**СЛАЙД 1**

**БЕРЕМЕННОСТЬ И РАК РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ**

**Деговцева Е.А.**

**преподаватель акушерства и гинекологии**

**БУ ДПО ОО ЦПК РЗ**

**СЛАЙД 2**

Физиологический процесс беременности направлен на рождение здорового ребенка. При сочетании злокачественных опухолей и беременности складывается чрезвычайно острая и динамическая клиническая ситуация. Взаимодействие акушерских и онкологических проблем неизбежно, так как беременность может оказывать неблагоприятное влияние на рост опухоли, а опухоль — на развитие и исход беременности. При этом возникают и этические проблемы, так как дальнейшее продолжение беременности может ухудшить и без того сомнительный прогноз злокачественной опухоли, а ее лечение — нанести вред будущему ребенку или вообще прервать беременность.

**СЛАЙД 3**

Наиболее частыми онкологическими заболеваниями во время беременности являются: [рак шейки матки](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3707341/) (12 случаев на 10 000 беременностей), [молочной железы](http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/breast-cancer/living-with/breast-cancer-during-pregnancy) (1 случай на 3000 беременностей), [яичников](https://www.verywell.com/treatment-for-ovarian-cancer-during-pregnancy-2553358) (1 случай на 18 000 беременностей), [толстой кишки (1 случай на 50 000 беременностей)](http://www.clinicaladvisor.com/obstetrics-and-gynecology/colon-cancer-in-pregnancy/article/618294/) и желудка, рак щитовидной железы и гематологические заболевания.

**СЛАЙД 4**

Влияние онкологического заболевания на течение и прогноз беременности, а также на жизнь матери и плода зависит от того, в какой период беременности и на какой стадии диагностирован рак, что также определяет возможности в терапии.

**СЛАЙД 5**

Решение по каждому отдельному случаю беременности и рака должно приниматься только индивидуально, после оценки распространенности болезни, вида рака и его динамики, состояния женщины. Принятие решения должно быть совместным (беременной женщины и консилиума специалистов), очень важно объяснить женщине, что прерывание беременности не останавливает развитие рака, а дает возможность незамедлительного начала комплексного лечения.

**СЛАЙД 6**

Если заболевание диагностировано до 12 недель (1-й триместр), большинство из специфических методов лечения на этом сроке опасны для плода, так как есть высокая вероятность нарушения его развития и/или риск формирования аномалий внутренних органов.

**СЛАЙД 7**

Поэтому на данном этапе с пациенткой обсуждается возможность прерывания беременности в интересах сохранения жизни женщины, либо возможность задержать начало терапии до жизнеспособного периода плода (28 недель) с целью родоразрешения, или до 2–3 триместра беременности, когда основные процессы формирования внутренних органов плода закончены. Но даже в этом случае нельзя полностью исключить аномалию развития плода в процессе терапии. В то же время увеличение срока ожидания лечения может быть сопряжено с риском для жизни матери.

**СЛАЙД 8**

Что касается химиотерапии, независимо от типа рака и его распространенности, предоперационная или профилактическая (послеоперационная) — главным условием ее безопасного проведения для матери и плода является 2–3 триместры беременности.

А вот проведение лучевой терапии противопоказано в течение всей беременности и возможно только после родоразрешения. Кормление грудью так же запрещено во время всего периода специфической терапии онкологического заболевания.

**СЛАЙД 9**

Безопасными методами диагностики во время беременности являются эндоскопические (гастро- и колоноскопия с седацией и биопсией), УЗИ и МРТ, не обладающие рентгеновским излучением, и, следовательно, не имеющие тератогенного (повреждающего плод) действия. В отдельных случаях допускается использование рентгена и компьютерной томографии с применением защитных экранов.

**СЛАЙД 10**

## Рак шейки матки и беременность

Рак шейки матки занимает первое место в структуре заболеваемости злокачественными опухолями женских половых органов.

**СЛАЙД 11**

Среди форм рака преобладают экзофитные и смешанные формы роста опухоли (в 74,3 %), с расположением в области эктоцервикса (в 89,2 %), кровоточащие (в 68,2 %).

**СЛАЙД 12**

**В I триместре** беременности симптом маточного кровотечения нередко расценивается как начинающийся выкидыш, во II и III триместрах — как предлежание или преждевременная отслойка плаценты. Во многих случаях у беременных не производят тщательного осмотра шейки матки при помощи зеркал; не всегда применяют цитологическое исследование и кольпоскопию. Положение усугубляется из-за необоснованной боязни биопсии.

**СЛАЙД 13**

В настоящее время основой для выявления ранних форм рака шейки матки считается двухэтапная система диагностики:

1. цитологический скрининг при гинекологическом осмотре;
2. углубленная комплексная диагностика при выявлении визуальной или цитологической патологии.

**СЛАЙД 14**

Врачебную тактику при лечении беременных, больных раком шейки матки, трудно ограничить жесткими рамками определенной схемы. Нельзя согласиться с принципом: лечить рак, учитывая стадию и игнорировать беременность. Необходим строго индивидуальный подход, причем существенную роль играет срок беременности.

При ***раке in*** ***situ шейки матки*** *в I триместре беременности и после родов* лечение заключается в прерывании беременности и конусовидной эксцизии шейки матки. *Во II и III триместрах* осуществляется диагностическое кольпоскопическое и цитологическое наблюдение. Через 2—3 мес после родоразрешения производят конусовидную эксцизию шейки матки.

**СЛАЙД 15**

При ***IA стадии заболевания*** *в I, II триместрах беременности и после родов* производят экстирпацию матки с верхней третью влагалища.

**СЛАЙД 16**

При ***IB стадии*** *в I, II триместрах беременности и после родов* осуществляется расширенная экстирпация матки; в послеоперационном периоде при глубокой инвазии и регионарных метастазах проводят дистанционное облучение. *В III триместре беременности* производят кесарево сечение с последующей расширенной экстирпацией матки. В послеоперационном периоде используют дистанционную лучевую терапию.

**СЛАЙД 17**

При ***IIA стадии*** *в I, II, III триместрах беременности* производят расширенную экстирпацию матки с последующим дистанционным облучением. *После родов* лечение заключается в предоперационном облучении; в выполнении расширенной экстирпации матки и проведении в послеоперационном периоде при глубокой инвазии и регионарных метастазах дистанционного облучения.

**СЛАЙД 18**

При **IIВ стадии заболевания** в I триместре беременности и после родов проводят сочетанное лучевое лечение (внутриполостное и дистанционное). Не следует стремиться к искусственному прерыванию беременности в I триместре при II и III стадиях заболевания, поскольку самопроизвольные выкидыши наступают на 10—14-й день от начала лучевой терапии. Если ПВ стадия заболевания диагностирована во II и III триместрах беременности, производят кесарево сечение и сочетанное лучевое лечение в послеоперационном периоде.

**СЛАЙД 19**

При **III** **стадии заболевания** в I триместре беременности и после родов лечение начинают с сочетанно-лучевой терапии (внутриполостное и дистанционное облучение). Во II и III триместрах беременности лечение начинают с кесарева сечения с последующей сочетанной лучевой терапией.

**СЛАЙД 20**

У женщин, страдающих пре- и микроинвазивным раком шейки матки и желающих иметь детей, возможно осуществление функционально-щадящих методов лечения: электроконизации, криодеструкции, ножевой и лазерной ампутации шейки матки. В этом случае беременность и роды не оказывают неблагоприятного влияния на течение основного заболевания.

**СЛАЙД 21**

Частота наступления беременности после органосохраняющего лечения начальных форм рака шейки матки составляет от 20,0 до 48,4 %.

СЛАЙД 22

Наступление беременности целесообразно не ранее 2 лет после функционально-щадящего лечения патологии шейки матки. Ведение родов через естественные родовые пути не противопоказано. Родоразрешение путем кесарева сечения осуществляют лишь по акушерским показаниям. Отмечено повышение частоты невынашивания беременности и преждевременных родов по сравнению со здоровыми женщинами. Наблюдается более высокий уровень перинатальной смертности.

**СЛАЙД 23**

Диспансерное наблюдение после перенесенного функционально-щадящего лечения начальных форм рака шейки матки включает в себя обследование в 1-й год не реже 6 раз; во 2-й — 4 раза; в последующие — 2 раза в год.

**СЛАЙД 24**

## Рак тела матки и беременность

Сочетание рака тела матки и беременности встречается редко по двум основным причинам: из-за значительного снижения генеративной функции у этих больных и сильного влияния прогестерона на эндометрий, препятствующего развитию атипической гиперплазии и рака эндометрия. Вероятно, оплодотворение, имплантация плодного яйца и развитие беременности возможны лишь при начальных формах рака эндометрия, когда опухолевый процесс в матке еще не получил распространения. В этих случаях прогноз после радикального лечения более благоприятный.

**СЛАЙД 25**

## Злокачественные опухоли яичников и беременность

**СЛАЙД 26**

**Болевой синдром при сочетании опухолей яичников** с беременностью наблюдается у 48 % больных. Во время осмотра в ранние сроки беременности опухоли обнаруживают у 25 % больных. Перекручивание ножки опухоли чаще наблюдается у беременных, чем у небеременных, женщин и составляет 29 %.

**СЛАЙД 27**

При локализации злокачественной опухоли в одном яичнике у молодых женщин, желающих иметь в будущем детей, рекомендуется выполнять одностороннее удаление придатков матки с резекцией второго яичника и большого сальника с последующей химиотерапией. Частота рецидивов при таком лечении начальных форм рака яичников составляет 9,1 %; в популяции — 23,4— 27,0 %.

Частота наступления беременности после органосохраняющего лечения в указанном объеме достигает 72,7 %.

Исходя из наибольшей вероятности возникновения рецидива в первые 2—3 года после удаления опухоли, наступление беременности в этот период нежелательно.

**СЛАЙД 28**

**Злокачественные опухоли молочной железы и беременность**

Среди злокачественных новообразований у женщин рак молочной железы занимает одно из первых мест. За последние годы увеличилась частота сочетания беременности и рака.

**СЛАЙД 29**

Характерной особенностью сочетания беременности и рака молочной железы является обнаружение последнего у пациенток со многими беременностями и родами позднего репродуктивного периода (35—44 лет), имеющих значительный (5 лет и более) перерыв между беременностями.

Наблюдается высокая частота предшествующих гиперпластических и пролиферативных процессов в тканях железы, высокий уровень Э3 и прогестерона.

**СЛАЙД 30**

Рак на ранних стадиях протекает преимущественно бессимптомно, но все же выделяют неспецифические жалобы: слабость и утомляемость, отсутствие или снижение аппетита, появление тошноты и рвоты, а также появление уплотнений в молочных железах и выделений из половых путей, — все это легко соотносится и с беременностью в том числе.

**СЛАЙД 31**

При обнаружении злокачественной опухоли молочной железы, подтвержденной морфологически, показано прерывание беременности в 1 триместре. После этого проводят лечение соответственно стадии опухоли. Однако, если женщина настаивает на вынашивании беременности, следует определить метод лечения с наименьшими побочными эффектами для плода и лучшим исходом для матери. В этом случае, а также во 2 и 3 триместрах метод лечения будет зависеть от размера и операбельности опухоли

**СЛАЙД 32**

При начальных стадиях рака и небольших размерах опухоли в качестве первого этапа лечения возможно выполнение оперативного вмешательства с последующей адъювантной полихимиотерапией во II и III триместрах. Радикальная мастэктомия с сохранением обеих грудных мышц является наиболее рациональным хирургическим вмешательством при начальных стадиях, так как не требует дополнительной лучевой терапии. Следовательно, радикальная мастэктомия не несет в себе риска в отношении плода и не приводит к увеличению частоты прерывания беременности.

**СЛАЙД 33**

Органосохраняющие операции (радикальная резекция) во время беременности нежелательны, поскольку требуют дополнительной лучевой терапии, которая может проводиться только после завершения беременности. Использование нерадикальных оперативных вмешательств, а также длительное откладывание полихимиотерапии после мастэктомии во время беременности характеризуется неблагоприятным прогнозом для матери.

**СЛАЙД 34**

Если говорить про беременность после рака, то надо учитывать множество факторов: объем и сроки специфического лечения, используемые в схеме химиопрепараты, биологию опухоли — ее гормональный статус, т. к. по окончанию основного этапа лечения требуется проведение антигормональной терапии в течение 5, а по последним рекомендациям — 10 лет. В этих случаях до планирования беременности рекомендуется не менее 2–3 лет и возобновление антигормональной терапии после рождения ребенка.

**СЛАЙД 35**

Профилактика рака во время беременности — это, прежде всего, планирование беременности с необходимым комплексом обследований перед ее наступлением.

**СЛАЙД 36**

Спасибо за внимание!