a complete examination of patients, especially those with untypical complaints, in level 3 institutions with appropriate laboratories and modern methods of instrumental research.

Key words: pregnancy, gastrointestinal malignancies, ultrasound

For citation: Gerasimova A.A., Boldina E.B., Manukhin I.B., Klimenko P.A. Gastrointestinal stromal tumor and pregnancy. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2021; 20(1): 152–161. DOI: 10.20953/1726-1678-2021-1-152-161

Злокачественные заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у беременных встречаются редко, в публикациях [1, 2] указывается частота 0,1% среди всех онкологических больных. Эти опухоли регистрируются как на разных сроках гестации, так и на фазах развития заболевания [3–5].

В медицинской литературе имеется недостаточно сведений по диагностике, лечению и прогнозу злокачественных опухолей ЖКТ на фоне беременности. Частота встречаемости этих опухолей составляет более 10% из числа недиагностированных первичных случаев рака [2, 6, 7]. Опухоли ЖКТ

Для корреспонденции:

Герасимова Анастасия Альферовна, доктор медицинских наук, врач акушер-гинеколог Центра планирования семьи и репродукции

Адрес: 117209, Москва, Севастопольский пр-т, 24А

Телефон: (495) 332-2169

E-mail: aa.gerasimova@yandex.ru

Статья поступила 25.03.2020 г., принята к печати 26.02.2021 г.

For correspondence:

Anastasia A. Gerasimova, MD, PhD, DSc, Obstetrician-Gynecologist at the Family Planning and Reproduction Center

Address: 24A Sevastopolsky ave., Moscow, 117209, Russian Federation

Phone: (495) 332-2169

E-mail: aa.gerasimova@yandex.ru

The article was received 25.03.2020, accepted for publication 26.02.2021

наиболее часто метастазируют в яичники, при этом частота опухоли Крукенберга – метастатической перстневидно-клеточной аденокарциномы яичника – составляет 1–2% от всех опухолей яичников, а частота метастазов при опухолях толстой кишки варьирует от 1,7 до 12% [8–10]. До 50% наблюдений метастатического поражения яичников выявляются синхронно с первичной опухолью, что является достоверно неблагоприятным фактором прогноза для отдаленных показателей выживаемости при раке желудка [11, 12]. В начальных стадиях симптомы заболевания не являются патогномичными, а их сходство с жалобами, предъявляемыми женщиной при беременности, приводит к запоздалому выявлению злокачественного процесса [13]. За последние 4 года из более 60 000 проведенных родов мы наблюдали лишь 5 таких беременных, выписки из их медицинских карт представлены ниже.

Пациентка, 34 лет, при сроке беременности 27–28 нед. обратилась в приемное отделение в 1-м периоде родов с неустановленным онкологическим заболеванием, отсутствием соответствующих записей в обменной амбулаторной карте беременных с диагнозом: «Преждевременные роды, тазовое предлежание плода». Наследственность: у матери и отца был выявлен рак мозга, от которого они умерли. До беременности выявлены: опущение правой почки, гастрит, хронический панкреатит. Первая беременность наступила после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), закончилась самопроизвольным выкидышем в 4 нед. Настоящая беременность наступила после третьей попытки ЭКО. Первая половина беременности осложнилась угрозой ее прерывания, в 20 нед. гестации диагностирована истмико-цервикальная недостаточность, наложены швы на шейку матки. Впервые за 2 мес. до родов при УЗИ в области правых придатков матки обнаружен субсерозный узел миомы на широком основании размерами 73 × 61 × 88 мм; при этом правый яичник четко не визуализировался, а размеры левого яичника составляли 73 × 35 мм. В 23–24 нед. беременности выявлена умеренная преэклампсия, проводилось стационарное лечение. Учитывая срок гестации, тазовое предлежание плода, первичное бесплодие, состояние после ЭКО и переноса эмбриона (ПЭ; 4 попытка), 1-е роды в 34 года, была выполнена лапаротомия, корпоральное кесарево сечение в экстренном порядке. Извлечен живой недоношенный мальчик с оценкой по Апгар – 5 баллов, через 5 мин – 6 баллов. Масса тела новорожденного – 1550 г, рост – 40 см. При ревизии выявлены двусторонние опухоли яичников до 10 см в диаметре, опухолевая диссеминация по тазовой брюшине, множественные метастазы в большом сальнике. Оперативное вмешательство закончилось множественной биопсией брюшины, яичников, передней стенки матки, большого сальника, дренированием брюшной полости. Морфологическое исследование: морфологическая картина инвазивной перстневидно-клеточной аденокарциномы желудка. В микропрепаратах, маркированных: яичники, миометрий, сальник, морфологическая картина метастазов перстневидно-клеточной карциномы. Фрагменты плаценты с признаками хронической фетоплацентарной недостаточности, гипоплазии терминальных ворсин, отека створочных и промежуточных ворсин, мелкие свежие и организующиеся инфаркты

плаценты, очаговые и мелкоочаговые кровоизлияния в межворсинчатое пространство. Иммуногистохимическое заключение: иммунофенотип перстневидно-клеточной карциномы (желудка) с Her2/неу-негативным статусом (G4). Эзофагодуоденоскопия с биопсией: эндоскопическая картина инфильтративной формы рака желудка с поражением нижней трети тела желудка и антрального отдела (Borrmann IV тип). Эрозивно-язвенное поражение луковицы двенадцатиперстной кишки. Диагноз: рак тела желудка pT3NxM1 (канцероматоз, метастазы перстневидно-клеточной карциномы в яичники – метастазы Крукенберга). На 3-и сутки после операции пациентка была переведена в хирургический стационар с динамической кишечной непроходимостью, асцитом и левосторонним гидротораксом. На 15-е сутки была выписана в удовлетворительном состоянии из хирургического стационара с рекомендацией о проведении паллиативного курса химиотерапии. В дальнейшем проведено 3 курса химиотерапии по схеме XELOX и 6 курсов по схеме FLOT. Прогноз: неблагоприятный. Больная погибла от прогрессирования заболевания через 11 мес. Ребенок жив, инвалид (детский церебральный паралич).

Пациентка, 30 лет. Наследственность не отягощена. Беременность третья, роды предстоящие первые. Жалоб не предъявляет. Неожиданно в 22–23 нед. гестации при проведении планового УЗИ обнаружено затруднение при введении влагалищного датчика, когда и было обнаружено образование, заполняющее задний свод влагалища, источник не определен (рис. 1).

Магнитно-резонансная томография (МРТ): МР-картина новообразования сигмовидной кишки без признаков распространения за пределы кишечной стенки. Кистозно-солидное новообразование правого яичника с признаками малигнизации. Сывороточные онкомаркеры: СА125 – 64,8 ЕД/мл, СА15-3 – 16,6 ЕД/мл, НЕ4 – 53,2 пмоль/л, РЭА – 56 нг/мл. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС): без патологии; колоноскопия: на высоте 25–30 см отмечено сужение просвета кишки за счет опухолевого образования до 5 см протяжен-



Рис. 1. Метастатическая опухоль колоректального рака в правом яичнике (УЗИ).

Fig. 1. Metastatic colorectal cancer in the right ovary (ultrasound).

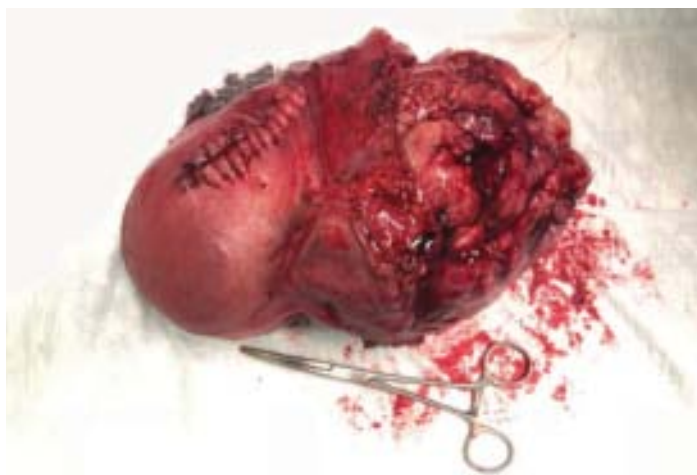


Рис. 2. Макропрепарат (матка и опухоль правого яичника).
Fig. 2. Macrodrug (uterus and right ovarian cancer).



Рис. 3. Макропрепарат (сигмовидная кишка, опухоль).
Fig. 3. Macrodrug (sigmoid colon, tumor).

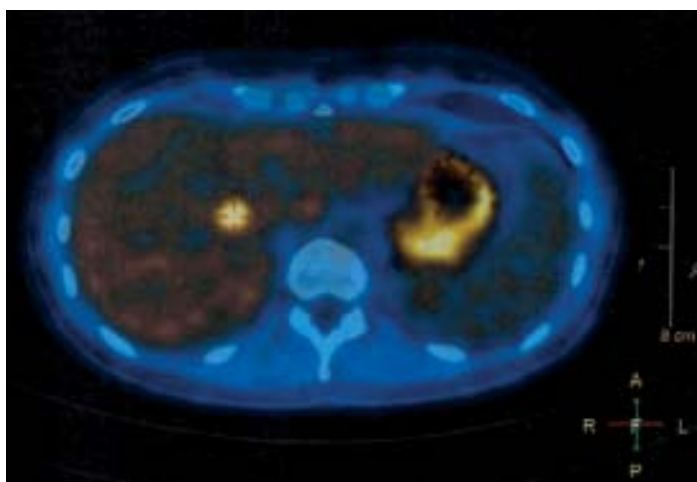


Рис. 4. ПЭТ-КТ метастатический очаг в печени.
Fig. 4. PET-CT metastatic foci in the liver.

ностью, имеется кровоточивость, проведена биопсия. При гистологическом исследовании обнаружена высокодифференцированная аденокарцинома с ростом в прямокишечно-маточный карман. При иммуногистохимическом исследовании определено, что иммунофенотип опухоли соответствует иммунофенотипу аденокарциномы ЖКТ (нижние отделы) с нейроэндокринными признаками и высокой пролиферативной активностью.

Проведена химиотерапия: 3 курса по схеме FOLFOX, которая отменена за 3 нед. до даты родоразрешения. В 33–34 нед. беременности выполнена операция: Срединная лапаротомия. Корпоральное кесарево сечение. Экстирпация матки с придатками. Передняя резекция прямой и сигмовидной кишок. Оментэктомия. Подвздошно-обтураторная лимфаденэктомия. В ходе кесарева сечения извлечен живой недоношенный мальчик массой 2160 г, ростом 45 см, оценен по шкале Апгар 7/8 баллов, Сильверман – 4 балла. В брюшной полости, позади матки обнаружено объемное образование размером до 20 см, исходящее из правого яичника. Образование тесно спаяно с маткой и передней поверхностью прямой кишки. В сигмовидной кишке в средней трети определяется опухолевое образование размером около 2 см, определяются увеличенные лимфоузлы по ходу подвздошных сосудов, парааортальные лимфоузлы. Диагноз: во время операции: 1-е преждевременные оперативные роды на 34-й неделе гестации в 30 лет. Рак сигмовидной кишки IV стадии с метастазом в правый яичник, с прорастанием в стенку матки (рис. 2, 3). Патогистологическое заключение: аденокарцинома сигмовидной кишки с инвазией жировой ткани ее брыжейки без прорастания серозы; опухолевые эмболы в лимфатических сосудах стенки сигмовидной кишки в зоне опухолевого роста. В 46 лимфатических узлах (брыжейки сигмовидной кишки и мезоректальной клетчатки, подвздошных, обтураторных с двух сторон) метастазов опухоли не выявлено. Отдаленный метастаз колоректальной аденокарциномы в правом яичнике с инвазией стенки матки. Неполный слабовыраженный морфологический регресс опухоли в кишке вследствие химиотерапии урТ3 урN0 урM1а. В краях препарата кишки и брыжейки опухолевого роста не выявлено. Пациентка выписана на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога и для проведения полихимиотерапии (ПХТ) по месту жительства. Выполнено 9 курсов ПХТ (XELOX). При проведении позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ) данных за отдаленное метастазирование не выявлено. Спустя 6 мес. отмечено прогрессирование заболевания (появление очагов в легких), выполнена ПЭТ: единичный метастатический очаг в печени с гиперметаболизмом, множественные мелкие очаги в легких с гиперметаболизмом метастатического генеза (рис. 4). Проведено 2 курса ПХТ, безрецидивный период составил 3 мес. В настоящее время пациентка жива, ребенок развивается нормально.

Пациентка, 40 лет. Наследственность: у бабушки – рак толстой кишки, у дедушки – рак легкого. Беременность 4-я, роды предстоящие 2-е. Бесплодие 2 (мужской фактор). ЭКО, ПЭ (2-я попытка). С 20 нед. гестации отмечает ощущение образования в левых отделах живота, УЗИ брюшной полости не выполнялось. С 30 нед. беременности отмечает из-

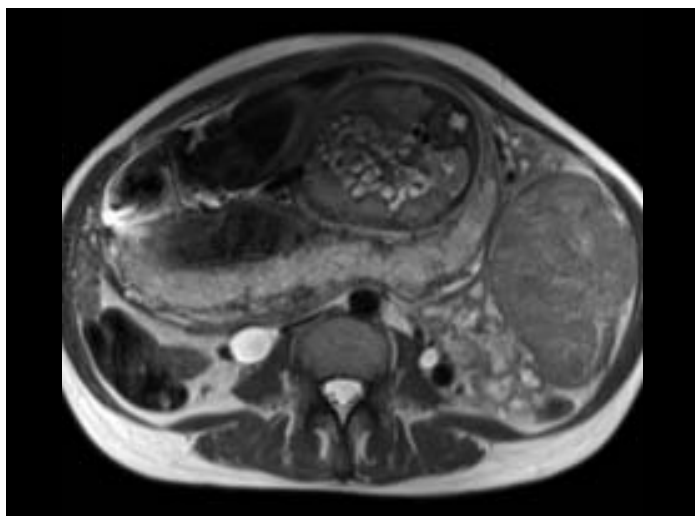


Рис. 5. КТ-картина опухолевого конгломерата.

Fig. 5. CT image of conglomerate tumor.

менение характера стула – многократный жидкий. Впервые новообразование выявлено при УЗИ в 34–35 нед. беременности как образование пониженной эхогенности, расположенное слева и кзади от матки размерами 126 × 77 мм с наличием множественных локусов кровотока (индекс резистентности – 0,74). Заключение: опухоль брюшной полости (наиболее вероятно, исходящая из передней стенки сигмовидной кишки). МРТ: объемное образование в левых отделах брюшной полости, возможно исходящее из стенки толстой кишки, с наличием двух вторичных узловых образований в этой зоне (рис. 5). ЭГДС: недостаточность кардии; поверхностный гастродуоденит; дуоденогастральный рефлюкс. Диагноз: Беременность 35 нед. GIST (гастроинтестинальная стромальная опухоль) толстой кишки? Рубец на матке после кесарева сечения. Бесплодие 2. Состояние после ЭКО, ПЭ. Гестационный сахарный диабет инсулинозависимый. Диффузный зоб, тиреотоксикоз, ремиссия. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени тяжести. Уретеропиелокаликозэкстазия справа. Миопия высокой степени. Выполнена срединная лапаротомия: в ходе кесарева сечения (37 нед.) извлечен живой доношенный мальчик массой 2600 г, ростом 49 см, с оценкой по шкале Апгар 9/10 баллов. При ревизии брюшной полости обнаружена опухоль левой половины ободочной кишки, максимальным диаметром до 15 см, без признаков прорастания в соседние органы и серозную оболочку (рис. 6). Также определяются увеличенные лимфатические узлы по ходу большой кривизны желудка (4-я группа). Отдаленных метастазов не обнаружено. Поверхность печени гладкая, в паренхиме опухолевые узлы не определяются. Париетальная брюшина без опухолевых имплантов. При дальнейшей ревизии обнаружен узел диаметром до 8 мм, расположенный на заднем листке широкой маточной связки. Произведена левосторонняя гемиколэктомия с лимфаденэктомией D2, удаление импланта брюшины малого таза. Патогистологическое заключение: толстая кишка с ростом изъязвленной аденокарциномы низкой степени злокачественности (представленной преимущественно железистыми структурами), врастающей в сосед-



Рис. 6. Опухоль кишки.

Fig. 6. Colorectal cancer.

нюю петлю кишки через серозную оболочку. Инвазии в брюшную стенку не выявлено, опухоль ограничена от нее фиброзной тканью с лимфоцитарной инфильтрацией. Обнаруживаются параканкротические абсцессы. В стенке кишки отмечается инвазия лимфатических сосудов и умеренное почкование в фронте инвазии. В регионарной клетчатке отмечается венозная инвазия вблизи пораженного лимфатического узла. В хирургических краях препарата толстой кишки и брюшной стенки опухолевого роста не выявлено. В 4 из 27 обнаруженных и исследованных регионарных лимфатических узлах выявлены метастазы аденокарциномы. В 13 узлах метастазов не выявлено. Диагноз: Аденокарцинома толстой кишки низкой степени злокачественности с изъязвлением и прорастанием в соседнюю петлю толстой кишки. Умеренное почкование опухоли в фронте инвазии, инвазия в лимфатические сосуды стенки кишки и в кровеносные сосуды регионарной клетчатки. Негативные хирургические края. pT4b pN2a. Лейомиома брюшины малого таза. Пациентка выписана на 7-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Амбулаторно выполнена компьютерная томография (КТ) грудной клетки, брюшной полости: отдаленных метастазов не обнаружено. Уровень РЭА – 0,7 нг/мл. Принято решение о проведении адьювантной ПХТ по схеме XELOX. Прогноз: неясен, ребенок в удовлетворительном состоянии.

Пациентка, 36 лет. Наследственность не отягощена. Беременность 5-я, роды предстоящие 3-и. Бесплодие 2. Состояние после ЭКО, ПЭ. В анамнезе хронический гастрит (ЭГДС за 6 мес. до беременности). Запоры с детства. В настоящую беременность беспокоит выраженное вздутие живота. Получала лечение по поводу дискинезии желчевыводящих путей, дискинезии толстой кишки. В сроке 39–40 нед. гестации произошли роды per vias naturalis живым доношенным плодом мужского пола, массой 3630 г, ростом 52 см с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Пациентка выписана на 4-е сутки после родов. На 24-е сутки после родов госпитализирована с клинической картиной кишечного кровотечения. При осмотре: живот не увеличен в объеме, не вздут,



Рис. 7. КТ-картина опухоли сигмовидной кишки.

Fig. 7. Ct image of sigmoid cancer.

мягкий, чувствительный в левой мезогастральной области, где в проекции сигмовидной кишки пальпируется объемное образование до 7 см в диаметре, подвижное. При колоноскопии выявлена стенозирующая опухоль сигмовидной кишки.

Сывороточные онкомаркеры: СА72-4 <0,79 МЕ/мл, СА242 18,8 Е/мл, РЭА 1,95 нг/мл, СА19-9 15 МЕ/мл, СА125 17 МЕ/мл. КТ: сигмовидная кишка удлинена, образует дополнительные перегибы. Часть кишки расположена в правых отделах малого таза, ее стенки циркулярно-полуциркулярно утолщены на протяжении около 110 мм, толщиной около 16–22 мм. Контрастируется утолщенная часть сигмовидной кишки с участками высокой плотности по контурам в артериальную фазу и низкой плотности в центральных отделах, неоднородно умеренно повышенной плотности в портальную фазу, достаточно высокой плотности в отсроченную фазу контрастирования. Заключение: КТ-признаки объемного образования (опухоли сигмовидной кишки) (рис. 7), с лимфатическими узлами в брыжейке сигмовидной кишки, левыми общими подвздошными лимфатическими узлами в брыжейке сигмовидной кишки, левыми общими подвздошными лимфатическими узлами 4–7 мм по короткой оси. Очаговые изменения печени – единичные мелкие, 3–6 мм, гипervasкулярные очаги в печени, вероятно артериовенозные шунты или гемангиомы, дифференцировать с вторичными изменениями; единичные гиповаскулярные очаги (3–9 мм) (кисты). Увеличение печени, селезенки. Кистоподобное изменение в головке поджелудочной железы (2 мм). Колонобиопсия, патогистологическое заключение: фрагменты слизистой оболочки толстой кишки с ростом изъязвленной аденокарциномы, представленной железистыми комплексами клеток. В настоящее время пациентка проходит комплексное обследование, подготовку к оперативному лечению в объеме резекции сигмовидной кишки.

Пациентка, 40 лет. Наследственность не отягощена. Беременность 7-я, роды 2-е. Рубец на матке после операции кесарево сечение в 1999 г. Бесплодие 2. ЭКО (2-я попытка). В анамнезе хронический бронхит. В 39–40 нед. гестации выполнена операция: чревосечение по Пфанненштилю, кеса-

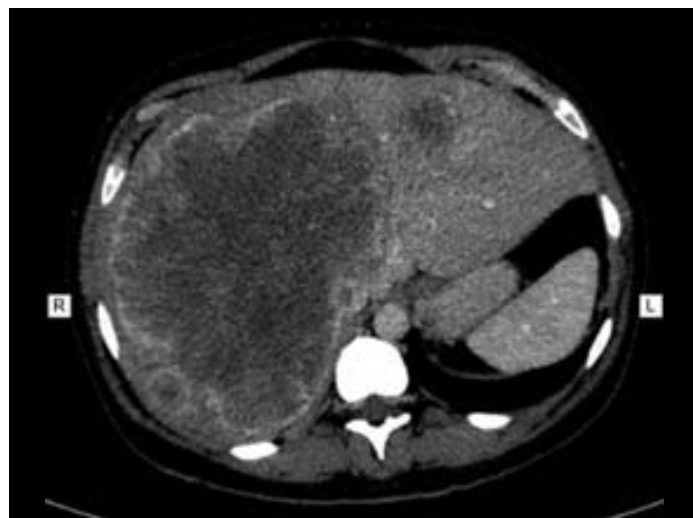


Рис. 8. КТ-картина метастатических поражений печени.

Fig. 8. Ct image of metastatic tumors in the liver.

рево сечение в нижнем маточном сегменте. Извлечена живая доношенная девочка массой 3150 г, ростом 51 см, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. При осмотре в послеоперационной палате выявлено образование в левых нижних отделах брюшной полости диаметром до 8–9 см.

КТ органов брюшной полости: выявленные изменения в дистальном отделе сигмовидной кишки могут соответствовать опухоли, для уточнения рекомендуется колоноскопия. Множественные образования печени (рис. 8) следует дифференцировать между метастазами (более вероятно) и первичной опухолью печени. Патологические нижние брыжечные лимфатические узлы, возможно метастатического характера.

Выполнена видеоколонобиопсия: примерно на 50 см от ануса просвет кишки циркулярно сужен, для аппарата свободно проходим, слизистая примерно на протяжении 10 см бугристая, гиперемирована, инфильтрирована, на «ощупь» плотная, контактно кровоточива. Патогистологическое заключение: фрагменты слизистой оболочки толстой кишки с разрастанием опухоли в виде новообразованных железистоподобных структур, тубулярных и папиллярных, выстланных малигнизированным железистым эпителием кишечного типа с митотической активностью, наличием фигур патологических митозов; участками некроза; выраженной десмопластической реакцией стромы. Заключение: тубулярно-папиллярная аденокарцинома толстой кишки с изъязвлением.

Пациентка обратилась в клинику Регенсбурга (Германия), где была выполнена пункционная биопсия печени: метастатический инфильтрат низкодифференцированной аденокарциномы колоректального типа. Установлена порт-система и проведено 10 курсов паллиативной химиотерапии по схеме FOLFOX/Vectibix. В дальнейшем выполнена правосторонняя гемигепатэктомия и атипичная резекция S4,6,3 печени (нерадикальная операция, несколько очагов в печени оставлены). Гистологическое заключение: метастазы низкодифференцированной аденокарциномы. Проведено 3 курса ХТ по схеме FOLFOX, 15 курсов по схеме FOLFIRI + rap (замена

лечения в связи с нейротоксичностью, оценка эффекта от FOLFOX не проводилась). В последующем отмечено прогрессирование заболевания – рост очагов в печени. ПХТ, поддерживающая таргетная терапия – частичный ответ. Диагноз: Рак сигмовидной кишки T3N2M1, IV ст. Ребенок развивается нормально.

Обсуждение

Проведенные исследования показали, что сочетание рака ЖКТ и беременности в приведенных наблюдениях является непростым совпадением, к которому были не готовы акушеры-гинекологи. Синдром малых признаков, характерный для начальных проявлений опухолей ЖКТ: общая слабость, утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести, тошнота, рвота, метеоризм, похудание, бледность, анемизация, апатия, остался недооцененным на фоне беременности, без проведения направленного обследования больных. Случайно выявлены распространенные стадии заболевания (III–IV), после манифестации симптомов (кишечное кровотечение,

пальпируемые через брюшную стенку образования) или за счет обнаружения метастатических опухолей яичников, которые проявились как самостоятельное заболевание, полностью «затушевывая» симптомы первичного поражения [3, 14–17]. Как известно, беременность налагает ряд ограничений на использование основных диагностических и лечебных методов онкологического заболевания. Однако наиболее доступным и высокоинформативным методом остается ультразвуковое исследование (УЗИ), чувствительность которого при диагностике метастазов рака желудка и толстой кишки в яичники составляет 92 и 96% соответственно. Более чем в 40% наблюдений при УЗИ возможно выявление метастазов злокачественных новообразований в яичники в доклинической стадии [18]. Однако дифференциальная диагностика вторичных изменений в яичниках из-за схожести ультразвуковой картины вне зависимости от локализации первичной опухоли по-прежнему остается сложной задачей [19].

Как видно из представленной клинической характеристики наших пациенток (таблица), возраст всех беременных

Таблица. Клиническая характеристика больных, время обнаружения заболевания, методы лечения, исходы для матери и плода
Table. Clinical characteristics of patients, time of disease detection, treatment methods, maternal and fetal outcomes

Характеристика / Characteristic	Пациенты / Patients				
	1	2	3	4	5
Возраст, лет / Age, years	40	35	30	40	34
Злокачественные заболевания у родителей / Malignant diseases in parents	Имеются / Yes	Не имеются / No	Не имеются / No	Не имеются / No	Имеются / Yes
Жалобы (симптомы) / Complaints (symptoms)	С 20 недель – вздутие живота. С 30 недель – жидкий стул до 3 раз в день, отсутствие прибавки веса / From 20 weeks – abdominal bloating. From 30 weeks – loose stools up to 3 times a day, no weight gain	Вздутие живота, боли в верхних отделах живота и запоры / Abdominal bloating, upper abdominal pain and constipation	Общая слабость / Generalized weakness	Боли в правом подреберье после 30 недель, отсутствие прибавки веса / Right upper quadrant pain after 30 weeks, no weight gain	Боли в животе, потеря массы тела, выраженная общая слабость / Abdominal pain, weight loss, acute generalized weakness
Хронические заболевания / Chronic diseases	Анемия, диффузный зоб, дискинезия желчевыводящих путей, панкреатит / Anemia, diffuse goiter, biliary dyskinesia, pancreatitis	Цистит, гастрит / Cystitis, gastritis	Анемия / Anemia	Бронхит / Bronchitis	Анемия, наследственная тромбофилия / Anemia, hereditary thrombophilia
Паритет (беременность/роды) / Parity (pregnancy/childbirth)	4/2	5/3	3/1	7/2	1/1
Гинекологические заболевания / Gynecological diseases	Бесплодие 2, лейкоплакия шейки матки / Infertility 2, cervical leukoplakia	Бесплодие 2, лейкоплакия шейки матки / Infertility 2, cervical leukoplakia	Нет данных / No data	Бесплодие 2 / Infertility 2	Бесплодие 1 / Infertility 1
Метод наступления беременности (ЭКО) / Methods of fertilization (IVF)	2-я попытка / second attempt	1-я попытка / first attempt	Нет данных / No data	2-я попытка / second attempt	4-я попытка / fourth attempt
Время обнаружения опухоли / Time of tumor detection	34–35 недель / weeks	24 сутки после родов / 24 days after delivery	24–25 недель / weeks	После родоразрешения / After delivery	27–28 недель (в момент родоразрешения) / 27–28 weeks (at the time of delivery)
Метод диагностики / Diagnostic method	УЗИ / Ultrasound	Видеоколоноскопия / Colonoscopy	MPT / MRI	Клиническое обследование, видеоколоноскопия / Clinical observation, colonoscopy	Лапаротомия / Laparotomy

Таблица. Окончание
Table. End

Характеристика / Characteristic	1	2	3	4	5
Уровни онкомаркеров / Tumor marker levels	РЭА – 2,2 нг/мл / CEA – 2.2 ng/mL	РЭА – 1,95 нг/мл CA125 – 17 Ед/мл CA19.9 – 15 Ед/мл / CEA – 1,95 ng/mL CA125 – 17 U/mL CA19.9 – 15 U/mL	CA125 – 64,8 Ед/мл CA15.3 – 16,6 Ед/мл / CA125 – 64,8 U/mL CA15.3 – 16,6 U/mL	РЭА – 817,59 нг/мл CA125 – 43,58 Ед/мл CA15.3 – 29,39 Ед/мл АФП – 70,36 нг/мл / CEA – 817,59 ng/mL CA125 – 43,58 U/mL CA15.3 – 29,9 U/mL AFP – 70,36 ng/mL	РЭА – больше 80 мМЕ/мл CA125 – 73,5 Ед/мл CA15.3 – 5,7 Ед/мл CA19.9 – больше 300 000 Ед/мл АФП – 2,5 нг/мл / CEA – more than 80 mIU/mL CA125 – 73,5 U/mL CA15.3 – 5,7 U/mL CA19.9 – more than 300 000 U/mL AFP – 2,5 ng/mL
Диагноз / Diagnosis	Рак нисходящей ободочной кишки / Descending colon cancer	Рак сигмовидной кишки / Sigmoid colon cancer	Рак сигмовидной кишки / Sigmoid colon cancer	Рак сигмовидной кишки, метастазы в печени / Sigmoid colon cancer, liver metastases	Рак тела желудка, канцероматоз / Stomach cancer, carcinomatosis
Размеры опухоли и локализация / Tumor size and location	13 × 9 см / cm	11 × 11 см / cm	12 × 12 см / cm	10 × 10 см / cm	7 × 8 см / cm
Стадия заболевания / Stage of disease	pT4bN2aM0 (IIIC ст.) / pT4bN2aM0 (stage IIIC)	Стадия не установлена / Stage is not determined	cT3-4NxM1 (IV ст.) / cT3-4NxM1(stage IV)	T3N2M1 (IV ст.) / T3N2M1 (stage IV)	pT3NxM1(IV ст.) / pT3NxM1(stage IV)
Метастатическое поражение яичников / Metastatic ovarian tumors	Нет / No	Нет / No	Есть / Yes	Нет / No	Есть / Yes
Хирургическое лечение (объем) / Surgical treatment (volume)	Левосторонняя гемиколэктомия с лимфаденэктомией D2. Удаление импланта брюшины малого таза / Left-sided hemicolectomy with D2 lymphadenectomy. Removal of the pelvic peritoneal implant	Не проводилось / Was not performed	Экстирпация матки с придатками, резекция прямой и сигмовидной кишки. Оментэктомия. Лимфаденэктомия / Extirpation of the uterus with appendages, resection of the rectum and sigmoid colon. Omentectomy. Lymphadenectomy	Правосторонняя гемигепатэктомия, резекция сигмовидной кишки (в Германии) / Right-sided hemihepatectomy, sigmoid colon resection (in Germany)	Не проводилось / Was not performed
Химиотерапия (схема) / Chemotherapy (schedule)	2 курса ПХТ (XELOX) / 2 courses of CTX (XELOX)	Не проводилось / Was not performed	3 курса неoadъювантной ПХТ (FOLFOX), отменена за 3 недели до даты родоразрешения. 9 курсов (XELOX). 2 курса FOLFIRI+авастин / 3 courses of neoadjuvant CTX (FOLFOX), canceled 3 weeks before the delivery date. 9 courses (XELOX). 2 courses FOLFIRI+Avastin	10 курсов паллиативной ПХТ (FOLFOX/Vectibix) / 10 courses of CTX (FOLFOX/Vectibix)	3 курса ПХТ (XELOX), 6 курсов (FLOT) / 3 courses of CTX (XELOX), 6 courses (FLOT)
Метод родоразрешения / Method of delivery	Кесарево сечение / Caesarean section	Per vias naturalis	Кесарево сечение / Caesarean section	Кесарево сечение / Caesarean section	Кесарево сечение / Caesarean section
Срок родоразрешения / Delivery term	37 недель / weeks	39–40 недель / weeks	34 недели / weeks	38–39 недель / weeks	27–28 недель / weeks
Исход (мать) / Outcome (mother)	Острый гепатит умеренной активности неуточненной этиологии. 2 курса ПХТ / Acute hepatitis with mild activity, unspecified etiology. 2 courses of CTX	Проходит обследование для оперативного лечения (резекции сигмовидной кишки) / Undergoing examination for surgical treatment (sigmoid colon resection)	3 линия ПХТ, таргетной терапии / third-line CTX, targeted therapy	4 линия ПХТ, таргетной терапии / forth-line CTX, targeted therapy	Погибла через 11 месяцев / Died 11 months later
Исход (плод) / Outcome (fetus)	M, 2600/49, 9/10 баллов / M, 2600/49, 9/10 score	M, 3630/52, 8/9 баллов / M, 3630/52, 8/9 score	M, 2160/45, 7/8 баллов / M, 2160/45, 7/8 score	Д, 3150/51, 8/9 баллов / F, 3150/51, 8/9 score	M, 1550/40, 5/6 баллов, ДЦП / M, 1550/40, 5/6 score CP

превышал 30 лет. У всех наблюдаемых зарегистрировано первичное или вторичное бесплодие, и согласно протоколу обследования, в прегравидарном периоде перед ЭКО обязательно проведение гастро- и колоноскопии. Поэтому на момент переноса эмбрионов данные пациентки были либо здоровы, либо им не установили онкологическое заболевание с обнаружением первичной опухоли. Впоследствии течение онкологического заболевания на фоне беременности происходило слишком быстро, достигая за 7–10 мес. III–IV стадии. Скрытое течение заболевания и стертость клинических проявлений болезни привели к выявлению опухолевых процессов преимущественно в 3-м триместре беременности или в раннем послеродовом периоде, что согласуется с данными, опубликованными в доступной литературе. В литературных обзорах отмечено, что в 65–80% наблюдений рака желудка диагноз был установлен после 30 нед. беременности, а у 54,5% больных колоректальным раком (КРР) болезнь выявлена в 3-м триместре и послеродовом периоде [4, 5, 20]. Метастазы в яичники при раке желудка, ассоциированном с беременностью, встречаются в 3 раза чаще по сравнению с группой небеременных пациенток, при КРР – в 25% случаев против 3–5% [2, 14]. Среди наших больных метастатическое поражение яичников выявлено одновременно с первичной опухолью у 2 (40%) из 5 пациенток. При регистрации заболевания (в диссеминированных формах опухолевого процесса) все использованные диагностические методы и уровни онкомаркеров позволяли поставить правильный диагноз. Лечение основного заболевания оказалось малоэффективным, перинатальные исходы зависели от сроков родоразрешения, так же как и в популяции.

По данным литературы, 5-летняя выживаемость больных раком желудка составляет 20%, общая 3-летняя выживаемость пациенток с установленным во время беременности диагнозом не превышает 8%, а 5-летняя – всего 2,9%. Популяционные показатели пятилетней выживаемости больных КРР достигают 42–51%; при распространенных стадиях, выявленных у беременных, эти показатели значительно ниже популяционных [2].

Следует пересмотреть систему обследования и подготовки будущих матерей к предстоящим беременности и родам, так как вначале следует устранить основное заболевание, а затем планировать беременность. Прегравидарная подготовка должна находиться на первом плане и включать полное обследование пациенток, особенно предъявляющих нестандартные жалобы, в учреждениях 3-го уровня, имеющих соответствующие лаборатории и применяющих современные методы инструментальных исследований. Особое внимание должно уделяться тщательному сбору анамнеза с учетом наследственных заболеваний, наличия сопутствующей патологии (фоновой и доброкачественной патологии ЖКТ), данным УЗИ органов брюшной полости и малого таза, определению в сыворотке крови опухолевых маркеров СА125, СА19.9, РЭА. При выявлении факторов риска необходимо применять гемокульт-тест, пальцевое исследование прямой кишки, сигмоскопию или колоноскопию, использование которых считается безопасным [21]. А.Ю.Добродеев [13] для правильной диагностики рака желудка всем женщинам,

страдающим язвенной болезнью, рекомендовал медикаментозное или хирургическое лечение закончить в прегравидарном периоде, иначе необходим постоянный эндоскопический контроль с прицельной биопсией на протяжении всей беременности.

В выборе лечебной тактики злокачественных новообразований на первое место ставятся интересы матери, на второе – плода [3–5] и только при генерализации опухолевого процесса проводят активное симптоматическое лечение матери с целью пролонгирования беременности до срока жизнеспособности плода [14, 22, 23]. При этом наблюдается обратная зависимость между прогнозом для плода и матери от срока беременности, при котором обнаружена злокачественная опухоль. Прогноз для плода более благоприятен, если радикальное лечение проводится на поздних сроках гестации, а для матери – в начале беременности. Проведение сначала паллиативного, а затем радикального лечения злокачественного процесса не всегда заканчивается благоприятным исходом [3–5]. При КРР из-за риска раннего метастазирования необходимо начать лечение с момента диагностики рака, а беременность до 20 нед. лучше прервать [13]. После 20 нед. гестации наиболее приемлем принцип незамедлительного хирургического лечения с одновременным родоразрешением путем кесарева сечения. У больных раком желудка поражение миометрия метастазами отмечается у каждой десятой пациентки, а у больных раком толстой кишки – у каждой девятой, что позволило нам рекомендовать удаление матки с придатками и большого сальника у этого контингента больных. В случае вовлечения в процесс матки вместе с резекцией или низведением кишки проводится тотальная абдоминальная гистерэктомия. Наличие у беременных низкодифференцированного КРР в связи с крайне неблагоприятным прогнозом является показанием для прерывания беременности в любом сроке и проведения незамедлительного лечения.

Отдаленные результаты лечения больных с вторичным поражением яичников остаются неутешительными: так, медиана выживаемости при локализации первичного очага в желудке составляет $14,5 \pm 0,9$ мес., при раке толстой кишки – $30,6 \pm 0,4$ мес.

Заключение

В настоящее время возникла необходимость поиска и совершенствования методов раннего выявления злокачественных новообразований ЖКТ на стадии возможного их излечения. Выбор лечения онкологических заболеваний во время беременности требует накопления опыта и дальнейших исследований.

Информация о финансировании

Финансирование данной работы не проводилось.

Financial support

No financial support has been provided for this work.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests

The authors declare that there is no conflict of interest.

Информированное согласие

При проведении исследования было получено информированное согласие пациентов.

Informed consent

In carrying out the study, written informed consent was obtained from all patients.

Литература

- Смирнов АВ, Берелавичус СВ, Дубровский АВ, Петров ДЮ, Калинин ДВ, Кригер АГ. Колоректальный рак у беременных. Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. 2015;5:83-5.
- Протасова АЭ, Протасов ДА. Редкие сочетания злокачественных опухолей и беременности. Практическая онкология. 2009;4(10):216-27.
- Бохман ЯВ. Лекции по онкогинекологии. М: Медицинское информационное агентство; 2007.
- Pentheroudakis G, Pavlidis N. Cancer and pregnancy: poena magna, not anymore. Eur J Cancer. 2006 Jan;42(2):126-40. DOI: 10.1016/j.ejca.2005.10.014
- Pentheroudakis G. Cancer and pregnancy. Ann Oncol. 2008 Jul;19 Suppl 5:v38-9. DOI: 10.1093/annonc/mdn307
- Nicklas AH, Baker ME. Imaging strategies in the pregnant cancer patient. Semin Oncol. 2000 Dec;27(6):623-32.
- Pavlidis NA. Coexistence of pregnancy and malignancy. Oncologist. 2002;7(4):279-87. Erratum in: Oncologist 2002;7(6):585.
- Таджибов СН, Поликарпова СБ, Кочоян ТМ, Ожерельев АС, Керимов РА, Бершвили АИ. Метастазы рака желудка в яичники. Выживаемость и факторы прогноза. Опухоли женской репродуктивной системы. 2016;12(4):57-62. DOI: 10.17650/1994-4098-2016-12-4-57-62
- Джанян ИА, Комаров ИГ, Паяниди ЮГ. Особенности клинического течения метастатических и первичных опухолей яичников при раке толстой кишки. Онкологическая колопроктология. 2015;1:49-53. DOI: 10.17650/2220-3478-2015-1-49-53
- Alvarado-Cabrero I, Rodríguez-Gómez A, Castelan-Pedraza J, Valencia-Cedillo R. Metastatic ovarian tumors: a clinicopathologic study of 150 cases. Anal Quant Cytopathol Histopathol. 2013 Oct;35(5):241-8.
- Сафонова МА, Диомидова ВН, Захарова ОВ, Ионов АМ, Сиordia АА. Первично-множественные злокачественные новообразования женских половых органов. История вопроса, эпидемиология, терминология и классификация. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2017;16(2):59-64. DOI: 10.20953/1726-1678-2017-2-59-64
- Peng W, Hua RX, Jiang R, Ren C, Jia YN, Li J, et al. Surgical treatment for patients with Krukenberg tumor of stomach origin: clinical outcome and prognostic factors analysis. PLoS One. 2013 Jul 9;8(7):e68227. DOI: 10.1371/journal.pone.0068227
- Добродеев АЮ. Беременность и рак желудочно-кишечного тракта. Сибирский онкологический журнал. 2003;3:37-9.
- Вишневецкая ЕЕ. Рак и беременность. Минск: Высшая школа; 2000.
- Урманчиева АФ. Рак шейки матки и беременность. Практическая онкология. 2002;3(3):183-93.
- Егорова АТ, Киселёва ЕЮ, Базица МИ, Маисеенко ДА, Царюк ЕП. Сочетание беременности с запущенной формой рака желудка. Сибирское медицинское обозрение. 2015;5:96-9.
- Чекалова МА, Торосян ИВ, Таджибов СН, Поликарпова СБ, Кочоян ТМ, Бершвили АИ. Использование современных ультразвуковых технологий в диагностике метастатических опухолей яичников при раке желудка. Опухоли женской репродуктивной системы. 2016;12(3):70-75. DOI: 10.17650/1994-4098-2016-12-3-70-75
- Давыдов АИ, Дубровская КС. IOTA «simple rules» и энергетический доплер: предикторы ранней диагностики рака яичников. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2017;16(1):33-37. DOI: 10.20953/1726-1678-2017-1-33-37

- Леваков СА, Крапивин АА, Боровкова ЕИ, Муравина ЕЛ, Ванке НС, Биляевская ОС, и др. Опухоли яичников и беременность. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2016;15(1):53-57. DOI: 10.20953/1726-1678-2016-1-53-57
- Lee HJ, Lee IK, Kim JW, Lee KU, Choe KJ, Yang HK. Clinical characteristics of gastric cancer associated with pregnancy. Dig Surg. 2009;26(1):31-6. DOI: 10.1159/000193330
- Cappell MS, Colon VJ, Sidhom OA. A study at 10 medical centers of the safety and efficacy of 48 flexible sigmoidoscopies and 8 colonoscopies during pregnancy with follow-up of fetal outcome and with comparison to control groups. Dig Dis Sci. 1996 Dec;41(12):2353-61. DOI: 10.1007/BF02100127
- Blackwell DA, Elam S, Blackwell JT. Cancer and pregnancy: a health care dilemma. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2000 Jul-Aug;29(4):405-12. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2000.tb02063.x
- Герасимова АА, Курцер МА, Клименко ПА. Хирургическая тактика при лечении беременных с опухолевидными образованиями и опухолями яичников. Методология принятия решений. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2017;16(4):42-48. DOI: 10.20953/1726-1678-2017-4-42-48

References

- Смирнов АВ, Берелавичус СВ, Дубровский АВ, Петров ДЮ, Калинин ДВ, Кригер АГ. Колоректальный рак у беременных. Пироговский журнал хирургии. 2015;5:83-5. (In Russian).
- Protasova AE, Protasov DA. Redkie sochetaniya zlokachestvennykh opukholei i beremennosti. Practical Oncology. 2009;4(10):216-27. (In Russian).
- Bokhman YaV. Leksii po onkoginekologii. M: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo Publ; 2007. (In Russian).
- Pentheroudakis G, Pavlidis N. Cancer and pregnancy: poena magna, not anymore. Eur J Cancer. 2006 Jan;42(2):126-40. DOI: 10.1016/j.ejca.2005.10.014
- Pentheroudakis G. Cancer and pregnancy. Ann Oncol. 2008 Jul;19 Suppl 5:v38-9. DOI: 10.1093/annonc/mdn307
- Nicklas AH, Baker ME. Imaging strategies in the pregnant cancer patient. Semin Oncol. 2000 Dec;27(6):623-32.
- Pavlidis NA. Coexistence of pregnancy and malignancy. Oncologist. 2002;7(4):279-87. Erratum in: Oncologist 2002;7(6):585.
- Tadzhibov SN, Polikarpova SB, Kochoyan TM, Ozherel'ev AS, Kerimov RA, Berishvili AI. The clinical course and prognosis factors of stomach cancer patients with metastases in the ovaries. Tumors of Female Reproductive System. 2016;12(4):57-62. DOI: 10.17650/1994-4098-2016-12-4-57-62 (In Russian).
- Dzhanyan IA, Komarov IG, Payanidi YG. Characteristics of clinical course of metastatic and primary ovarian tumors in colon cancer. Pelvic Surgery and Oncology. 2015;5(1):49-53. DOI: 10.17650/2220-3478-2015-1-49-53 (In Russian).
- Alvarado-Cabrero I, Rodríguez-Gómez A, Castelan-Pedraza J, Valencia-Cedillo R. Metastatic ovarian tumors: a clinicopathologic study of 150 cases. Anal Quant Cytopathol Histopathol. 2013 Oct;35(5):241-8.
- Safonova MA, Diomidova VN, Zakharova OV, Ionov AM, Siordiya AA. Multiple primary malignant neoplasms of the female reproductive organs. A history of the problem, epidemiology, terminology and classification. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2017;16(2):59-64. DOI: 10.20953/1726-1678-2017-2-59-64 (In Russian).
- Peng W, Hua RX, Jiang R, Ren C, Jia YN, Li J, et al. Surgical treatment for patients with Krukenberg tumor of stomach origin: clinical outcome and prognostic factors analysis. PLoS One. 2013 Jul 9;8(7):e68227. DOI: 10.1371/journal.pone.0068227
- Dobrodeev AYU. Beremennost' i rak zheludochno-kishechnogo trakta. Siberian Journal of Oncology. 2003;3:37-9. (In Russian).
- Vishnevskaya EE. Rak i beremennost'. Minsk: Vysheishaya shkola Publ; 2000. (In Russian).

15. Urmancheeva AF. Rak sheiki matki i beremennost'. Practical Oncology. 2002; 3(3):183-93. (In Russian).
16. Yegorova AT, Kiseleva EYu, Bazina MI, Maiseenko DA, Tsaryuk EP. Combination of the pregnancy with neglected form of cancer stomach. Siberian Medical Review. 2015;5:96-9. (In Russian).
17. Chekalova MA, Torosyan IV, Tadzhibov SN, Polikarpova SB, Kochoyan TM, Berishvili AI. Use of up-to-date ultrasound technologies in the diagnosis of metastatic ovarian tumors in gastric cancer. Tumors of Female Reproductive System. 2016;12(3):70-75. DOI: 10.17650/1994-4098-2016-12-3-70-75 (In Russian).
18. Davydov AI, Dubrovskaya KS. The IOTA «Simple Rules» and power Doppler: predictors of early diagnosis of ovarian cancer. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2017;16(1):33-37. DOI: 10.20953/1726-1678-2017-1-33-37 (In Russian).
19. Levakov SA, Krapivin AA, Borovkova EI, Muravina EL, Vanke NS, Bilyavskaya OS, et al. Ovarian tumours and pregnancy. Gynecology, Obstetrics and Perinatology. 2016;15(1):53-57. DOI: 10.20953/1726-1678-2016-1-53-57 (In Russian).
20. Lee HJ, Lee IK, Kim JW, Lee KU, Choe KJ, Yang HK. Clinical characteristics of gastric cancer associated with pregnancy. Dig Surg. 2009;26(1):31-6. DOI: 10.1159/000193330
21. Cappell MS, Colon VJ, Sidhom OA. A study at 10 medical centers of the safety and efficacy of 48 flexible sigmoidoscopies and 8 colonoscopies during pregnancy with follow-up of fetal outcome and with comparison to control groups. Dig Dis Sci. 1996 Dec;41(12):2353-61. DOI: 10.1007/BF02100127
22. Blackwell DA, Elam S, Blackwell JT. Cancer and pregnancy: a health care dilemma. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2000 Jul-Aug;29(4):405-12. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2000.tb02063.x
23. Gerasimova AA, Kurtser MA, Klimenko PA. Surgical tactics in treatment of patients with tumour-like masses and ovarian tumours. Decision-making methodology. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2017; 16(4):42-48. DOI: 10.20953/1726-1678-2017-4-42-48 (In Russian).

Информация о соавторах:

Болдина Елена Борисовна, кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог Центра планирования семьи и репродукции
Адрес: 117209, Москва, Севастопольский пр-т, 24А
Телефон: (495) 718-3472
E-mail: gms@cfp.ru

Манухин Игорь Борисович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова
Адрес: 127473, Москва, ул. Делегатская, 20, стр. 1
Телефон: (495) 799-1603
E-mail: katemanu@mail.ru

Клименко Пётр Афанасьевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 332-2169
E-mail: pa.klimenko@mail.ru

Information about co-authors:

Elena B. Boldina, MD, PhD, Obstetrician-Gynecologist at the Family Planning and Reproduction Center
Address: 24A Sevastopolsky ave., Moscow, 117209, Russian Federation
Phone: (495) 718-3472
E-mail: gms@cfp.ru

Igor B. Manukhin, MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, General Medicine Faculty, A.I.Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry
Address: 20/1 Delegatskaya str., Moscow, 127473, Russian Federation
Phone: (495) 799-1603
E-mail: katemanu@mail.ru

Petr A. Klimenko, MD, PhD, DSc, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology of the Faculty of Pediatrics, N.I.Pirogov Russian National Research Medical University
Address: 1 Ostrovityanov str., Moscow, 117997, Russian Federation
Phone: (495) 332-2169
E-mail: pa.klimenko@mail.ru

МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПЕЧАТЬ

Необычное наблюдение хориокарциномы во время беременности, закончившееся успешными родами и лечением: клинический случай и обзор литературы

Хориокарцинома (ХК) крайне редко развивается во время беременности, представляет трудности для диагностики и имеет высокие риски геморрагических осложнений и летальности. Мы представляем случай ХК у 34-летней женщины, диагностированной при ее 3-й беременности с метастазами во влагалище и легкие. Первый эпизод вагинального кровотечения отмечен в третьем триместре беременности, причина которого не была правильно диагностирована. В 34 недели произошли самопроизвольные роды здоровым ребенком. Спустя 5 недель после родов пациентка направлена в онкогинекологическое подразделение из-за продолжающегося вагинального кровотечения и обсеменения стенок нижней трети влагалища. Проведено 5 курсов химиотерапии. ХГЧ снизился с 168 266 МЕ/л до <5 МЕ/л. В дальнейшем уровень ХГЧ не менялся.

Заключение. ХК редко выявляется во время беременности, ее диагностика представляет большие сложности, она сопряжена с высоким риском дородового кровотечения. Своевременная химиотерапия и наблюдения с количественными анализами ХГЧ являются ключом к выживанию.

Igbodike EP, Adepiti CA, Ajenifuja KO, Onwudiegwu UU, Adejuyigbe GB, Mogaji IK.

An unusual presentation of choriocarcinoma co-existing with pregnancy, successful delivery, and treatment: A case report and literature review.

Niger J Clin Pract. 2021 Mar;24(3):446-451. DOI: 10.4103/njcp.njcp_625_19.

Post Part II Fellow of the West African College of Surgeons; Department of Obstetrics, Gynaecology and Perinatology, Ile Ife, Nigeria.