

Полякова Т.В.

студент

ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аннотация: В данном обзорном исследовании описана актуальная проблема рака молочной железы на фоне беременности. Статистические данные указывают на выявление в 12% случаев рака молочной железы у женщин в возрасте 20-35 лет. Важным моментом в случае беременности ассоциированной с раком молочной железы является принятие решения о ее сохранении. Выбор современных методов лечения и улучшение исходов родов требует знаний о современных тенденциях в изучении данной проблемы. Необходимо тщательное исследование возможных рисков и возможностей профилактики данной патологии.

Ключевые слова: рак молочной железы, фертильность, беременность, таргетная профилактика рака молочной железы.

Polyakova T.V.

student

FGBOU VO "PGMU named after Academician E.A. Wagner" of the Ministry of Health of Russia

MANAGEMENT TACTICS AND TREATMENT OF A PREGNANT WOMAN WITH BREAST CANCER

Abstract: This review study describes the actual problem of breast cancer during pregnancy. Statistics indicate the detection of 12% of breast cancer cases in women aged 20-35 years. An important point in the case of pregnancy associated with breast cancer is the decision to preserve it. Choosing modern

methods of treatment and improving the outcomes of childbirth requires knowledge about current trends in the study of this problem. A thorough study of the possible risks and possibilities of prevention of this pathology is necessary.

Keywords: breast cancer, fertility, pregnancy, targeted prevention of breast cancer.

В практической деятельности акушер-гинеколога сочетание беременности и онкологических заболеваний довольно редкое явление. Однако в настоящее время отмечается тенденция к увеличению женщин, рожаящих в возрасте после 30 лет, что ассоциировано с более частым выявлением онкологических заболеваний во время беременности. В такой ситуации встает важный вопрос о прерывании или сохранении беременности. В том случае, когда женщина, страдающая онкологическим заболеванием, категорически отказывается от прерывания беременности, врачу необходимо определить тактику, являющуюся наиболее эффективной, при этом причиняющую наименьший ущерб матери и плоду. В современной клинической практике однозначной точки зрения относительно тактики ведения таких пациенток не существует.

Эпидемиология. Рак молочной железы (РМЖ), ассоциированный с беременностью — злокачественное онкологическое заболевание молочной железы во время беременности или на протяжении следующего года после родоразрешения. В представленных статистических данных за последнее десятилетие заболеваемость раком молочной железы возросла на 32,5%, также имеет тенденция к увеличению заболевающих среди молодых женщин. Это самая распространенная форма рака, встречающаяся у беременных, часто диагностируемая в возрасте 30-35 лет. Средний срок гестации на момент диагностики РМЖ, исходя из данных, представленных в европейском канцер-регистре, составляет 21 неделю.

Диагностика. Запоздалая диагностика РМЖ, ассоциированного с беременностью, обусловлена причинами быстрого роста опухоли, изменения консистенции молочных желёз, осложнений лактации, психологической неготовностью заподозрить РМЖ. В связи с этим часто начало лечения является не своевременным и приходится на более распространённые стадии болезни, чем у небеременных. [1]

Нередко пациентки самостоятельно выявляют опухоль, предъявляя жалобы на прощупывание болезненных неоплазированных образований в молочной железе, дискомфорт в области соска, асимметричное набухание и уплотнение, а также одностороннее увеличение лимфатических узлов. [2]

В диагностических целях врачебная тактика исключает рентгенологические и радионуклидные методы, в связи с опасностью лучевого воздействия на плод. «Золотым стандартом» при любой неясной патологии в молочной железе остается морфологическое исследование, а именно эксцизионная биопсия, что позволяет получить достаточное количество материала для постановки диагноза.[3] Основой для определения стадии болезни являются ультразвуковое, магниторезонансное и гистологическое исследования. Следует учитывать, что другие гиперпластические изменения ткани молочной железы на фоне беременности и лактации могут давать ложноположительную цитологическую картину онкологии.

Существует гипотеза, что возраст оказывает более сильное влияние на злокачественность процесса, чем беременность. Это подтверждается данными иммуногистохимического исследования, доказывающего что частота рецепторопозитивных опухолей у беременных не отличается от таковой у небеременных больных. Это от части связано блокированием рецепторов эстрогенами, присутствующими в этот период в повышенных концентрациях.

Сонография позволяет определить отдаленные метастазы в печень и малый таз, не оказывая при этом вредного воздействия на плод. При использовании МРТ для диагностирования метастазов в органы брюшной полости и головной мозг, используется гадолиний, который отнесен к препаратам категории С (использование допустимо, если ожидаемая польза выше потенциального риска для плода).

Таким образом поздняя диагностика РМЖ, сочетающегося с беременностью, в среднем позволяет обнаружить опухоли размером 5 - 15 см. При этом распространенные формы наблюдаются примерно в 85% случаев. Часто на момент постановки диагноза РМЖ находится в неоперабельной стадии и в 20% случаев выявляются отдаленные метастазы. При этом самой распространенной формой является инвазивный внутрипротоковый рак. А также большинство опухолей молочной железы во время беременности имеют высокую степень злокачественности с частой лимфоваскулярной инвазией.

Тактика ведения и лечение. Безусловно тактика ведения и лечения таких пациенток должна носить строго индивидуальный и комплексный характер. На основании данных, представленных в зарубежных и отечественных источниках, были определены основные принципы ведения беременности у больных раком молочной железы. В их основе лежит срок беременности.

В I триместре рекомендуется прерывание с последующим лечением. Но нередко женщина настаивает на сохранении беременности. В таком случае стоит выбрать метод лечения с меньшими побочными эффектами для плода и лучшим прогнозом для матери.

При диагностировании РМЖ во II и III триместрах метод лечения будет зависеть от его размера и операбельности. В качестве первого этапа лечения оперативное вмешательство возможно при начальных стадиях рака и небольших размерах опухоли. Также рекомендовано применение послеоперационной адъювантной полихимиотерапии. Наиболее часто

применяемым хирургическим вмешательством на начальном этапе является радикальная мастэктомия с сохранением обеих грудных мышц, так как она не требует дополнительной лучевой терапии.[4] Также она не представляет риска в отношении плода и прерывания беременности.

Во время беременности нежелательны органосохраняющие операции, поскольку они требуют дополнительной лучевой терапии. Отмечается, что нерадикальные оперативные вмешательства и отложенная полихимиотерапия на длительный срок после мастэктомии во время беременности характеризуется неблагоприятным прогнозом для матери.

При диагностировании опухоли больших размеров первым этапом лечения выступает первичная системная полихимиотерапия, вторым – хирургическое вмешательство. Существует возможность отсрочить необходимое проведение лучевой терапии на 3–4 месяца, поскольку прогноз заболевания при отсрочке или незамедлительном начале лучевой терапии не отличается.

Заключение. Таким образом РМЖ является самой частой злокачественной онкологической патологией, встречающейся у беременных. Вышеперечисленные способы диагностики, тактика ведения и лечения пациенток с раком молочной железы, ассоциированным с беременностью, позволяют снизить репродуктивные потери, частоту осложнений как для матери, так и плода.

Использованные источники:

1. Волочаева М.В., Подушкина Е.С., Шмаков Р.Г., Шетикова О.В. Ведение беременности у женщин с онкологическими заболеваниями (10-летний опыт) // Акушерство и гинекология. — 2012. — С. 92.
2. Пароконная А.А. Рак молочной железы и беременность (особенности клиники, диагностики и лечения, прогноз): автореф. дис. д-ра мед. наук. — Москва. — 2009. — С. 44.

3. Иванова О.А. и др. Рак молочной железы и беременность: особенности диагностики и лечения // Злокачественные опухоли. — 2014. — №1. — С. 14.
4. Middleton L.P., Amin M., Gwyn K. et al. Breast carcinoma in pregnant women: assessment of clinicopathologic and immunohistochemical features // Cancer. — 2003. — Vol. 98. — № 5. — P. 1055–1060.