

УДК 618.11-006+618.2

© Коллектив авторов, 2013.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СПОРАДИЧЕСКОГО РАКА ЯИЧНИКОВ У РОДИЛЬНИЦЫ

**И. И. Иванов, М. В. Черипко, Е. Н. Прочан, Т. Н. Гарина, А. А. Могилевская**

*Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав. – профессор И. И. Иванов), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского»; 95006, Украина, г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7; E-mail: prochan@mail.ru*

### A CLINICAL CASE OF SPORADIC OVARIAN CANCER IN A PUERPERANT

I. I. Ivanov, M. V. Cheripco, E. N. Prochan, T. N. Garina, A. A. Mogilevskaia

#### SUMMARY

A serious threat to the reproductive health of women and their would-be children is pregnancy combined with cancer, and especially with ovarian cancer. The combination of cancer and pregnancy is a rare but highly complex clinical situation. The article represents a clinical case of sporadic ovarian cancer in a puerperant. The growing tendency of malignant neoplasms combined with pregnancy motivate the need for a more thorough ultrasound examination of pregnant women with certain oncological alertness.

### КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СПОРАДИЧНОГО РАКУ ЯЄЧНИКІВ У ПОРОДІЛЛІ

I. I. Іванов, М. В. Черіпко, О. М. Прочан, Т. М. Гаріна, О. О. Могілівська

#### РЕЗЮМЕ

Серйозну небезпеку репродуктивному здоров'ю жінок і їх майбутньому поколінню представляє поєднання вагітності із злоякісними пухлинами, зокрема раком яєчників. Поєднання злоякісних пухлин і вагітності являє собою рідкісну, але вкрай складну клінічну ситуацію. У статті наведено клінічний випадок спорадичного раку яєчників у породіллі. Враховуючи зазначену тенденцію до зростання числа випадків злоякісних новоутворень у поєднанні з вагітністю, зроблено висновок щодо необхідності проведення більш ретельного ультразвукового обстеження вагітних жінок з належною онкологічною настороженістю.

**Ключевые слова:** беременность, злокачественные опухоли, рак яичников.

Рак яичников (РЯ) занимает особое место в онкогинекологической практике, оставаясь одним из самых тяжелых онкологических заболеваний. Смертность от РЯ прочно удерживает 1-е место, несмотря на то, что сама патология находится на 3-м месте в структуре онкологических заболеваний женских половых органов, уступая раку тела и шейки матки [2, 5]. В структуре онкологической заболеваемости опухоли яичников занимают 5-7-е место, составляя 4,0-6,0% среди злокачественных опухолей у женщин [2].

Высокая заболеваемость наблюдается в странах Северной и Западной Европы и США (19, 18, 16 на 100000 соответственно). В Австралии, Новой Зеландии, Китае и Японии показатели колеблются от 1 до 6 на 100000. В США самая высокая частота РЯ наблюдается у белых, а наименьшая – у азиаток и коренных жительниц континента. В Европе самые высокие уровни заболеваемости отмечены в Дании, Австрии, Швеции и Ирландии [3]. По данным Национального канцер-реестра, в Украине заболеваемость РЯ составляет 16,4 на 100000 женского населения с тенденцией к увеличению при стабильно высоких показателях смертности – 9,8 на 100000 женского

населения; более 2000 женщин умирает от РЯ ежегодно [2, 4]. Возрастной диапазон заболевших РЯ колеблется в рамках 40-60 лет. В Украине пик заболеваемости приходится на возраст 60-64 года [2].

По данным Международной федерации акушеров-гинекологов (1998 г.), основанном на 10912 наблюдениях РЯ из 100 онкологических центров мира, к началу первичного лечения 64,0% пациенток уже имеют поздние стадии заболевания, при этом пятилетняя выживаемость больных всех стадий не превышает 69,0%, а при III-IV стадиях колеблется в разных странах от 5,0% до 24,0% [2]. Ранняя диагностика РЯ трудна, так как на начальных этапах заболевание не имеет патогномичных клинических симптомов. Это приводит к тому, что у 70,0% больных заболевание диагностируется в поздних стадиях [1, 2].

Репродуктивными факторами риска, серьезно влияющими на частоту возникновения РЯ, являются раннее менархе (до 11 лет), позднее вступление в период постменопаузы (после 55 лет), поздний возраст первой беременности (после 35 лет) и ограничение лактации (частый и ранний отказ от грудного вскармливания). Известно, что пики заболеваемости

новообразованиями яичников приходится на возраст гипергонадотропинемии, снижение которой приводит к снижению возникновения опухолей яичников. В руководстве Всемирной организации здравоохранения по опухолям подчеркивается возможность снижения риска развития РЯ при применении пероральной контрацепции и наличии большого количества родов. Особенности питания, физической активности, а также, возможно, некоторые социальные привычки, например злоупотребление кофе, относят к внеерепродуктивным факторам риска. Таким образом, в патогенезе спорадических форм новообразований яичников основное внимание уделяется гипергонадотропинемии, непрерывной овуляции, проблемам репродуктивного и пищевого поведения. Однако обилие накопленных знаний о факторах риска, звеньях патоморфогенеза до настоящего времени не привело к формированию единой стройной концепции механизмов развития рака яичников. Окончательное понимание патогенеза рака яичников в настоящее время также недостижимо, как и раньше [3, 7].

Серьезную опасность репродуктивному здоровью женщин и их будущему поколению представляет сочетание беременности со злокачественными опухолями, в частности раком яичников. По мнению В. И. Медведя [8], биологическая уникальность проблемы заключается в сочетании неуправляемого клеточного роста при злокачественных новообразованиях и весьма близкого по природе управляемого физиологического роста при беременности. Сочетание беременности и рака встречается относительно редко – примерно 0,2-1:1000. Официальной статистики по распространенности и заболеваемости всеми формами злокачественных новообразований беременных в Украине нет [6]. Однако если в середине прошлого века отмечалось от 3 до 7 случаев сочетания рака и беременности на 10000 беременностей, то к концу столетия количество случаев увеличилось до 10 на 10000 беременностей [8]. За пятилетний период (2004-2008 гг.) удельный вес опухолевых процессов в структуре причин материнской смертности от экстрагенитальной патологии в стране составляет 19,1%, причем ежегодное число случаев имеет тенденцию к росту [6]. Наиболее часто описываются сочетания с беременностью рака шейки матки (44,2%) и молочной железы (17,8%). Частота сочетания с беременностью широко распространенного рака желудка и прямой кишки (10,8%) не намного выше, чем редко встречающихся сарком (7,1%). Далее следует рак яичника (5,5%), злокачественные лимфомы (4,9%), рак щитовидной железы (2,4%), злокачественные меланомы (1,9%). На указанные локализации приходится 94,6% всех описанных сочетаний злокачественных опухолей с беременностью [8].

Представляем клинический случай спорадического рака яичников у родильницы, выявленный в

родильном отделении Территориального медицинского объединения Симферопольского района.

Пациентка Ж., 27 лет, была взята на учет в сроке 7-8 недель беременности. Из анамнеза: соматически здорова, онкологический, наследственный анамнезы не отягощены. Менструации с 14 лет, нерегулярные. Половая жизнь с 15 лет. Беременность первая, желанная, протекала на фоне низкой плацентации в 13 недель гестации, анемии I-II степени, на стационарном лечении не находилась, получала гемостимулирующую терапию амбулаторно. За время наблюдения клинико-биохимическое обследование проведено в полном объеме, консультирована смежными специалистами, в установленные сроки проводились ультразвуковые исследования (УЗИ), во время которых объемных новообразований брюшной полости не выявлено.

Женщина поступила в родильное отделение во II периоде родов при беременности 37 недель 4 дня. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Артериальное давление – 100/60 мм рт. ст. на обеих руках, пульс – 76 уд./мин., удовлетворительных свойств, температура тела – 36,6°C. Сердечные тоны ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание безболезненное. Отеков нет. Родоразрешилась живым доношенным плодом женского пола, весом – 2550 г, ростом – 48 см, с оценкой по шкале Апгар на 1 минуте – 8 баллов, на 5 минуте – 9 баллов. Общая продолжительность родов – 1 час 50 минут. Общая кровопотеря в родах – 150 мл. Ранний послеродовый период протекал без особенностей. Однако при очередном осмотре спустя 2 часа после родов было отмечено нехарактерное увеличение живота, при этом общее состояние женщины компенсированное, жалоб не предъявляет. Живот увеличен в объеме, симметричный, с выраженным сосудистым рисунком на коже, участвует в акте дыхания. Окружность живота – 102 см. При пальпации в брюшной полости определяется опухолевидное образование, выполняющее почти всю брюшную полость, туго-эластичной консистенции, без четких контуров, незначительно болезненное при пальпации, неподвижное при попытке смещения. Симптом флюктуации – сомнительный. Симптом раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются. Матка плотная, смещена несколько влево, на 15 см над лоном, контуры матки четкие, безболезненная при пальпации. Проведено лабораторное обследование, в общем анализе крови – Hb 93 г/л, эритроциты –  $2,88 \cdot 10^{12}/л$ , гематокрит – 32%, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +, гипохромные эритроциты+, остальные показатели – в пределах нормы. Спустя сутки после родов стало отмечаться ухудшение общего состояния женщины, появились жалобы на тошноту, рвоту, чувство распирания в

животе. Живот при пальпации напряжен, перкуторно отмечается притупление в отлогих местах. Симптом раздражения брюшины – сомнительный. Перистальтика не прослушивается. Из желудка по зонду получено 250 мл застойного содержимого. Диурез с момента наблюдения составил 1100 мл. При УЗИ органов брюшной полости обнаружено образование,

занимающее практически всю брюшную полость, с ровными, четкими контурами, представляющее собой многокамерную жидкостную структуру с наличием множества мелких кист с однородным содержимым. Выставлен диагноз: Послеродовой период. 1-е сутки. Образование брюшной полости. Асцит. Перитонит?



Рис. 1 а.



Рис. 1 б.

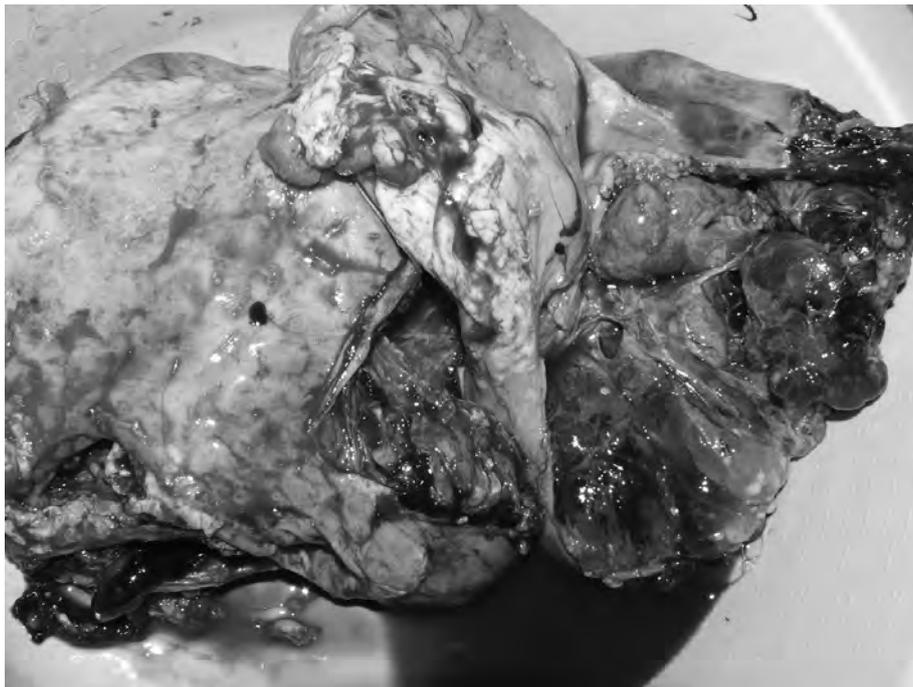


Рис. 1 с.

Рис. 1 а, b, с. Пациентка Ж., 27 лет. Послеродовой период. 1-е сутки. Аденокарцинома яичников.

Решено, учитывая отрицательную динамику, развитие перитонита, произвести нижнесрединную лапаротомию. Во время операции при ревизии органов брюшной полости обнаружена жидкость соломенного цвета, до 2 литров, многочисленные пленки фибрина, выстилающие весь малый таз. Петли кишечника спаяны между собой. В правой и левой областях по латеральным каналам – кистомы яичников, доходящие справа до печени, слева – до селезенки. Кистомы рыхлае, темно-зеленого цвета, состоящие из множества кист с разрастанием ткани. Размеры кистом: правая – 30×20×20 см, левая – 25×20×15 см (рис. 1 а, b, с). Тупым и острым путем кистомы выделены из спаек с кишечником, печенью, стенками брюшной полости, селезенкой. Кистомы отправлены на cito патолого-гистологическое исследование (ПГИ). Результат – аденокарцинома яичников. Решено расширить объем оперативного вмешательства и произвести экстирпацию матки с придатками, резекцию большого сальника, дренирование брюшной полости.

Течение послеоперационного периода протекало без осложнений. При заключительном ПГИ выявлена серозная сосочковая цистаденокарцинома высокой степени дифференцировки, в сальнике обнаружен метастатический рост цистаденокарциномы. Выписана с ребенком домой с диагнозом: Роды I, срочные, стремительные. Послеродовой период. 9-е сутки. Аденокарцинома яичников. Перитонит. Анемия II ст. Состояние после экстирпации матки с придатками, резекции сальника, дренирования брюшной полости.

Женщина для дальнейшего лечения направлена в онкологический диспансер.

#### ВЫВОДЫ

На основании вышеизложенного, а также, учитывая отмеченную тенденцию к росту числа случаев злокачественных новообразований в сочетании с беременностью, можно сделать вывод о необходимости проведения более тщательного ультразвукового обследования беременных женщин с надлежащей онкологической настороженностью.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика опухолей и опухолевидных образований / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, А. А. Соломатина [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. – № 6. – С. 63–71.
2. Манухин И. Б. Новое о патогенезе и факторах риска развития спорадического рака яичников / И. Б. Манухин, М. М. Высоцкий, М. А. Овакимян // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – № 4. – С. 45–49.
3. Медведь В. И. Беременность и злокачественные новообразования: варианты сочетаний, взаимное влияние, тактика ведения / В. И. Медведь, В. А. Данилко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 5. – С. 218–222.
4. Медведь В. И. Беременность и новообразования / В. И. Медведь, В. А. Данилко // Жіночий лікар. – 2010. – № 5. – С. 5–9.
5. Михановский А. А. Современные аспекты диагностики и лечения рака яичников / А. А. Ми-

хановский, О. В. Слободянюк // Международный медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 85–87.

6. Никогосян С. Рак яичников: вопросы диагностики и современные методы лечения / С. Никогосян, В. Кузнецов // Врач. – 2010. – № 11. – С. 2–8.

7. Опухоли и опухолевидные образования яичников и их клинические проявления / Г. М. Са-

вельева, В. Г. Бреусенко, А. А. Соломатина [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. – № 5. – С. 63–71.

8. Свінцицький В. С. Злоякісні пухлини яєчника: оптимізація комплексного лікування / В. С. Свінцицький, Л. І. Воробйова // Онкологія. – 2010. – Т. 12, № 1. – С. 93–97.