

ПЛАНИРОВАНИЕ, ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Андреева Н.Л., Демидчик Ю.Е., Михалевич С.И., Козлякова О.В.,
Недень Л.Ч., Савочкина Ю.В., Силява В.Л.*

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Актуальность. 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 [4].

Цель: оптимизация ведения беременных с раком щитовидной железы.

Методы исследования: общие клинические исследования: анамнез, клинические исследования, ретроспективный анализ историй болезни.

Результаты и их обсуждения. В РНПЦ «Мать и дитя» за 2011-2014 год родоразрешено 351 пациентка, у которых выявлены злокачественные заболевания во время текущей беременности в разные триместры или онкозаболевания имели место в анамнезе. Большинство сочетаний злокачественных опухолей с беременностью в РБ приходится на рак щитовидной железы (ЩЖ).

Диагностика: 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 частичного 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, тиреоккомбом) применяют после радикальных операций как заместительное. Также гормонотерапия применима в лечении распространенного дифференцированного рака, не подлежащего другим видам терапии [1, 2, 3].

Тактика лечения при дифференцированных верифицированных опухолях ЩЖ, сочетающихся с беременностью. 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. Ведение беременности, сроки и метод родоразрешения определяет акушер-гинеколог, принимая во внимание рекомендации онколога. 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. 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 пациенток с РЖЩ в анамнезе. Беременность не противопоказана. Ведение беременности, сроки 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.

Выводы: при решении вопроса о возможности сохранения беременности и определении последовательности лечебных ме-

роприятий 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. Пациентка наблюдается совместно с онкологом и акушер-гинекологом. Ежемесячно показано проведение УЗИ ЩЖ и региональных лимфатических узлов. Беременность возможна при доказанной стойкой ремиссии сроком не менее года после окончания лечения и при условии, что пациентка находится в состоянии эутиреоза.

Прегравидарная подготовка: общие клинические обследования, тщательный сбор анамнеза, ультразвуковое обследование ЩЖ, молочной железы, органов брюшной полости и малого таза, исследование гормонов ЩЖ, ионизированного Ca^{2+} , консультация эндокринолога, терапевта, онколога, биопсия очаговых образований, обследование ЖКТ (по показаниям), исследование онкомаркеров (по показаниям).

Литература

1. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы // СПб. – Питер. – 2006. – 386 с.
2. Ванушко В.Э., Кузнецов Н.С., Ланцаков К.В. Прогноз при хирургическом лечении дифференцированного рака щитовидной железы // Пробл. эндокринол. – 2007. – Т.53(6) – С.19-23.
3. Давыдов М.И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2002 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель — М.: МИА, 2004 – С. 105.
4. 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.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОРЕАКТИВНОГО ИНСУЛИНА В КРОВИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Байгом С.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. На процессы роста и развития ребенка, в частности девочек-подростков, значительное влияние оказывают