

М.М. Падруль¹, Н.В. Статных¹, Т.П. Гоффман², Т.В. Полякова¹

Клинический случай сочетания доношенной беременности и рака желудка

¹ ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь

² ГБУЗ ПК «Нытвенская РБ», г. Нытва

Актуальность. Сочетание автономного клеточного роста злокачественной опухоли и управляемого роста фетоплацентарного комплекса является уникальной биологической и сложной для диагностики и лечения клинической проблемой. По литературным данным комбинация беременности с раком желудка встречается в 11% случаев. Почти в 90% случаев диагноз рака желудка у беременных ставится во II и III триместрах. Поздняя диагностика, возможность материнской смерти до конца беременности и высокая частота прерывания беременности ухудшают прогноз для матери и плода, только 38% детей рождаются живыми. Пятилетняя выживаемость при сочетании рака желудка и беременности составляет 2,9%, что свидетельствует о неблагоприятном влиянии беременности на клиническое течение рака желудка.

Клинический случай. Представленный случай сочетания доношенной беременности, завершившейся родами живым плодом, и диагностированной в послеродовом периоде запущенной стадии рака желудка подтверждает сложность диагностики этой патологии при беременности и указывает на отсутствие влияния в данной ситуации рака желудка на течение беременности и ее исход, однако ухудшает прогноз для здоровья матери. Наличие метастазов в плаценте, наблюдавшееся в нашем случае, является редкостью, свидетельствующей о генерализации онкологического процесса у пациентки.

Ключевые слова: диагностика, рак желудка, метастазы в плаценту, доношенная беременность

Введение

Сочетание автономного клеточного роста злокачественной опухоли и управляемого роста фетоплацентарного комплекса является уникальной биологической и сложной для диагностики и лечения клинической проблемой.

В связи с редкой встречаемостью онкологического заболевания во время беременности

(1:1000) отсутствуют мультицентровые рандомизированные исследования при единичном числе когортных и проспективных исследований с коротким периодом наблюдения [1–3].

Изменения гормонального гомеостаза, направленные на сохранение беременности и нормальное развитие плода, заключаются в увеличении секреции прогестерона, эстрогенов, кортизола, альдостерона и других гормонов практически всей эндокринной системы, а также хорионических гормонов, продуцируемых плацентой. Повышенная секреция ряда гормонов, особенно глюкокортикоидов и инсулина, способствует развитию относительной депрессии Т-системы лимфоцитов, что предупреждает феномен отторжения плода. Согласно гипотезе Бернета (1970 г.), беременность с присущими ей глубокими и многообразными гормонально-метаболическими и иммунологическими изменениями может предрасполагать к развитию или клиническому проявлению рака. На основании этих фактов было сделано теоретическое допущение, что беременность может увеличить риск возникновения рака. В.М. Дильман (1983 г.) причислял беременность к факторам канкрофилии [4].

Однако изучение статистических и эпидемиологических данных позволило заключить, что неизвестно ни одной злокачественной опухоли, частота которой увеличивается во время беременности и связана с высокой фертильностью [2, 4–10].

Рак, как таковой, не возникает во время беременности, он начинается задолго до нее, беременность лишь провоцирует его развитие за счет изменения гормонального фона, способствующего избыточной клеточной пролиферации [11, 12].

Общая закономерность состоит в том, что более чем в 80% наблюдений ухудшение прогноза начинается со II и усугубляется в III триместре беременности, что зависит от суммации иммунодепрессивных влияний развивающейся опухоли и прогрессирующей беременности [4].

Однако ряд авторов склонны считать, что беременность не оказывает негативного влияния

на прогноз онкологического заболевания [1, 2, 5–10]. Указанное свидетельствует о сложности и актуальности проблемы сочетания рака и беременности и дает возможность приблизиться к пониманию очевидного факта, что беременность может ухудшить клиническое течение и прогноз при одних локализациях опухоли и не оказать влияния при других.

Беременность усугубляет клиническое течение и прогноз многих злокачественных опухолей, особенно рака шейки матки, молочной железы, желудка, прямой кишки, надпочечников, меланомы кожи, лимфосаркомы, опухоли гипофиза и других локализаций. Нет прямых доказательств ухудшения прогноза при беременности у больных гипернефромой, раком легкого, саркомой мягких тканей. Известны результаты исследований об отсутствии ускорения роста опухоли при беременности у больных лимфогранулематозом и высокодифференцированным раком щитовидной железы [4, 13].

По данным М.О. Силькиной и К.Р. Бахтиярова (2018 г.), которые провели аналитический обзор информации о раке во время беременности в 2014–2018 гг., установлено, что беременность чаще всего сочетается со следующими онкологическими заболеваниями: раком шейки матки и молочной железы, раком желудка и прямой кишки, раком яичников. Кроме того, в литературных источниках описаны единичные случаи обнаружения рака легких и опухолей головного мозга во время беременности [11].

Ежегодно в литературе появляются новые описания сочетания рака желудка и беременности. Средний возраст беременных составляет 29 лет, с вариациями от 20 до 44 лет. Это связано с тем, что у больных раком желудка в репродуктивном возрасте фертильность не снижена [14–16]. По данным PingWei и соавт. (2017 г.) зарегистрировано 148 случаев карциномы желудка, связанной с беременностью, 93% из которых были диагностированы на поздней стадии. Плацента была поражена в 9 (6%) случаях, и ни в одном не был поражен плод. Метастазы материнских новообразований в плаценту возникают только при наличии широко распространенного заболевания и имеют неблагоприятные клинические последствия для матери [16].

Рак желудка находится на 4-м месте в мире в структуре онкологической заболеваемости, уступая лишь раку легкого, молочной железы, предстательной железы, и является третьей причиной по частоте смерти онкологических больных после рака легкого и колоректального рака. Ежегодно в мире раком желудка заболевает около 1 млн человек. Наиболее высокие показатели заболеваемости и смертности от рака желудка отмечены в Корее, Японии и Китае, а самые

низкие в Северной Америке [14, 15]. Ежегодно в России регистрируется около 39 тыс. новых случаев рака желудка и более 34 тыс. смертей от данного заболевания. Общая 5-летняя выживаемость больных не превышает 20%. Данная патология характеризуется агрессивным течением и плохим прогнозом [14].

Клиническая картина рака желудка характеризуется отсутствием закономерности. В начальной стадии нередко отмечается синдром малых признаков: изменение самочувствия, общая слабость, утомляемость, снижение трудоспособности, немотивированное снижение аппетита, отвращение к мясу, «желудочный дискомфорт» — метеоризм, чувство тяжести, тошнота, иногда рвота, похудение, бледность, анемизация, психическая депрессия, апатия. Многообразие клинических проявлений рака желудка связано с локализацией опухоли, формой роста, распространенностью процесса, осложнениями. В связи с преобладанием тех или иных симптомов выделяют бессимптомную, диспептическую, болевую, лихорадочную, анемическую, кахектическую (терминальную) формы рака желудка. Однако, чаще всего клиническая картина не укладывается в эту схему и носит более сложный характер. Поскольку все симптомы не являются патогномичными — диагноз верифицируется на поздних стадиях.

Сходство ранних симптомов рака желудка и признаков токсикоза первой половины беременности приводит к тому, что диагноз устанавливается поздно. Почти в 90% случаев диагноз рака желудка ставится во II и III триместрах беременности. Поздняя диагностика, возможность материнской смерти до конца беременности и высокая частота прерывания беременности ухудшают прогноз для матери и плода, только 38% детей рождаются живыми. 5-летняя выживаемость при сочетании рака желудка и беременности составляет 2,9%, что свидетельствует о неблагоприятном влиянии беременности на клиническое течение рака желудка [11, 14, 15].

Клиническое наблюдение. Беременная Ш., 1978 г. рождения (36 лет), образование среднее, работает уборщицей, состоит в незарегистрированном браке.

Менструации с 14 лет, по 3 дня, через 30 дней, умеренные. Половая жизнь с 17 лет. Гинекологические заболевания отрицает. Паритет: 1-я беременность в 22 года — роды в срок, без осложнений, вес ребенка 3000 г; 2-я беременность в 23 года — роды в срок, без осложнений, вес ребенка 3000 г; 3-я беременность закончилась поздним выкидышем в 26 лет; 4-я беременность в 34 года — роды в срок, без осложнений, вес ребенка 4200 г. Данная беременность 5-я.

В перенесенных ранее заболеваниях указаны респираторные вирусные инфекции. Сифилис, туберкулез, гепатиты — отрицает. Травм и операций не было. Гемотрансфузии не проводились. Употребление наркотических веществ и табакокурение отрицает.

С данной беременностью обратилась в женскую консультацию центральной районной больницы в сроке 8–9 нед и была поставлена на диспансерный учет. Последняя менструация — 13 апреля 2015 г. При взятии на учет рост 160 см, масса тела — 86,5 кг, артериальное давление — 100/60 мм рт. ст. на обеих руках. Беременная посетила женскую консультацию двенадцать раз, жалоб не предъявляла. Было проведено полное обследование, регламентированное приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю» акушерство и гинекология. Степень перинатального риска в I и III триместрах расценена как средняя (7 баллов) с увеличением до 12 баллов в III триместре. В течение беременности колебания артериального давления при измерении на обеих руках 100/70–110/75 мм рт. ст.; увеличение массы тела за беременность — 2 кг, причем отмечено снижение массы тела с 30 нед беременности. Проведены лабораторные исследования: общий анализ крови в сроке 8–9 нед — гемоглобин 140 г/л, эритроциты $4,3 \times 10^{12}$, лейкоциты $7,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 23 мм/ч; в сроке 33–34 нед беременности — эритроциты $4,28 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 135 г/л, СОЭ 30 мм/ч. Общие анализы и бактериологическое исследование мочи, биохимические исследования крови (белок, глюкоза, общий билирубин, мочевины, креатинин, холестерин, АСТ, АЛТ), гемостазиограмма, обследование на генитальные инфекции — без патологических отклонений. Осмотр терапевта: ожирение I–II степени. Консультация окулиста: содружественное расходящееся косоглазие; миопический астигматизм. В 29 нед осмотрена отоларингологом по поводу острого ринита — проведено лечение.

Трехкратное проведение УЗИ (в 8 нед, в 20 нед и в 32 нед) выявило в 20 нед подозрение на внутриутробное инфицирование, в 32 нед — плацентарные нарушения. Была направлена на УЗИ экспертного класса, но не смогла уехать по семейным обстоятельствам. В 16 нед проведен биохимический скрининг — низкий риск хромосомной патологии плода.

16.01.2016 г. роженица в удовлетворительном состоянии поступила в родильное отделение центральной районной больницы с начавшейся родовой деятельностью. При мониторинговании плода с помощью кардиоотографии (КТГ) диа-

гностирован физиологический тип КТГ. Планировалось родоразрешение через естественные родовые пути.

17.01.2016 г. на фоне излития околоплодных вод и продолжающейся родовой деятельности был выполнен повторный КТГ-мониторинг состояния плода. Выявлен волнообразный характер сердечного ритма с трудно определяемой базальной частотой, поздние вариабельные децелерации средней степени тяжести, свидетельствующие о наличии дистресса плода. Роды было решено закончить оперативным путем ввиду угрозы жизни плода.

17.01.2016 г. через 9 ч после поступления в родильное отделение выполнена лапаротомия по Джоэл—Коену, кесарево сечение в нижнем сегменте с последующей стерилизацией. Извлечена девочка, вес 3578 г, длина 54 см, с однократным тугим обвитием пуповины вокруг шеи, оценка по шкале Апгар 4/7 баллов. Послед: удален рукой, при осмотре рыхлый, с наличием кальцинатов, направлен на гистологическое исследование. При осмотре матки на передней стенке обнаружено 3 интерстициальных миоматозных узла, размерами 0,5–1 см в диаметре. Левые придатки матки без патологии, справа в области придатков определялось варикозное расширение сосудов. Общая кровопотеря — 800 мл. Диагноз: роды IV срочные, оперативные. Отягощенный гинекологический анамнез. Хронические плацентарные нарушения. Раннее излитие околоплодных вод (безводный период 7 ч 45 мин). Дистресс плода. Однократное обвитие пуповины вокруг шеи плода. Дискоординация родовой деятельности. Эпидуральная анальгезия. Множественная миома матки небольших размеров. Содружественное расходящееся косоглазие. Ожирение I–II степени. Лапаротомия по Джоэл—Коену. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Стерилизация.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 7-е сутки, заживление раны первичным натяжением. Выписана из родильного отделения на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии с ребенком, находящимся на грудном вскармливании.

06.02.2016 г. на 21-е сутки после родов пациентка обратилась в центральную районную больницу по месту жительства с жалобами на боли в эпигастриальной области, появившиеся вскоре после выписки из родильного отделения, и, присоединившуюся позднее, рвоту съеденной пищей. При рентгеноскопии желудка с бариевой взвесью обнаружено нарушение эвакуации бария из желудка в течение 2 сут. При фиброгастроскопии выявлен стеноз выходного отдела желудка II–III степени; в связи с большим количеством бариевой взвеси и пищевых

масс в желудке биопсия не проводилась. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости в проекции головки поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки выявлено неоднородное, изоэхогенное образование до 4 см в диаметре, желудок заполнен жидкостным содержимым, перистальтика вялая; в нижних отделах живота визуализировалось небольшое количество жидкости.

С подозрением на опухоль головки поджелудочной железы пациентка направляется в хирургический стационар краевой клинической больницы для уточнения диагноза и выбора тактики лечения.

При обследовании в краевой клинической больнице выявлены отклонения лабораторных показателей от референсных значений: в общем анализе крови — гемоглобин 104 г/л; в общем анализе мочи — наличие желчных пигментов и амилазы 1512 ЕД/л; в биохимическом анализе крови — общий билирубин 117 мкмоль/л, прямой билирубин 91,8 мкмоль/л, непрямого билирубин 25,2 мкмоль/л, глюкоза 7,2 ммоль/л, АСТ 209,8 ЕД/л, АЛТ 169,4 ЕД/л, белок 58 г/л; при исследовании коагулограммы — увеличение ПТВ — 15,7 с, АПТВ — 45 с, снижение фибриногена — 91 г/л; определен повышенный уровень онкомаркеров СА-19,9 — больше 1000 ЕД/мл и нормальный уровень РЭА — меньше 0,2 нг/мл.

При проведении рентгенографии желудка диагностирован декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. При обзорной рентгенографии легких — легочные поля с усиленным за счет интерстициального компонента рисунком, с инфильтративным затемнением в правом легком, преимущественно в верхней доле, корни структурны, с петрификатами; синусы прослеживаются, сердце расположено срединно, увеличено. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости: в проекции 6–7 сегментов печени определялись жидкостные образования с перегородками, с неоднородным содержимым повышенной эхогенности — размерами 38 и 30 мм (кисты? вторичные изменения?); внутрипеченочные желчные протоки расширены; Ductus Choledochus расширен на всем протяжении до 13 мм — внутрипросветные образования не определяются; желудок увеличен в размерах с большим количеством содержимого в нем. При МР-холангиографии печень умеренно увеличена, имеет ровные и четкие контуры, в правой доле визуализируются образования (не менее 4), слабо гиперинтенсивные, правильной округлой формы, размерами от 6 до 18 мм; внутрипеченочные желчные протоки расширены, долевые до 8,7 мм в поперечнике; общий пе-

ченочный проток до 12,5 мм в поперечнике, на расстоянии 15 мм от конfluence ампутирован; в области ворот печени нечеткий инфильтрат до 30 мм в диаметре (конгломерат лимфатических узлов?); холедох не визуализируется; желчный пузырь не увеличен, имеет пониженный сигнал, стенки пузыря утолщены, инфильтрированы; поджелудочная железа увеличена, дольчатость сглажена, контуры нечеткие, парапанкреатическая клетчатка значительно инфильтрирована; утолщены, инфильтрированы стенки выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, без четкой границы с головкой поджелудочной железы; под задне-нижней поверхностью правой доли печени визуализируются 2 кистоподобных образования 42 мм и 33 мм в диаметре, к ним прилежит значительно утолщенный (медиальная ножка до 15 мм) неоднородный надпочечник, контуры его местами нечеткие, левый надпочечник утолщен, неоднородный, в проекции медиальной ножки образование 46 на 23 мм, изоинтенсивные ткани надпочечника; небольшое количество жидкости в брюшной полости; визуализируются множественные лимфатические узлы до 10 мм в брюшной полости и забрюшинном пространстве; в левых отделах тела Th12 очаг, гипоинтенсивный на T2, гиперинтенсивный на SPAIR. При эзофагогастродуоденоскопии: пищевод проходим, слизистая в нижней трети эрозирована, отечна; в желудке мутная жидкость, антральный отдел желудка резко сужен, стенки инфильтрированы, отечны, бугристые, инфильтрация переходит по малой кривизне на нижнюю треть тела желудка; аппарат в двенадцатиперстную кишку проведен с усилием, луковица двенадцатиперстной кишки отечна, гиперемирована, дефектов нет; постбульбарный отдел широкий, новообразований нет; большой дуоденальный сосочек четко не виден; выполнена биопсия из зоны инфильтративных изменений антрального отдела желудка.

По данным клинико-лабораторных исследований пациентке был поставлен диагноз: новообразование головки поджелудочной железы с прорастанием в антральный отдел желудка и двенадцатиперстную кишку. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. Механическая желтуха. Гипербилирубинемия. Асцит. Поставленный диагноз и развившиеся осложнения явились показаниями к экстренному оперативному вмешательству, дооперационный объем которого планировался в выполнении лапаротомии, выведении наружной гепатикостомы, формировании обходного гастроэнтероанастомоза.

16.02.2016 г. (31-е сутки после родов) выполнена экстренная операция. Из протокола операции: «...Выполнена верхне-срединная лапаротомия; из брюшной полости эвакуировано

около 500 мл асцитической жидкости; на париетальной брюшине малого таза определяются просовидные округлые очаги до 0,3 мм в диаметре (карциноматоз?), произведена биопсия очагов; в правой доле печени определяется множественные плотные очаговые изменения с неровным контуром, максимальным диаметром до 6 см (метастазы?); желчный пузырь спавшийся, конкрементов не содержит; желудок увеличен в размерах, в теле и антральном отделах определяется опухоль, прорастающая серозную оболочку, распространяющаяся на двенадцатиперстную кишку, головку поджелудочной железы, терминальный отдел холедоха. Выделен участок гепатикохоледоха выше места впадения пузырного протока, холедох расширен до 14 мм...» Выполнено дренирование холедоха по Керу, сформирован впередиободочный гастроэнтероанастомоз на длинной петле с Брауновским соустьем, брюшная полость дренирована.

После проведения оперативного лечения были получены результаты патоморфологического исследования гастробиоптатов: низкодифференцированная аденокарцинома. Патогистологическое исследование биоптата брюшины — фиброзный узелок, опухолевые клетки отсутствуют. Результаты патогистологического исследования последа были получены после проведения оперативного лечения в хирургическом отделении: хроническая плацентарная недостаточность при доношенной беременности, субкомпенсация; с материнской стороны в межворсинчатых пространствах обнаружены множественные очаги опухолевого роста, представленные атипичскими железистоподобными и криброзными структурами с темными гиперхромными ядрами — подозрение на метастазы умеренно дифференцированной аденокарциномы.

На 4-е сутки после оперативного вмешательства появилась рвота «кофейной гущей», мелена. Проводилась гемотранфузионная, гемостатическая, дезинтоксикационная, гепатопротекторная, прокинетическая терапия, коррекция водно-электролитных и алиментарных нарушений, мероприятия общего ухода. Несмотря на весь спектр лечебных мероприятий, общее состояние пациентки ухудшалось в связи с прогрессирующей полиорганной недостаточностью и раковой интоксикацией. Биологическая смерть констатирована 29.02.2016 г. (44-е сутки после родов).

Посмертный диагноз: рак антрального отдела желудка рсТ4bN3M1(her, neg, lum). Сопутствующий: Кисты печени. Очаговое новообразование медиальной ножки левого надпочечника; очаговое новообразование Th12. Осложнения: декомпенсированный стеноз выходного отдела

желудка; механическая желтуха; асцит; желудочно-кишечное кровотечение от 20.02.2016 г.; постгеморрагическая анемии тяжелой степени. Полиорганная (печеночная, почечная, алиментарная) недостаточность. Раковая интоксикация.

При аутопсии выявлено: злокачественное новообразование антрального отдела желудка (патоморфологическое заключение: аденокарцинома, G3) с прорастанием в двенадцатиперстную кишку; продолженный рост с множественными метастазами в печень, легкие, правый надпочечник; отек легких и головного мозга; асцит; тяжелая паренхиматозная дистрофия внутренних органов; обширные некрозы печени с внутрипеченочным холестазом; кортикальные некрозы почек. Причина смерти: полиорганная недостаточность.

Выводы

Представленный случай сочетания доношенной беременности и запущенной стадии рака желудка подтверждает сложность диагностики данной патологии при беременности и указывает на отсутствие влияния в данной ситуации рака на течение беременности и ее исход с ухудшением прогноза для здоровья матери. Отсутствие специфических клинических проявлений привело к постановке диагноза в терминальной стадии. Единственный симптом, который мог насторожить врача, наблюдавшего пациентку — небольшая прибавка в весе в течение всей беременности (2 кг) со снижением массы тела в III триместре. Плацентарные нарушения, диагностированные по УЗИ с 20 нед беременности, могли быть связаны как с перенесенным острым ринитом, так и с наличием метастазов в плаценте. Дополнительным фактором ухудшения состояния плода в родах явилось тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Наличие метастазов в плаценте, наблюдавшееся в нашем случае, является редкостью, свидетельствующей о тяжести онкологического процесса у матери.

Вклад авторов:

Падруль М.М. — написание текста рукописи, обзор публикаций по теме статьи;

Статных Н.В. — анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи, написание рукописи;

Гоффман Т.П. — получение данных для анализа, анализ полученных данных;

Полякова Т.В. — анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии в статье конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Серов В.Н., Шмаков Р.Г., Полушкина Е.С., Волочаева М.В. Рак и беременность // Рус. мед. журн. 2015;20:1195–7 [Serov VN, Shmakov RG, Polushkina ES, Volochaeva MV. Cancer and pregnancy // Russkiy meditsinskiy zhurnal. 2015;20:1195-7 (In Russ.)].
2. Van Calsteren K, Heyns L, De Smet F et al. Cancer during pregnancy: an analysis of 215 patients emphasizing the obstetrical and the neonatal outcomes // J. Clin. Oncol. 2010;28(4):683–689.
3. Добродеев А.Ю. Беременность и рак желудочно-кишечного тракта // Сибирский онкологический журнал. 2003;3:37–9 [Dobrodeev AYu. Pregnancy and gastrointestinal cancer // Sibirskii onkologicheskii jurnal. 2003;3:37–9 (In Russ.)].
4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Л: Медицина, 1989 [Bokhman YaV. Guidelines on Oncogynecology. L: Meditsina, 1989 (In Russ.)].
5. Hahn KM, Johnson PH, Gordon N et al. Treatment of pregnant breast cancer patients and outcomes of children exposed to chemotherapy in utero // Cancer. 2006;107(6):1219–1226.
6. Abdel-Hady E-S, Hemida RA-H, Gamal A et al. Cancer during pregnancy: perinatal outcome after in utero exposure to chemotherapy // Arch. Gynecol. Obstet. 2012;286(2):283–286.
7. Hoellen F, Reibke R, Hornemann K et al. Cancer in pregnancy. Part I: basic diagnostic and therapeutic principles and treatment of gynecological malignancies // Arch. Gynecol. Obstet. 2012;285(1):195–205.
8. Bolling C, Schuster S, Pfeiffer J Hematological and non-gynecological malignancies in pregnancy. Treatment options, problems and challenges // Gynakologe. 2012;45(12):951–958.
9. Cardonick E, Dougherty R, Grana G et al. Breast cancer during pregnancy: maternal and fetal outcomes // Cancer J. 2010;16(1):425–426. doi:10.1097/PPO.0b013e3181ce46f9
10. Morice P, Uzan C, Gouy S et al. Gynecological cancers during pregnancy // Lancet. 2012;79):558–569.
11. Силькина М.О., Бахтияров К.Р. Рак и беременность // Архив акушерства и гинекологии. 2018;5(4):182–186. doi:http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-4-182-186 [Silkina MO, Bakhtiyarov KR. Cancer and pregnancy // Archiv akusherstva i ginekologii. 2018;5(4):182–186 (In Russ.)]. doi:http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-4-182-186
12. Skrzypczyk-Ostaszewicz A, Rubach M. Gynecological cancers coexisting with pregnancy // Contemp. Oncol. (Pozn.). 2016;20(3):193–8. doi:10.5114/wo.2016.61559
13. 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 [Gerasimova AA, Boldina EB, Manukhin IB, Klimenko PA. Gastrointestinal stromal tumor and pregnancy // Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2021;20(1):152–161 (In Russ.)]. doi:10.20953/1726-1678-2021-1-152-161
14. Протасова А.Э., Зазерская И.Е., Ильин А.Б. и др. Ведение пациентки с диагнозом рака желудка во время беременности // Гинекология. Доктор. Ру. 2020;19(1):21–24. doi:10.31550/1727-2378-2020-19-1-21-24 [Protasova AE, Zazerskaya IE, Ilyin AB et al. Management of a Patient with Gastric Cancer During Pregnancy // Gynecologiya. Doctor. Ru. 2020;19(1):21–24 (In Russ.)]. doi:10.31550/1727-2378-2020-19-1-21-24
15. Егорова А.Т., Киселева Е.Ю., Базина М.И. и др. Сочетание беременности с запущенной формой рака желудка // Сибирское медицинское обозрение. 2015;5:96–99. doi:10.20333/25000136-2015-5-96-99 [Egorova AT, Kiseleva EYu, Bazina MI et al. Combination of the pregnancy with neglected form of cancer stomach // Sibirskoe meditsinskoe obozrenie. 2015;5:96–99 (In Russ.)]. doi:10.20333/25000136-2015-5-96-99
16. Ping Wei, Mulan Jin, Yue Wang et al. The clinical and pathological features of maternal gastric adenocarcinoma metastatic to placenta // Fetal Pediatr Pathol. 2017;36(6):465–471. doi:10.1080/15513815.2016.1188869

Поступила в редакцию 24.05.2022 г.
Получена после доработки 14.07.2022 г.

M.M. Padrul¹, N.V. Statnykh¹, T.P. Goffman², T.V. Polyakova¹

A clinical case of a combination of full-term pregnancy and stomach cancer

¹ Academician E.A. Wagner Perm State Medical University, Perm, Perm Krai, Russian Federation

² Nytyva District Hospital, Nytyva, Perm Krai, Russian Federation

Relevance. The combination of autonomous cell growth of a malignant tumor and controlled growth of the fetoplacental complex is a unique biological and complex clinical problem for diagnosis and treatment. According to literature data, the combination of pregnancy with stomach cancer occurs in 11% of cases. In almost 90% of cases, stomach cancer is diagnosed in the II and III trimesters. Late diagnosis, the possibility of maternal death before the end of pregnancy and a high frequency of pregnancy termination worsen the prognosis for the mother and her fetus, and only 38% of children are born alive. The five-year survival rate in case of the combination of stomach cancer and pregnancy is 2.9%, which indicates an unfavorable impact of pregnancy on the stomach cancer progression.

Clinical case. The presented case of the combination of a full-term pregnancy that ended with a live fetus and an advanced stage of stomach cancer diagnosed in the postpartum period confirms the complexity of diagnosing this pathology during pregnancy and gives evidence of the absence of influence of stomach cancer in this situation on the course of pregnancy and its outcome, however, such a situation worsens the prognosis for the mother's health. The presence of metastases in the placenta, observed in our case, is a rare event, and it indicates the generalization of the oncological process in the patient.

Key words: diagnosis, stomach cancer, placenta metastases, full-term pregnancy

Сведения об авторах

Падруль Михаил Михайлович, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1, ФГБОУ ВО «ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, ORCID: 0000-0002-6111-5093, 614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26, m-padrul@mail.ru

Статных Наталья Владимировна, канд. мед. наук., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1, ФГБОУ ВО «ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, ORCID: 0000-0001-7760-226X, 614990, Россия, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26, nasarasha@yandex.ru

Гоффман Татьяна Павловна, врач акушер-гинеколог, заведующая гинекологическим отделением ГБУЗ ПК «Нытвенская РБ», t.goffman2011@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-6734-5439, 617001, Россия, г. Нытва, ул. Чкалова, 61, t.goffman2011@yandex.ru

Полякова Татьяна Викторовна, студентка лечебного факультета ФГБОУ ВО «ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, ORCID: 0000-0001-9041-7835, 614990, Россия, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26, polyakova050599@yandex.ru

Mikhail Padrul, MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, Academician E.A. Wagner Perm State Medical University, ORCID: 0000-0002-6111-5093, 26 Petropavlovskaya str., Perm, 614990, Russian Federation, m-padrul@mail.ru

Natalya Statnykh, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, Academician E.A. Wagner Perm State Medical University, ORCID: 0000-0001-7760-226X, 26 Petropavlovskaya str., Perm, 614990, Russian Federation, nasarasha@yandex.ru

Tatyana Goffman, obstetrician-gynecologist, Head of the Gynecological Department of Nyтва District Hospital, ORCID: 0000-0002-6734-5439, 61 Chkalova str., Nyтва, 617001, Russian Federation, t.goffman2011@yandex.ru

Tatyana Polyakova, student of the Department of General Medicine of Academician E.A. Wagner Perm State Medical University, ORCID: 0000-0001-9041-7835, 26 Petropavlovskaya str., Perm, 614990, Russian Federation, polyakova050599@yandex.ru