

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

**ПЛАНИРОВАНИЕ, ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И
РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С
ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2016

УДК 618.2+618.4]:616-006(075.9)

ББК 57.16+55.6я73

А 32

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 7 от 09.09. 2016 г.

Автор:

к.м.н., доцент *Андреева Н.Л.*

Рецензенты:

ГУ РНПЦ «Мать и дитя»;

к.м.н., зав. лаб. медицинской генетики и мониторинга Прибушения О.В

Андреева Н.Л.

А 32

Планирование, ведение беременности и родоразрешение
пациенток с онкологическими заболеваниями: учеб.-метод.
пособие /Н.Л. Андреева. – Минск.: БелМАПО. 2016. – 35с.

ISBN 978-985-584-058-0

В пособии освещены современные взгляды на планирование, ведение
беременности и родоразрешение пациенток с онкологическими заболеваниями

Предназначено для студентов, субординаторов, врачей акушеров-
гинекологов, неонатологов, педиатров, реаниматологов, а также аспирантов и
клинических ординаторов.

УДК 618.2+618.4]:616-006(075.9)

ББК 57.16+55.6я73

ISBN 978-985-584-058-0

© Андреева Н.Л., 2016

© Издательство "БелМАПО", 2016

Содержание

Введение.....	4
История.....	6
Этиология рака.....	10
Рак щитовидной железы и беременность.....	11
Рак молочной железы.....	17
Рак яичников.....	19
Лимфома.....	21
Рак шейки матки и беременность.....	23
Колоректальный рак.....	28
Рак желудка.....	28
Острые лейкозы и беременность.....	29
Заключение.....	30
Литература.....	34

Введение

За последние десять лет заболеваемость раком в Беларуси (на 100 тыс. населения) увеличилась на 34%. Вместе с тем на протяжении многих лет в структуре всех причин смерти онкологическая патология занимает второе место после болезней системы кровообращения. В Беларуси наблюдается типичная для европейского континента ситуация, когда продолжительность жизни среди мужского населения больше всего сокращается вследствие смертности от злокачественных новообразований легких, толстого кишечника, желудка, у женского населения — из-за гинекологических опухолей. За последние десять лет заболеваемость раком в Беларуси (на 100 тыс. населения) увеличилась на 34%. Вместе с тем на протяжении многих лет в структуре всех причин смерти **онкологическая** патология занимает второе место после болезней системы кровообращения. В Беларуси наблюдается типичная для европейского континента ситуация, когда продолжительность жизни среди мужского населения больше всего сокращается вследствие смертности от злокачественных новообразований легких, желудка, у женского населения— из-за гинекологических опухолей и рака толстого кишечника.

Злокачественные новообразования в РБ

- Злокачественные новообразования молочной железы: 1 случай на 1 000 населения РБ
- Злокачественные новообразования трахеи, бронхов и лёгких: 1 случай на 2 000 населения
- Злокачественные новообразования желудка и тела матки: 1 случай на 3 000 населения РБ
- Злокачественные новообразования толстой кишки: 1 случай на 4 000 населения
- Злокачественные новообразования шейки матки и яичников и почки: 1 случай на 5 000 женского населения РБ

- Злокачественные новообразования щитовидной железы: 1 случай на 8 000 населения РБ

Сочетание беременности и злокачественных новообразований различных локализаций встречается в 2% случаев от всех родов в РБ.

В год только в Республиканских центрах РБ родоразрешается 150 беременных со злокачественными заболеваниями. Наибольшее число беременных пациенток имеют злокачественные опухоли щитовидной железы, на втором месте лимфомы и рак шейки матки, на третьем рак молочной железы в сочетании с беременностью.

На сегодняшний день с одной стороны имеет место неуклонный рост злокачественной заболеваемости, в среднем на 3% в год. Также отмечается тенденция к «омоложению» возраста возникновения рака и увеличения возраста планирования беременности. А увеличение возраста женщины на пять лет вдвое увеличивает ее шансы приобрести раковое заболевание. Все это явилось причиной увеличения сочетания беременности и рака.

С другой стороны, улучшение методов диагностики и успех в лечении рака, а также переход злокачественных заболеваний из разряда смертельных в разряд хронических еще больше привело к увеличению числа беременных пациенток с анамнезом онкозаболевания.

В РНПЦ «Мать и дитя» за 2011-2015 год родоразрешено 516 пациенток, у которых выявлены злокачественные заболевания во время текущей беременности или онкозаболевания имели место в анамнезе. Что составляет 1,9 % от всех родов. У 47,4 % пациенток рак выявлен во время беременности. Большинство сочетаний с беременностью приходится на РЩЖ – 40,9%. На втором месте лимфогрануломатоз – 13,8 %, на третьем РШМ- 10,7%, другие злокачественные опухоли сочетались с беременностью в 34,9% случаев. 52,6 % пациенток имели онкозаболевания в анамнезе. Из них у 40 % имел место в анамнезе РЩЖ.

В многочисленных работах ученых сделаны попытки улучшить диагностику и лечение злокачественных заболеваний, ассоциированных с беременностью. Однако ряд положений в данной области следует признать недостаточно изученными, многие из них устарели. В первую очередь, это касается аспектов ведения беременности и родов при онкологических заболеваниях. Нет четких протоколов ведения беременности и методов родоразрешения после перенесенных злокачественных заболеваний, а также злокачественных заболеваний, ассоциированных с беременностью.

Таким образом, возникает комплекс акушерских, онкологических и этических проблем, определяющих актуальность поиска наиболее рациональной тактики диагностики и лечения онкологических заболеваний при сочетании с беременностью, а также ведения беременности и родов у пациенток со злокачественными заболеваниями в анамнезе. Сегодня очень активно разрабатывается направление в онкологии, позволяющее сохранить репродуктивные возможности пациенток. Это и органосохраняющие операции, и всевозможные «защитные» механизмы при проведении лучевой терапии. Одно из новейших направлений в онкологии – разработка методов получения неповрежденного генетического материала (половых клеток) до начала химиотерапии и сохранение его весь период лечения.

История

Первые упоминания о раке датируются 17 веком до нашей эры и представляют собой список заболеваний в древнем папирусе, относящимся к 25 веку до нашей эры. В нем древний врачеватель Имхотеп писал о переломах костей и смещении позвоночника языком, характерным для современных учебников хирургии. Сорок восемь упоминаемых в папирусе случаев — перелом руки, прорывающиеся абсцессы на теле, раздробленные кости черепа — рассматриваются как медицинские состояния, и каждый наделен собственным анатомическим словарем, диагнозом, резюме и

прогнозом. Именно в этих наблюдениях древнего хирурга рак впервые выступает как отдельное заболевание.

Через два тысячелетия после первого описания Имхотепа вновь появляются упоминания о раке: заболевание предстает как тайный позор. В сочинении «История», написанном примерно в 440 году до нашей эры, греческий историк Геродот упоминает персидскую царицу Атоссу, внезапно пораженную необычным недугом. Атосса заметила у себя на груди кровоточащую шишку — вероятно, признак одного из самых злокачественных видов рака молочной железы, то есть воспалительного (при воспалительном раке молочной железы злокачественные клетки проникают в грудные лимфатические железы, образуя там красные раздувшиеся массы). Закутавшись в покрывала, она сама поместила себя в карантин. Лекари при дворе, возможно, и пытались врачевать ее, но тщетно. Наконец раб-грек по имени Демокед убедил ее позволить ему вырезать опухоль.

Царица выжила исключительно благодаря Демокеду, однако насколько долго она прожила нам не известно. Геродот и Имхотеп — всего лишь рассказчики, и в их повествованиях, как в любых историях, есть пробелы и неувязки.

Однако, эти упоминания злокачественных опухолей не подтверждены гистологическими заключениями и возможно касались различных доброкачественных, воспалительных образований.

В 1990 году могильник, содержащий около ста сорока тел, исследован Артуром Ауфдерхайдером, профессором из университета штата Миннесота в Дулуте. По образованию Ауфдерхайд — патологоанатом, однако специализируется на палеопатологии, изучении древних образцов. На раскопках могильников Ауфдерхайд провел сто сорок вскрытий, сделав на одном из них удивительное открытие. Мумия принадлежала молодой женщине лет тридцати с небольшим, захороненной в сидячем положении с

поджатыми ногами в неглубокой яме. Осматривая ее, Ауфдерхайд нащупал твердое «выпуклое образование» слева под мышкой. После гистологического исследования была установлена злокачественная опухоль костной ткани — остеосаркома, отлично сохранившийся в мумии рак тысячелетней давности. В наилучшей сохранности, как правило, находятся опухоли костной ткани — они с большей вероятностью способны уцелеть в веках из-за того, что образуют твердые кальцинированные ткани. «В мумиях найдены и другие виды злокачественных образований с хорошо сохранившейся тканью. Самый древний из них — абдоминальный рак, найденный в останках из египетского оазиса Дахла и датируемый примерно 400 годом нашей эры».

Поразительным открытием стало не то, что рак существовал и в далеком прошлом, а то, что он встречался относительно редко.

Этому есть несколько причин. Рак — заболевание, связанное с возрастом, причем связь эта зачастую экспоненциальна. Например, риск рака молочной железы составляет 1:400 для тридцатилетней женщины, но возрастает до 1:9 у семидесятилетней. В большинстве древних культур с невысокой продолжительностью жизни люди становились жертвами туберкулеза, водянки, холеры, оспы, проказы, чумы и пневмонии, а заболеть раком попросту не успевали.

В начале двадцатого века долголетие стало важным, однако, вряд ли единственным фактором в распространении рака. Тогда же существенно возросла наша способность выявлять рак на все более и более ранних стадиях, а также распознавать его как причину смерти. Вдобавок наше умение диагностировать рак значительно повысила техника хирургических операций, биопсий и аутопсий. Введение маммографии для выявления ранних стадий рака молочной железы резко увеличило частоту его встречаемости — внешне парадоксальный результат, обретающий смысл,

если принять во внимание, что рентген делает возможным раннюю диагностику опухолей.

И наконец, изменения в структуре современной жизни радикальным образом сдвинули спектр рака — увеличили частоту одних его разновидностей и уменьшили частоту других. Например, до второй половины 19 века в некоторых популяциях самым распространенным видом рака был рак желудка — вероятно, из-за того, что в состав консервантов и приправ для маринования входили определенные канцерогены, да к тому же некоторые эндемичные инфекции также провоцировали возникновение именно этого рака. С появлением современных холодильников — и, вероятно, в связи с переменами в области общественной гигиены, уменьшившими частоту эндемичных инфекций, — эпидемии рака желудка резко сошли на нет. По контрасту встречаемость у мужчин рака легких резко возросла в 1950-х годах в результате повышения табакокурения в начале двадцатого века. В 1900-е годы, как отмечал Розвелл Парк, туберкулез являлся самой частой причиной смерти в Америке. По пятам за ним следовала пневмония (Уильям Ослер, знаменитый врач из Университета Джонса Хопкинса, назвал ее «главарем смерти»), диарея и гастроэнтерит. Рак все еще находился на далеком седьмом месте. К началу 1940-х годов он взлетел на второе место в списке, уступая лишь сердечным заболеваниям. За тот же промежуток времени средняя продолжительность жизни увеличилась на двадцать лет. Доля людей старше шестидесяти лет — возраста, когда рак начинает прогрессировать со всей беспощадностью — увеличилась почти вдвое.

Во времена Гиппократов, около 400 года до нашей эры, в медицинской литературе появилось специальное обозначение рака — *karkinos*. Опухоль, оплетенная клубком распухших кровеносных сосудов, напомнила Гиппократу зарывшегося в песок краба. С историей рака связано и греческое слово *onkos*, которое порой использовали для описания опухолей. От этого

слова произошло современное название целой дисциплины — онкологии. Греки называли так груз или тяжесть — а рак, опухоль, представляли ношей, отягощающей тело[16].

Этиология рака

Рак — это системное заболевание, признаком которого является образование аномальных клеток, которые прорастают за пределы своих обычных границ, способны проникать в близлежащие ткани и распространяться в другие органы.

Причина рака - повреждение цепочки ДНК, которая является программным обеспечением человеческого организма. В результате запускается процесс превращения нормальных клеток в раковые. Канцерогенные неблагоприятные условия действуют напрямую на соматические клетки тех органов и вызывают рак непосредственно у индивида, подвергающегося этому воздействию. А мутация генов половых клеток, передаваясь по наследству, определяет риск возникновения рака для последующих поколений [19].

В результате запускается процесс превращения нормальных клеток в раковые. Канцерогенные неблагоприятные условия действуют напрямую на соматические клетки тех органов и вызывают рак непосредственно у индивида, подвергающегося этому воздействию мутация генов половых клеток, передаваясь по наследству, определяет риск возникновения рака для последующих поколений

Пять групп факторов риска или дополнительные условия развития рака:

- Генетический фактор.

- Физические канцерогены, как например, ионизирующее и ультрафиолетовое излучение.
- Химические канцерогены, как например, асбест, компоненты табачного дыма, афлатоксины в пищевых продуктах и мышьяк в питьевой воде.
- Биологические канцерогены, как например, инфекции, связанные с некоторыми вирусами, бактериями или паразитами.
- Нарушения иммунологического контроля[18].

Рак щитовидной железы и беременность

Большинство сочетаний злокачественных опухолей с беременностью в РБ приходится на рак щитовидной железы (РЩЖ). За 5 лет родоразрешено 211 пациентов с РЩЖ.

- У 147 (41,9%) пациенток имел место РЩЖ во время текущей беременности или в анамнезе.
- У 99% женщин выявилась высоко дифференцированная папиллярная карцинома ЩЖ.
- Средний возраст пациенток 29,5 лет.
- Средний срок беременности при родоразрешении 38-39 недель.
- 58,9% пациенток родоразрешены путем операции кесарево сечение.
- Средний вес новорожденных 3360,8

Пациентки наблюдались по поводу папиллярной аденокарциномы ЩЖ 1-4 ст., во время беременности выявлялись опухоли 1-2 ст. с единичными регионарными метастазами, без отдаленных метастазов. Пациентки родоразрешались в сроках зрелого плода, не имели значительного роста опухоли (не более 1 см), существенных осложнений течения беременности. Наблюдались у онколога, акушера, эндокринолога.

Таким образом, клинический опыт свидетельствует об относительно благоприятном течении рака щитовидной железы (папиллярная форма), вообще, и при беременности в частности, даже при наличии регионарных метастазов. Дифференцированные карциномы щитовидной железы растут медленно и в клинических проявлениях длительное время не отличаются от узлового нетоксического зоба или аденомы. Дифференцированный РЩЖ не приводит к выраженным нарушениям функции ЩЖ. Многочисленные клинические наблюдения позволили утверждать, что беременность не оказывает существенного влияния на течение дифференцированного РЩЖ. В свою очередь, дифференцированный РЩЖ не оказывает отрицательного влияния на течение беременности и развитие плода. Не наблюдалось случаев метастатического поражения плаценты или каких-либо пороков развития плода у женщин, страдавших РЩЖ во время беременности [4,6,10,11,12]. При медуллярном плоскоклеточном раке прогноз крайне неблагоприятный.

По данным собственного наблюдения за 2011-2015 года на основании полученных результатов дифференцированный РЩЖ не является препятствием для наступления беременности и ее нормального развития. А беременность не способствует прогрессированию дифференцированного РЩЖ и не ухудшает прогноз. Отмечено, что повторные беременности тоже не приводят к ускорению роста дифференцированного РЩЖ [11].

Как и в случае любого онкологического заболевания, необходимость прерывания беременности зависит от стадии и срока беременности. Решение в каждом случае принимается индивидуально.

Формы рака щитовидной железы. Пути метастазирования

Наиболее часто встречается папиллярная аденокарцинома щитовидной железы, возникающая из А- или В-клеток; Частота высокодифференцированных аденокарцином (фолликулярная, папиллярная) составляет 80 %. Медуллярный рак щитовидной железы развивается из С-

клеток. Недифференцированный рак щитовидной железы (из А- или В-клеток) характеризуется бурным развитием первичной опухоли и распространенным метастазированием. Встречается преимущественно в пожилом возрасте. Низкодифференцированный рак щитовидной железы (медуллярный и недифференцированный) наблюдается в 20 % случаев [4, 5, 7, 12]. Частота регионарного метастазирования рака щитовидной железы составляет 65-70 %, а отдаленного — 5-10 %. Излюбленной локализацией отдаленных метастазов являются легкие и кости [6, 11].

Клиника рака щитовидной железы. Функциональные нарушения щитовидной железы (тиреотоксикоз, гипотиреоз) при раке щитовидной железы наблюдаются редко. Больные высокодифференцированным раком щитовидной железы жалуются на наличие опухоли шеи, чувство нехватки воздуха и дискомфорта при глотании. Опухоль увеличивается медленно, годами. С момента появления опухоли до первого обращения больного к врачу проходит 2-6 лет. У таких больных переднебоковая поверхность шеи часто деформирована. [4,5]. При низкодифференцированных формах рака щитовидной железы больные могут предъявлять жалобы на опухлевидную припухлость шеи, изменение голоса, затрудненное дыхание и прием пищи. Опухоль быстро увеличивается. Больные обращаются за медицинской помощью через 2-4 месяца с момента начала заболевания. В щитовидной железе прощупывается плотный, безболезненный, с нечеткими границами и бугристой поверхностью инфильтрат, занимающий ту или иную ее часть.

Для диагностики рака щитовидной железы применяют данные ультразвукового исследования щитовидной железы и лимфатических узлов шеи, гормональный статус пациентки с РЩЖ, а также цитологического метода исследования (трепанбиопсия (ТАБ) узла под контролем УЗИ), помимо осмотра и пальпации ЩЖ. Причем трепанбиопсия проводится при обнаружении любого солидного образования ЩЖ размерами более 1 см, для верификации диагноза и определения тактики лечения и ведения

беременности. С целью выяснения распространенности опухоли выполняют низкодозную компьютерную томографию щитовидной железы, эндоскопический осмотр верхних дыхательных и пище проводящих путей, рентгенографию или низкодозную компьютерную томографию органов грудной клетки, сцинтиграфию скелета.

Общие принципы диагностики во время беременности

- Ультразвуковые методы
- Исследование гормонов ЩЖ
- Эндоскопические методики
- Пункционные методики
- Магниторезонансная томография
- Рентгенографическое исследование (доза менее 10 рад безопасна для плода)

Лечение рака щитовидной железы осуществляется хирургическим, лучевым, лекарственным методами. Применяют различные виды хирургического лечения ЩЖ: от удаления половины до полного удаления ЩЖ. При лечении регионарных метастазов выполняют иссечение шейной клетчатки.

Лучевое лечение РЩЖ применяют в комбинации с оперативным лечением как до, так и после операции. Комбинированная терапия показана при медулярном и недифференцированном РЩЖ, распространенном первичном или рецидивном РЩЖ. При операбельном первичном очаге и наличии отдаленных метастазов дифференцированных форм РЩЖ показано лечение радиоактивным йодом, что является противопоказанием во время беременности. Химиотерапия наиболее эффективна при низкодифференцированном раке. Гормональное лечение (тиреоидином, тироксином, тиреокомбом) применяют после радикальных операций как заместительное. Также гормонотерапия применима в лечении

распространенного дифференцированного рака, не подлежащего другим видам терапии [2,8,11,12].

Тактика ведения и лечения беременных пациенток с дифференцированными верифицированными опухолями ЩЖ:

При решении вопроса о возможности сохранения беременности и определении последовательности лечебных мероприятий необходимо учитывать следующие обстоятельства:

- Морфологический вариант и стадию опухоли щитовидной железы;
- План предстоящих лечебных мероприятий по поводу РЩЖ;
- Акушерский анамнез и срок беременности к моменту выявления опухоли ЩЖ.

РЩЖ, выявленный во время беременности не является показанием для ее прерывания и досрочного родоразрешения. Выбор метода лечения у беременных определяется индивидуально, с учетом данных о распространенности опухоли и срока беременности и предпочтительно консилиумом онколога и акушера. Оперативное лечение РЩЖ следует провести после родоразрешения в сроки доношенного плода (при отсутствии роста опухоли). При прогрессировании РЩЖ возможно оперативное лечение РЩЖ во время беременности и пролонгирование беременности. Срок и метод родоразрешения определяют акушер-гинеколог и онколог. Предпочтение отдается родоразрешению через естественные родовые пути при спонтанной родовой деятельности (без индукции), при отсутствии других акушерских осложнений, особенно, если пациентке планируется провести оперативное лечение РЩЖ после родов. Лактация противопоказана. Пациентка наблюдается совместно онкологом и акушером-гинекологом. Ежемесячно показано проведение УЗИ ЩЖ и региональных лимфатических узлов.

Клинический опыт свидетельствует о нецелесообразности сохранения беременности раннего срока при сочетании со злокачественными опухолями, для лечения которых предполагается применить лучевую и(или) химиотерапию.

Тактика ведения и лечения беременных пациенток с раком щитовидной железы в анамнезе:

- Беременность непротивопоказана.
- Срок и метод родоразрешения определяют акушер-гинеколог совместно с онкологом. Предпочтение отдается родоразрешению с началом спонтанной родовой деятельности через естественные родовые пути, при отсутствии других акушерских осложнений.
- Лактация не противопоказана.

Прогноз рака щитовидной железы

Современные методы лечения дифференцированного РЩЖ дают хорошие отдаленные результаты. Прогноз РЩЖ: при дифференцированном раке 5-летнее выздоровление отмечается в 93-95 % случаев. Десятилетняя выживаемость при папиллярном раке составляет 90 %. При недифференцированном раке большинство больных погибают в течение ближайших двух лет после лечения.

Беременность возможна при доказанной стойкой ремиссии сроком не менее года после окончания лечения и при условии, что пациентка находится в состоянии эутиреоза.

Рак молочной железы

Проблема рака молочной железы (РМЖ) и беременности существует не одно столетие. Еще в 1880 г. С. Гросс высказал мнение, что РМЖ, развивающийся на фоне беременности и лактации, отличается быстрым ростом и более выраженным злокачественным течением. Определить, является ли беременность провоцирующим фактором развития РМЖ весьма сложно, так как РМЖ и беременность одновременно начинаются достаточно редко, большинство пациенток имели недиагностированные субклинические формы РМЖ до беременности. Сроки роста субклинических форм РМЖ составляют несколько лет. Тем не менее, беременность накладывает свой отпечаток на развитие РМЖ. Т.е. Беременность не провоцирует развитие рака, другое дело, что она может провоцировать прогрессирование существующей опухоли. Редкость обнаружения РМЖ в сочетании с беременностью или лактацией объясняется тем, что самая высокая заболеваемость приходится на 5-ю декаду жизни — период времени, когда роды нечасты. С другой стороны, 25% случаев заболевания встречается в возрасте до 45 лет. Большинство ученых считают, что РМЖ встречается в 1 случае на 3000-10000 беременностей. Поздняя диагностика РМЖ в период беременности является типичной ситуацией. Гипертрофия, набухание и изменение консистенции молочных желез, усиленная васкуляризация в ответ на гормональную стимуляцию, а также ряд возможных осложнений (мастит, галактоцеле) затрудняют осмотр и маскируют развивающуюся опухоль. Резкое увеличение массы молочной железы во время беременности и лактации не всегда принимается в расчет врачом, наблюдающим беременную, и может быть расценено как нормальное физиологическое явление. Обнаружение РМЖ на максимально ранних стадиях его развития представляется для беременных женщин значительно более важным, чем для всех остальных больных с этим заболеванием [12].

- При выявлении какого-либо патологического образования необходимо назначить пациентке УЗИ молочных желез. В связи с опасностью лучевого воздействия на плод ионизирующие методы диагностики исключаются, однако маммография при адекватном экранировании и защите плода в ряде случаев может выполняться. Цитологическое и гистологическое исследование (пункция и биопсия) являются самыми достоверными методами диагностики.
- Выбор метода лечения беременной пациентки с онкологическим заболеванием молочной железы определяется индивидуально. На сегодняшний день существует несколько вариантов начального лечения, которые зависят от срока беременности, морфологии опухоли, желания пациентки сохранить беременность. Предпочтение отдается методам лечения рака, которые могут быть проведены, не прерывая беременность. Как правило, это оперативное лечение, объем которого определяют онкохирурги. Оперативное вмешательство проводится в качестве первого этапа лечения и позволяет пролонгировать беременность до срока жизнеспособного плода, не несет в себе риска в отношении жизни плода и прерывания беременности.
- Сроки и методы родоразрешения устанавливаются индивидуально и зависят от триместра беременности, морфологии опухоли, объема необходимого лечения онкологического заболевания и акушерской ситуации. Предпочтительно лечение онкологического заболевания начинать после родоразрешения или в сроки жизнеспособного плода, если это позволяет онкологическая ситуация. Лактация подавляется. При отказе от пролонгирования беременности, последняя прерывается в любом сроке беременности после проведения ВКК. Метод родоразрешения или прерывания беременности определяется акушером-гинекологом в зависимости от акушерской ситуации и общего состояния пациентки.

- Оперативное лечение РМЖ I и II стадий может быть выполнено в любом триместре беременности. Предпочтительнее выполнение модифицированной радикальной мастэктомии. Рекомендовано отказаться от выполнения органосохраняющих оперативных вмешательств, поскольку у беременных следует отложить лучевую терапию до окончания беременности. При наличии показаний полихимиотерапия может быть проведена начиная со II триместра беременности. Последний курс химиотерапии должен быть завершён не позднее чем за 4 нед. до родоразрешения. Химиотерапия противопоказана в I триместре беременности, так как тератогенный эффект противоопухолевых препаратов очень высок именно в этот период. Гормонотерапия сегодня не рекомендована для лечения РМЖ у беременных[12].

Рак яичников

1. Рак яичников — вторая по частоте злокачественная опухоль гинекологической локализации, сочетающаяся с беременностью. Частота сочетания рака яичников и беременности не превышает 1:25 000, а рак этой локализации составляет 3% от всех опухолей яичников, оперированных во время беременности. Ультразвуковое исследование с обязательным применением доплерометрии в сочетании с определением уровня онкомаркёров во II-III триместрах являются наиболее информативными методами диагностики яичниковых образований у беременных.

В каждом наблюдении яичникового образования на фоне беременности решение принимается индивидуально в зависимости от размеров и характера опухоли, анамнеза и срока беременности, однако существуют некоторые общие моменты ведения беременных.

К лапаротомному доступу прибегали при невозможности выполнения лапароскопии. Показаниями к лапаротомии во время беременности в плановом порядке являлись: размер опухоли более 10 см, быстрый рост

новообразования, риск перекрута во время беременности или родов, возможность нарушения биомеханизма родов, наличие болевого синдрома, подозрение на пограничный или злокачественный характер опухоли.

Патогенетически обоснованным при подозрении на пограничный характер опухоли следует считать: аднексэктомию на стороне поражения, биопсию яичника контралатеральной стороны, оментэктомию, взятие смывов брюшной полости и биопсию висцеральной брюшины не менее, чем в 3-4 местах, тщательную оценку состояния регионарных лимфатических узлов для исключения диссеминации.

При подозрении на злокачественный характер образования пациентки требуют всестороннего обследования и лечения в специализированных онкологических центрах.

Наличие яичниковых образований в I и II триместрах беременности является показанием к операции при истинных опухолях яичников или подозрении на них. Оптимальный доступ в I триместре – лапароскопия, во II – лапаротомия. Яичниковые образования, обнаруженные в III триместре беременности, при наличии соответствующих показаний удаляются во время оперативного родоразрешения, либо в послеродовом периоде. Вне зависимости от срока беременности показанием к оперативному лечению являются: подозрение на пограничный или злокачественный характер опухолей, осложнённое течение образований, размер опухоли более 10 см, быстрый рост новообразования, риск перекрута во время беременности или родов, возможность нарушения биомеханизма родов, наличие болевого синдрома.

Выявление ретенционных яичниковых образований (фолликулярные, параовариальные, кисты жёлтого тела) не является показанием к оперативному лечению и требует динамического наблюдения. Подтверждением кисты жёлтого тела во время беременности является характерная эхографическая картина с активным «коронарным» кровотоком со снижением его интенсивности по мере прогрессирования беременности.

Лимфома

Лимфома - это злокачественное заболевание опухолевой природы, которое поражает лимфатическую систему. Эта система представляет собой сеть сосудов и лимфатических желез, с помощью которой по организму циркулирует и очищается лимфа, а так же перемещаются белые кровяные клетки-лимфоциты. Основное назначение лимфатической системы - защита организма от инфекций.

Подобно всем злокачественным новообразованиям, лимфома возникает, когда клетки тела начинают бесконтрольно делиться, вызывая появление опухоли. Большинство лимфом состоит из белых кровяных клеток, так называемых В- и Т-лимфоцитов.

Лимфома Ходжкина, известная также как болезнь Ходжкина, является особой формой лимфомы. Опухолевые клетки при лимфогранулематозе имеют ряд особенностей, которые отличают их от других видов лимфом. В отличие от других лимфом, болезнь Ходжкина, как правило, распространяется предсказуемым образом от одного лимфатического узла к другому. Также необходимо сказать, что болезнь Ходжкина иначе реагирует на лечение, чем другие лимфомы.

Неходжкинские лимфомы

Не относящиеся к лимфогранулематозу лимфомы включают в себя множество различных онкологических заболеваний лимфатической системы. Лимфомы подразделяются на разные виды, в зависимости от того, какой тип клеток они содержат, а также в каком органе находятся.

Большинство неходжкинских лимфом возникают в лимфатических узлах или лимфатических органах. Лимфатические ткани и клетки располагаются по всему организму, поэтому лимфома может также развиваться в печени, желудке, нервной системе или в других местах.

Симптомы лимфомы: первым признаком лимфомы часто являются безболезненные вздутия и увеличенные железы на шее, в животе, в подмышечных или в паховых областях. Лимфомы зачастую обнаруживаются в ходе визита к врачу при обычном медицинском осмотре.

Другие симптомы могут включать: красные пятна на коже, тошноту, рвоту, боли в животе, кашель или одышку.

У некоторых людей, страдающих лимфомой, появляются особые симптомы, называемые В-симптомами, которые включают в себя:

- Ночной пот.
- Внезапная потеря веса, как правило, более чем на 10% от общей массы тела.
- Повышение температуры, которое может появляться и исчезать, особенно в вечернее время.
- Кожный зуд, как правило, без сыпи.
- Необычно сильная усталость.

Если у пациента наблюдаются подобные симптомы, это не обязательно означает, что он страдает лимфомой, но если они не проходят дольше, чем две - три недели, он должен обратиться к врачу.

В большинстве случаев тип лимфомы является менее важным, чем стадия, на которой она находится.

Для лечения лимфом используются следующие методы:

- Химиотерапия (лекарства) и лучевая терапия
- Пересадка костного мозга
- Биологическая терапия

К лечению лимфом при беременности подходят строго индивидуально.

Рак шейки матки и беременность

Занимает первое место среди злокачественных гинекологических опухолей, второе – рак яичника. Диагностика рака шейки матки во время беременности несколько улучшается, так как наступившая беременность служит поводом для обращения к врачу и обследования в общем числе и тех женщин, которые не наблюдались у гинеколога. Кроме того, при беременности зона трансформации открывается полностью, что способствует визуализации ранее скрытых повреждений и увеличивает чувствительность как кольпоскопического, так и цитологического исследования. В силу этих обстоятельств выявление CIN или микрокарциномы шейки матки при беременности – закономерно частое явление [1, 10, 13]. Средний возраст больных РШМ в сочетании с беременностью – 30 лет. В настоящее время участились случаи регистрации заболевания у первородящих и случаи выявления инвазивного РШМ во время желанной беременности, когда больные настаивают на сохранении плода, несмотря на риски прогрессирования заболевания [2].

В практике врача акушера–гинеколога онкологическая настороженность способствует скорейшему выявлению заболевания [3]. Сегодня мы можем отметить, что зачастую причинами запущенности РШМ беременных являются отсутствие необходимого гинекологического осмотра шейки матки в зеркалах и цитологического исследования во время постановки на диспансерный учет женщины. Повсеместно встречается, что при наличии у женщин кровянистых выделений из влагалища врачи не осматривают шейку матки на наличие эрозий, и не берут мазки для проведения цитологического исследование [9]. Неопытные врачи неправильно интерпретируют клинические проявления РШМ у женщин на фоне беременности. Встречается и страх при проведении биопсии эрозированной влагалищной части шейки матки при беременности,

аргументируется это тем, что можно вызвать кровотечение, выкидыш и т.д [1].

Тенденция к увеличению числа неопластических процессов в слизистой шейки матки можно объяснить расширением распространенности ВПЧ, а также процессом клинической активацией герпетической и цитомегаловирусной инфекцией во время беременности. Информационный бюллетень ВОЗ 1996 года официально подтвердил, что причиной возникновения рака шейки матки является вирус папилломы человека [11]. Как известно, инфицированность ВПЧ человека увеличивает риск развития диспластических процессов шейки матки в 10 раз. У беременных ВПЧ лабораторно выявляется в 10 раз чаще, чем у небеременных. Повышенная чувствительность эпителия шейки матки к ВПЧ во время беременности связана как с гормональной перестройкой, возрастающим влиянием эстрогенов и прогестерона, которые увеличивают экспрессию вируса папилломы человека 16 типа в цервикальном эпителии [8]

РШМ, выявленный во время беременности, является истинным, малигнизированные внутри эпителиальные изменения не связаны с пролиферативными процессами, возникающими во время беременности. Дисплазия шейки матки характеризуется наличием нетипичных клеток на шейке матки: только у 1 % женщин с дисплазией CIN 1, дисплазия переходит в стадию 2 или 3. Среди пациентов с CIN 2 16 % переходит в CIN 3 в течение 2х лет и у 25 % в течение 5 лет. Переход от CIN 3 к раку шейки матки наблюдается в 12-32 % пациентов [19].

При выявлении дисплазии во время беременности необходимо провести дифференциацию с инвазивным раком, путем исследования биопсии шейки матки поврежденного эпителия эктоцервикса или петлевой эксцизия зоны трансформации. Агрессивная диагностико-лечебная тактика при дисплазии во время беременности меняется на консервативную. Риск прогрессии дисплазии за 6 месяцев минимален. CIN II–III, включая

преинвазивный рак, не требуют немедленного лечения на фоне беременности и конизация может быть отложена на послеродовой период [1]. Многолетний период прогрессии тяжелых CIN до инвазивного рака, иногда исчисляемый десятилетиями, позволяет обосновать консервативную тактику ведения беременных и рассчитывать на благополучный исход, как для пациентки, так и для плода. При тяжелых повреждениях CIN II–III, включая преинвазивный рак, доношивание беременности не ухудшает прогноза заболевания и безопасно. Лечение может быть отсрочено на послеродовой период.

Спонтанная регрессия CIN у беременных происходит чаще, чем у небеременных [11]. По некоторым данным, родоразрешение через естественные родовые пути делает регрессию CIN более вероятной, чем родоразрешение путем кесарева сечения [15].

Согласно стандартам оказания медицинской помощи, диагностические мероприятия при подозрении на РШМ включают в себя сбор анамнеза и физикальный осмотр, проведение бимануального исследования, забор мазков с шейки матки, из цервикального канала, из уретры для цитологического исследования, расширенная кольпоскопия, цервикогистероскопия, кюретаж цервикального канала и полости матки, прицельная биопсия шейки матки, комплексное ультразвуковое исследование органов малого таза, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, шейных, паховых лимфатических узлов, тест на ДНК ВПЧ, Маркер SCC [13].

Для установления степени инвазии и выявления метастазирования наиболее точным является метод МРТ–диагностики. МРТ малого таза информативнее КТ при оценке глубины инвазии и перехода опухоли на параметров и смежные органы, при этом точность определения глубины инвазии с помощью МРТ составляет 71—97% [14]. Позитронно-эмиссионная томография позволяет с высокой достоверностью определить метастазы в различных органах.

Новым методом, применяемым в диагностике РШМ, является трехмерная сонография. При добавлении цветового или энергетического доплеровского картирования может быть оценено состояние кровотока в опухоли, при этом, в отличие от двухмерной доплеровской сонографии, визуализируется васкуляризация всей опухоли. Трехмерная сонография с доплерографией может служить для оценки эффективности химиолучевого лечения РШМ, исключая необходимость использования МРТ [15].

Важным диагностическим критерием РШМ является ассоциированность с вирусом папилломы человека. Исследования последних лет выявили тенденцию к увеличению частоты встречаемости HPV среди беременных в среднем до 31%, в то время как среди небеременных этот показатель не превышает 18%. В литературных источниках отмечается что от первого к третьему триместру частота выявления HPV возрастает до 46%, а затем резко снижается после родов. Объяснить это можно тем, что изменение гормонального фона женщины влияет на степень репликации вируса, при этом не повышалась частота клеточной атипии [17]. Для установления степени инвазии и выявления метастазирования наиболее точным является метод МРТ–диагностики. МРТ малого таза информативнее КТ при оценке глубины инвазии и перехода опухоли на параметрий и смежные органы, при этом точность определения глубины инвазии с помощью МРТ составляет 71—97% [18]. Позитронно-эмиссионная томография позволяет с высокой достоверностью определить метастазы в различных органах.

Новым методом, применяемым в диагностике РШМ, является трехмерная сонография. При добавлении цветового или энергетического доплеровского картирования может быть оценено состояние кровотока в опухоли, при этом, в отличие от двухмерной доплеровской сонографии, визуализируется васкуляризация всей опухоли. Трехмерная сонография с доплерографией может служить для оценки эффективности химиолучевого лечения РШМ, исключая необходимость использования МРТ [9].

Важным диагностическим критерием РШМ является ассоциированность с вирусом папилломы человека. Исследования последних лет выявили тенденцию к увеличению частоты встречаемости HPV среди беременных в среднем до 31%, в то время как среди небеременных этот показатель не превышает 18%. В литературных источниках отмечается, что от первого к третьему триместру частота выявления HPV возрастает до 46%, а затем резко снижается после родов. Объяснить это можно тем, что изменение гормонального фона женщины влияет на степень репликации вируса, при этом не повышалась частота клеточной атипии [17].

Симптомы инвазивного РШМ при беременности не отличаются от таковых у небеременных женщин: влагалищное кровотечение, обильные бели, лейкорей, боли в низу живота, чаще ночью, зуд вульвы. Основные гистологические формы: плоскоклеточный рак, низкодифференцированный рак, железистый рак.

- Если РШМ выявлен в 1 триместре беременности, лучше рекомендовать пациентке согласиться на прерывание беременности, если срок беременности более 20 нед. возможно пролонгировать беременность до срока жизнеспособного плода.
- Лактацию при диагностированном РШМ во время беременности рекомендуется исключить.

По нашим наблюдениям за 5 года родоразрешено 88 пациентка с РШМ.

- У 94% женщин выявился высокодифференцированный плоскоклеточный рак
- Средний возраст пациенток 29,8 лет.
- Средний срок беременности при родоразрешении 36-37 недель (от 31-39 недели).
- 100% пациенток родоразрешены путем операции кесарево сечение.
- Средний вес новорожденных 2600, 0

В 3 (3,4%) случаях роды были преждевременными на 31–36-й нед. У 85 больных роды произошли своевременно путем операции кесарева сечения.

Учитывая неопровержимые факты выявления инвазивного РШМ IB–IV стадии у женщин до 39 лет, можно смело утверждать, что у этих женщин CIN и МРШМ сочетались с беременностями и не были диагностированы вовремя, но беременности были доношены и разрешены через естественные родовые пути. В связи с неопределенными рисками прогрессии при продолжении гестации, сопровождающейся до зрелости плода естественной иммуносупрессией, решение о судьбе будущего ребенка должен принимать не врач, а сама пациентка, которой и принадлежит беременность.

В современной мировой акушерской практике принято считать, что большим цервикальными интраэпителиальными неоплазиями 2-3 степени можно вынашивать беременность, так как это внутри эпителиальные поражения, не влияющие на состояние беременной, а развитие процесса до инвазии может быть длительным — многолетним. До инвазии прогрессирует не более 50% в течение 3–30 лет. Таким образом, риск прогрессии до инвазивного рака за 6–7 месяцев донашивания беременности существует, но очень мал, несмотря на сопровождающую беременность естественную иммуносупрессию [13].

Колоректальный рак

- В структуре онкозаболеваемости занимает III место в мире
- Женщины болеют в 1,5 раза чаще мужчин, репродуктивный возраст имеют лишь 3%.
- Запущенность во время беременности в 1,5 раза выше, чем у небеременных пациенток.
- Неблагоприятное течение.
- Оперативное лечение во время беременности не противопоказано с обязательной биопсией яичников[12].

Рак желудка

Заболеваемость в мире на IV месте, смертность на II.

Рак желудка развивается медленно, иногда в течение нескольких лет

При неспецифической рвоте при сроке беременности более 12-16 нед. показано ФГДС

Выжидательная тактика не показана при операбельной опухоли[12]

Острые лейкозы и беременность

Острые лейкозы (ОЛ) характеризуются первичным поражением костного мозга бластными кроветворными клетками с вытеснением нормального кроветворения.

У беременных встречаются острый лимфобластный и острый нелимфобластный лейкозы. Прогноз неблагоприятный, если ОЛ диагностирован в 1 триместре.

Несвоевременное начало химиотерапии увеличивает риск материнской смертности. Поскольку прогноз при нелеченном лейкозе крайне неблагоприятен, во время беременности назначают химиотерапию.

Срок и метод родоразрешения решается индивидуально. В случае высокого риска инфекционно-геморрагических осложнений показано выполнение совместно с оперативным родоразрешением гистерэктомии без придатков.

Большинство пациентов имели ремиссии острого лимфобластного лейкоза, беременность была запланированной, рецидивы имели место в двух случаях, при которых потребовалась химиотерапия и досрочное родоразрешение.

Беременность не влияет на течение лейкозов. Ранее предполагали, что иммуносупрессия, возникающая во время беременности, может неблагоприятно влиять на прогноз заболевания. Однако показано, что иммунологическая толерантность развивается только к тканям плода, а клеточный иммунитет не нарушается.

Злокачественные опухоли эмбрионального происхождения (генетически детерминированы) встречаются чаще в детском и молодом возрасте, это недифференцированные или низкодифференцированные опухоли, которые могут чаще других опухолей диагностироваться при беременности.

Некоторые примеры злокачественных опухолей эмбрионального происхождения

- Бластомы: нейробластома, нефробластома (опухоль Вильмса), тератобластома, ретинобластома.
- Синдром Линча или синдром множественных аденокарцином (аденокарцины толстой кишки, молочной железы, эндометрия, яичника, поджелудочной железы, желудка, лейкоз и опухоли мозга).
- Синдром Ли-Фраумени (мутация в гена-супрессора Р53)
- Невусная базально-клеточная карцинома
- Трихоэпителиома
- Множественный эндокринный аденоматоз
- Феохромоцитома
- Медуллярный рак щитовидной железы
- Параганглиома
- Полипоз толстой кишки

Заключение

Как и в случае любого онкологического заболевания, необходимость прерывания беременности зависит от морфологии опухоли, стадии онкозаболевания, необходимого лечения и срока беременности. Решение в каждом случае принимается индивидуально. Беременность не провоцирует развитие рака, другое дело, что она может провоцировать прогрессирование существующей опухоли. В клинической онкологии отсутствуют

доказательства повышения частоты злокачественных опухолей во время беременности. Возможно, иммунодепрессивное действие беременности проявляется в отдаленные сроки.

Таким образом, в клинике наиболее вероятны два варианта: отсутствие влияния беременности на опухоль либо ухудшение клинического течения заболевания.

Как показали различные исследования, существует обратная зависимость между прогнозом для будущего ребенка и для здоровья матери от срока беременности, на котором диагностируется злокачественная опухоль. Прогноз для ребенка более благоприятен, если опухоль проявляется поздно - в III триместре. Если рак выявлен в III триместре, это свидетельствует о том, что растущая опухоль существенно не влияет на вынашивание беременности и рост плода.

Клинический опыт свидетельствует о нецелесообразности сохранения беременности раннего срока при сочетании со злокачественными опухолями, для лечения которых предполагается применить облучение и(или) химиотерапию.

Общие принципы ведения беременности

- Решение о возможности пролонгирования беременности у женщин, перенесших онкологическое заболевание или у пациенток, впервые выявленном во время беременности, должно приниматься коллегиально в стационаре онкологом, акушером-гинекологом с учетом:
 1. Морфологического строения и стадии опухоли
 2. Объема предстоящей или проведенной операции
 3. Времени, прошедшем после лечения
 4. Акушерского анамнеза и срока беременности к моменту выявления опухоли

5. Наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии

- Прерывание беременности предлагается пациентке только при верифицированном злокачественном заболевании, при котором необходимо проведение химиотерапии в срочном порядке.
- Клинический опыт свидетельствует о нецелесообразности сохранения беременности раннего срока при сочетании со злокачественными опухолями, для лечения которых предполагается применить лучевую и(или) химиотерапию.
- Беременность не провоцирует развитие рака, другое дело, что она может провоцировать прогрессирование существующей опухоли.
- В клинической онкологии отсутствуют доказательства повышения частоты злокачественных опухолей во время беременности. Сочетание рака и беременности можно объяснить простым совпадением.
- В клинике наиболее вероятны два варианта: отсутствие влияния беременности на опухоль либо ухудшение клинического течения заболевания.
- Прогноз для ребенка более благоприятен, если опухоль проявляется поздно - в III триместре.
- Если рак выявлен в III триместре, это свидетельствует о том, что растущая опухоль существенно не влияет на вынашивание беременности и рост плода.
- Несвоевременное начало химиотерапии увеличивает риск материнской смертности (Первый случай химиотерапии беременной был зафиксирован США еще в 1946 году. Женщина после этого выжила и родила нормального ребенка.)
- Хирургическое лечение злокачественных заболеваний проводится не прерывая беременности, однако целесообразнее его отсрочить и провести после родоразрешения, если возможно. Как правило это

касается высокодифференцированных опухолей с медленным ростом или онкозаболевание выявлено в 3 триместре.

Для акушера – гинеколога значимо понимать: раннее выявление опухолей при осмотрах, онкологическая настороженность при приеме пациентов, планирующих беременность улучшит качество работы врача и сохранит здоровье пациентки. Большая часть онкозаболеваний, выявленных во время беременности, могла быть установлена на этапе планирования беременности при более тщательном сборе анамнеза, улучшенной диагностики, правильном скрининге.

При осмотре пациенток, планирующих беременность необходимо предложить им пройти прегравидарную подготовку.

Прегравидарная подготовка

- Общие клинические обследования
- Тщательный сбор анамнеза
- Осмотр шейки матки в зеркалах, цитологическое исследование шейки матки, кольпоскопия, исследование на инфекции передающиеся половым путем, пальпация молочных желез и лимфатических узлов на врачебных осмотрах.
- Ультразвуковое обследование ЩЖ, молочной железы, органов брюшной полости и малого таза
- Исследование гормонов ЩЖ, ионизированного Ca²⁺
- Консультация эндокринолога, терапевта, онколога и других смежных специалистов по показаниям
- Биопсия очаговых образований
- Флюорография
- Обследование ЖКТ (кал на скрытую кровь, колоноскопия, ФГДС (по показаниям))
- Исследование онкомаркеров (по показаниям)

Литература

1. Адамян Л.В., Сухих Г.Т. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России / Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Сб. тр. ФГУ НЦ АГиПРосмедтехнологий // М., 2007. - С. 5–19.
2. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы // Онкогинекология. — 2012. — № 1. — С. 18–25.
3. Бадретдинова Ф.Ф., Ганцев Ш.Х., Трубин В.Б. Вторичная профилактика рака шейки матки путем разработки и реализации системы оптимизации диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий при фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2012. - № 3-4. - С. 133-138.
4. Демидчик Ю.Е., Фридман М.В., Колобухов А.Э., Гуминский А.М., Барьяш В.В. Медуллярная микрокарцинома щитовидной железы: клинические проявления, диагностика и результаты лечения. // Онкологический журнал. – 2011. – Том 4 (16); Том 5 (17), №(1). – С.9 – 17.
5. Важенин А.В. Актуальные вопросы клинической онкогинекологии / А.В. Важенин, А.В. Жаров, И.Г. Шимоткина. — М.: ООО Фирма «Стром», 2010. — 128 с.
6. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы // СПб. – Питер. – 2006. – 386 с.
7. Ванушко В.Э., Кузнецов Н.С., Ланцаков К.В. Прогноз при хирургическом лечении дифференцированного рака щитовидной железы // Пробл.эндокринолог. – 2007. – Т.53(6) – С.19-23.
8. Воробьева Е.В. Дифференцированный алгоритм обследования бесплодных супружеских пар / Научно-практический медицинский журнал «Проблемы женского здоровья». – 2011. - № 3. - С. 5-13.
9. Гаврилюк Д.В. Рак шейки матки и беременность / Д.В.Гаврилюк, Ю.А. Дыхно // Сибирское медицинское обозрение – 2012 – №3(75) – С.85–87.
10. Давыдов М.И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2002 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель — М.: МИА, 2004 — С. 105.
11. Ключаров И.В. Злокачественные опухоли гениталий и беременность. Тактика ведения беременности и родов / И.В. Ключаров, А.А.Хасанов // Казанский медицинский журнал – 2007г. –№2 – С.187–190.
12. Пароконная А.А. «Рак и репродукция», 2011
13. Потин В.В., Логинов А.В., Крихели И.О. и др. под ред. Э.К.Айламазяна. Щитовидная железа и репродуктивная система женщины. – СПб: Изд_во Н_Л. – 2008. – 46 с.
14. Урманчеева А.Ф. Гинекологический рак в сочетании с беременностью // Практическая онкология. 2009. Т. 10, № 4.

15. Maruna P. Gynecological aspects of thyroid disorders. A review // Ceska Gynecol. – 2006. – Vol.71 (4). – P.332-338.
16. Mukberjee S. The emperor of all maladies/ S. Mukberjee. – London. – 2011. 573 c.
17. www.medafarm.ru
18. www.medmoon.ru/beremennost/akuherstvo378.html
19. www.netoncology.ru/press/articles/561/583

Учебное издание

Андреева Надежда Леонидовна

ПЛАНИРОВАНИЕ, ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И
РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Н.Л. Андреева

Подписано в печать 09. 09. 2016. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,25. Уч.- изд. л. 1,71. Тираж 50 экз. Заказ 179.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.