

¹Троицкая Н.И., ¹Лузина Е.В., ²Федорова Л.В.**ХОЛАНГИОКАРЦИНОМА, СВЯЗАННАЯ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ**¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения РФ, 672000, Россия, г. Чита, ул. Горького, 39а;

²ГУЗ «Краевая клиническая больница», 672038, Россия, г. Чита, ул. Коханского, д. 7

Резюме. Холангиокарцинома — это редкое и агрессивное злокачественное новообразование с продолжительностью жизни в среднем 3–6 месяцев после диагностики. Частота заболевания составляет 0,58 на 100 тысяч населения. Ранние симптомы, такие как дискомфорт и снижение аппетита, неспецифичны, в то время как поздние стадии характеризуются механической желтухой в 90% случаев. В статье рассмотрен случай выявления холангиокарциномы у 37-летней пациентки, диагностированный в послеродовом периоде. Обсуждение случая подчеркивает сложности диагностики данного злокачественного новообразования, особенно во время беременности. Низкая частота заболевания и разнообразие причин механической желтухи затрудняют раннюю диагностику, что часто приводит к выявлению заболевания на терминальных стадиях. Для улучшения исходов необходимо повышенное внимание со стороны врачей к онкологическим заболеваниям у беременных.

Ключевые слова: холангиокарцинома, беременность, механическая желтуха, злокачественное новообразование

¹Troitskaya N.I., ¹Luzina E.V., ²Fedorova L.V.**CHOLANGIOCARCINOMA ASSOCIATED WITH PREGNANCY**¹Chita State Medical Academy, 39a Gorky st., Chita, Russia, 672000;²Regional Clinical Hospital, 7 Kokhansky St., Chita, Russia, 672038

Abstract. Cholangiocarcinoma is a rare and aggressive malignant neoplasm with an average life expectancy of 3–6 months after diagnosis. The incidence of the disease is 0,58 per 100,000 population. Early symptoms, such as discomfort and decreased appetite, are nonspecific, while late stages are characterized by mechanical jaundice in 90% of cases. This article discusses a case of cholangiocarcinoma diagnosed in a 37-year-old patient during the postpartum period. The discussion emphasizes the difficulties in diagnosing this malignant neoplasm, especially during pregnancy. The low incidence of the disease and the variety of causes of mechanical jaundice complicate early diagnosis, often leading to the identification of the disease at terminal stages. To improve outcomes, increased attention from healthcare professionals to oncological diseases in pregnant women is necessary.

Keywords: cholangiocarcinoma, pregnancy, mechanical jaundice, malignant neoplasm

Введение.

Холангиокарцинома (ХК) — это группа разнородных злокачественных новообразований (ЗНО), происходящих из эпителия желчевыводящих путей и желчного пузыря [1]. Опухоль достаточно редко встречается, характеризуется крайне агрессивным течением, средняя продолжительность жизни при которой составляет 3–6 месяцев. Частота встречаемости указанной патологии составляет 0,58 на 100 тысяч населения. Заболеваемость увеличивается с возрастом, женщины болеют чаще мужчин [2]. На долю ХК приходится около 3% от всех опухолей желудочной-кишечного тракта, среди опухолей печени данной ЗНО занимает второе место после гепатоцеллюлярного рака [1].

По сведениям на 2022 г., в Российской Федерации распространенность рака печени и внутрипеченочных желчных протоков составила 6,4 случая на 100 тысяч населения, показатель одногодичной летальности — 63,7% [3].

Все ХК по анатомическому расположению делятся на внутри- и внепеченочные. Опухоль Клацкина

или ХК долевых и общего желчного протоков локализуется выше места слияния общего печеночного и пузырного протоков. Опухоли печени и внутripеченочных желчных протоков встречаются редко [4].

Факторами риска развития ХК являются: воспалительные заболевания гепатобилиарной зоны – первичный склерозирующий холангит, хронический инфекционный холангит, хроническая глистная инвазия, курение, воспалительные заболевания кишечника, вирусные гепатиты В и С, цирроз печени, сахарный диабет, ожирение, злоупотребление алкоголем, жировая болезнь печени [5].

Для ХК характерно длительное бессимптомное течение [4]. Своевременная диагностика может быть сложной, поскольку ранние симптомы заболевания, такие как: дискомфорт, тяжесть в правом подреберье или эпигастрии, снижение аппетита являются неспецифичными. Более значимые симптомы заболевания, такие как боли в верхних отделах живота, отвращение к пище, похудение, снижение веса, зуд, лихорадка являются признаками поздних стадий заболевания. В 90% случаев клиническая картина заболевания проявляется механической желтухой (МЖ) [6].

Среди пациентов хирургического профиля с патологией желчевыводящих путей на долю пациентов с МЖ приходится около 18%. Причины указанного осложнения делятся на несколько групп: пороки развития, доброкачественные заболевания желчевыводящих путей, воспалительные заболевания, опухоли, паразитарные заболевания печени и желчевыводящих путей [7].

К порокам развития относятся атрезия и гипоплазия желчевыводящих путей. Доброкачественные заболевания представлены желчнокаменной болезнью, стриктурами и стенозами желчных протоков. К воспалительным болезням, вызывающим МЖ, относятся холециститы, холангиты, панкреатиты, папиллиты. У пациентов со злокачественными новообразованиями причиной МЖ может быть опухоль печени, желчных протоков, большого дуоденального сосочка, желчного пузыря, поджелудочной железы, вторичное метастатическое поражение печени. Доброкачественные опухоли дуоденального сосочка или головки поджелудочной железы тоже могут привести к развитию данного симптома. К паразитарным заболеваниям печени и желчевыводящих протоков относятся: эхинококкоз, аскаридоз, альвеококкоз [8].

При обследовании иногда отмечаются изменения биохимических показателей крови — показателей цитолиза и холестаза, онкомаркеров (альфа-фетопротеина, ракового эмбрионального антигена и СА 19–9) [8]. Для оценки состояния органов гепато-дуоденальной зоны, дифференциальной диагностики, стадирования ЗНО используются методы ультразвуковой диагностики, компьютерной томографии, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная компьютерная томография [9].

Хирургическое лечение является основным методом радикального лечения больных с ХК. Выполнение операции возможно при резектабельной опухоли, что определяется стадией процесса и локализацией опухоли. К противопоказаниям для хирургического лечения относят: наличие множественных метастазов в печень, асцит, множественные перитонеальные метастазы, опухолевое поражение гепатодуоденальной связки, окклюзию крупных сосудов, общее тяжелое состояние пациента. При выявлении ХК, осложненной механической желтухой, проводят предоперационную декомпрессию желчевыводящих путей для купирования указанного осложнения. Используются методы: чрескожная чрезпеченочная холангиостомия, назобилиарное дренирование, ретроградное стентирование [10].

После радикального хирургического лечения для улучшения прогноза заболевания в настоящее время назначается монотерапия капецитабином в течение 6 месяцев [9]. У пациентов с низкодифференцированными опухолями и/или метастазами в лимфатических узлах, может проводиться полихимиотерапия режимами гемцитабин/цисплатин, гемцитабин/капецитабин. После нерадикальной операции или при наличии метастазов в лимфатических узлах выполняются повторные резекции или используется химио-лучевая терапия (ХЛТ) с аналогами пиримидина. Облучению подвергается ложе удаленной опухоли и регионарные зоны [10].

При поздних стадиях ХК для увеличения продолжительности жизни пациента в настоящее время используются локорегионарные методы, такие как радиочастотная абляция, трансартериальная химиоэмболизация, трансартериальная радиоэмболизация, селективная внутripеченочная

артериальная химиотерапия, стереотаксическая лучевая терапия. При общем удовлетворительном состоянии пациента с метастатической опухолью применяется системная полихимиотерапия гемцитобином в сочетании с соединениями платины или на основе аналогов пиримидина [10].

Скудная неспецифическая симптоматика в начале заболевания, большое количество разнообразных причин развития МЖ, низкая частота встречаемости холангиокарциномы приводит к тому, что имеются объективные сложности в диагностике данной патологии, что часто ведет к выявлению заболевания в запущенных стадиях. Диагностика данного злокачественного новообразования при беременности является крайне сложной задачей в виду наличия ограничений и строгих противопоказаний для лучевых методов диагностики, большого количества ограничений для применения дополнительных способов обследования, что часто приводит к случайному выявлению при клинической манифестации заболевания.

Клинический случай. Пациентка Х., 37 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение Краевой клинической больницы г. Читы с жалобами на желтушность склер, кожи, боли в эпигастральной области опоясывающего характера, сосудистые звездочки на теле, общую слабость.

Из анамнеза заболевания установлено, что зуд кожных покровов беспокоил с 37 недель беременности. Лечение по данному поводу не получала. В течение 2 недель до родоразрешения по поводу болей в области правого яичника получала Нурофен. 22.04.2023 г. пациентке проведено оперативное родоразрешение. Желтушность кожных покровов стала отмечать за несколько дней до родов. После родоразрешения желтуха усилилась, появилась желтушность склер, была переведена в отделение гинекологии Краевой клинической больницы г. Читы, где получала консервативное лечение (Ремаксол, Гептрал) в течение 10 дней и была осмотрена врачом-гастроэнтерологом.

Из анамнеза жизни выяснено, что в детстве в росте и развитии от сверстников не отставала. Страдает хроническим гастритом, по поводу которого получает базисную терапию. Количество беременностей 3, 2 родов путем оперативного родоразрешения. Аллергии на лекарства нет. Вредные привычки: курит, периодически употребляет вино из тетрапакетов.

Пациентке было выполнено ФГДС, на котором выявлено: варикозное расширение вен пищевода I ст. Недостаточность кардии. Поверхностный гастрит. Дуоденит.

Выставлен основной диагноз: Цирроз печени смешанной (лекарственной, токсической) этиологии, класс В по Чайлд-Пью, ст. субкомпенсации. Синдром портальной гипертензии (Варикозное расширение вен пищевода I ст., спленомегалия).

Осложнения: Печеночно-клеточная недостаточность I ст. печеночная энцефалопатия I ст.

Сопутствующие заболевания: Хронический поверхностный гастрит, обострение. Хронический идеопатический панкреатит, редко-рецидивирующее течение, I ст. Анемия легкой степени.

Пациентка была переведена в отделение гастроэнтерологии для дообследования и дальнейшего лечения.

При поступлении в отделение состояние удовлетворительное. Кожные покровы иктеричного цвета, обычной влажности, отмечается пальмарная эритема, на коже лица, груди, коленей множественные телеангиоэктазии. Отмечается иктеричность склер. Дыхание везикулярное. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 78 в минуту. АД – 110 и 70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот обычной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, умеренно-болезненный в эпигастрии. Размеры печени – 12 x 11 x 10 см. Стул 1 раз в сутки, оформлен.

При поступлении данные ОАК 05.05.23 г.: лейкоциты – $10,4 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $4,13 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 126 г/л, тромбоциты – $297 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 3 мм ч. Биохимический анализ крови 05.05.23 г.: сахар – 5,9 ммоль/л, общий билирубин – 264 мкмоль/л, прямой билирубин – 140 мкмоль/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, креатинин – 74,4 мкмоль/л, АЛТ – 48,9 Ед/л, АСТ – 71,9 Ед/л, общий белок – 44.

Больной проведено дообследование. По УЗИ органов брюшной полости 06.05.23 г.: Выраженные диффузные изменения печени, поджелудочной железы. Желчно-каменная болезнь. Признаки калькулезного холецистита. Перегиб желчного пузыря. Спленомегалия.

МР-панкреатохолангиография 08.05.23 г.: желчно-каменная болезнь. Гепатоспленомегалия. Асцит. Образование правого надпочечника.

КТ органов брюшной полости с болюсным контрастированием 15.05.23 г.: печень обычной формы, увеличена в размерах за счет левой доли, краниокаудальный размер – 182 мм, контуры ее четкие, ровные. Структура паренхимы печени неоднородная, плотность паренхимы локально снижена до 47 ед. Контрастный препарат накапливается неравномерно, преимущественно в венозную фазу за счет неоднородной структуры печени. На фоне неоднородного накопления контраста в сегменте S4 определяется округлый участок размером до 17 мм, без накопления контрастного вещества во все фазы исследования. Внутривенные желчные протоки не расширены, в левой доле деформированы. Холедох с плотными, утолщенными стенками на протяжении 10 мм, стенки накапливают контрастный препарат. Желчный пузырь обычной формы, размеров, стенки его утолщены до 7 мм, в просвете рентген-контрастные конкременты, размером 17 x 20 мм и 8 x 10 мм. Поджелудочная железа визуализируется на всем протяжении. Обычной формы, размеры не увеличены. Структура железы однородная, накопление контраста в ткани обычное, дольчатое строение сглажено. Панкреатический проток не расширен. Парапанкреатическая клетчатка не изменена. Селезенка обычной формы, увеличена в размерах – 49 x 114 x 142 мм, контуры ее ровные, четкие, структурно не изменена. Контрастирование в артериальную фазу по типу «мраморного рисунка». Заключение: КТ-признаки холангиокарциномы. Не исключается образование в правой доли печени, вероятно вторичного генеза. КТ-признаки цирроза печени. КТ-признаки желчно-каменной болезни. Спленомегалия. Образование правого надпочечника. Увеличение размеров матки. Локальный фиброз легких. Склеротический очаг левой подвздошной кости. Полисегментарная пневмония (рисунок 1).

25.05.23 – больной выполнено чредажное чредаженное дренирование желчных протоков. На фоне проводимого лечения состояние больной оставалось без положительной динамики.

09.06.23 – переведена в отделение хирургии, где получала консервативное лечение, на фоне которого состояние больной прогрессивно ухудшалось, нарастали явления полиорганной недостаточности.

01.07.23 – наступила декомпенсация сердечной, дыхательной деятельности. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут, без эффекта. Констатируется смерть больной.



Рисунок 1. КТ-признаки холангиокарциномы

На аутопсию направлена с диагнозом: Внутривенная опухоль печени. Отключенная правая доля. Макронодулярный цирроз печени токсической этиологии, класс В по Чайлд-Пью, субкомпенсация. Синдром портальной гипертензии (асцит, варикозно-расширенные вены пищевода, гепатоспленомегалия). Чредажно-чредаженное дренирование холедоха от 25.05.23.

Осложнения: Смешанная желтуха. Печеночно-клеточная недостаточность тяжелой степени. Холестатический гепатит. Острое преренальное повреждение почек. Вторичное поражение легких.

Сопутствующие заболевания: Желчно-каменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит, обострение. Анемия легкой степени. Оперативные роды на доношенном сроке.

По данным гистологического заключения: Внутривнутрипеченочная холангиокарцинома (G3, низкодифференцированная), микроскопически состоит из трубочек, ацинусов, солидных и трабекулярных структур, окруженных соединительнотканной стромой: выстланы кубическим атипичным эпителием с крупными гиперхромными ядрами и скудной цитоплазмой, наличием фигур митозов. Строма выражена хорошо, склерозирована. Характерен рост опухоли вдоль синусоидов с внутривнутрипеченочной диссеминацией по ветвям воротной вены.

Обсуждение. Нами продемонстрирован клинический случай холангиокарциномы у молодой женщины, выявленный после родов. Факторами риска развития указанного заболевания у пациентки послужили: курение, прием алкоголя. Длительное отсутствие специфической клиники привело к постановке диагноза в терминальной стадии заболевания.

Рак, связанный с беременностью (РСБ) – это рак, диагностированный во время беременности или в первый год после родов [2]. Выявление случаев РСБ растет во всем мире, что связано с тенденцией к деторождению в более поздние сроки и встречается с частотой 1-2 случая на 1 000 беременностей [13]. Ежегодно частота выявления таких случаев возрастает, что связано с тенденцией отложения беременности на более поздний возраст [14].

Сами по себе злокачественные опухоли не возникают во время беременности, а начинаются задолго до неё. Беременность может способствовать развитию рака за счёт изменения уровня гормонов эстрогенов и прогестерона. Одной из основных функций эстрогена является стимуляция клеточного роста для клеток, имеющих рецепторы к этому гормону, а одним из критериев развития злокачественной опухоли является избыточная клеточная пролиферация. В итоге большинство раков, возникающих во время беременности, являются гормоночувствительными [15, 16].

В Швеции Johansson A.L. с соавторами, 2021 г., проведено исследование выживаемости женщин с диагнозом РСБ по данным общенационального реестра за период 50 лет. По данным авторов, за указанный период времени у 5 079 женщин был диагностирован рак, выявленный во время беременности. Самыми распространёнными локализациями являлись: меланома кожи, рак молочной железы, шейки матки, щитовидной железы и центральной нервной системы. Высокая смертность у данной категории пациенток наблюдалась от рака молочной железы и сарком матки, повышенная смертность наблюдалась при раке верхних отделов желудочно-кишечного тракта, диагностированном во время беременности, и раке толстой кишки, диагностированном в течение 1 года после родов. По данным авторов, рак, выявленный во время беременности не всегда связан с более худшим прогнозом для женщины для многих видов опухолей [13].

В Тайване Li S.S. и соавторами, 2020 г., с 2001 г. по 2015 г. было выявлено 512 случаев рака во время беременности и 2 151 случай рака, выявленного в течение 1 года после родов. Наиболее распространён был рак молочной железы. По сравнению с небеременными пациентками РСБ выявлялся в более поздние стадии. Для всех видов РСБ показатели выживаемости не отличались от случаев заболевания, не связанных с беременностью [1].

По данным Cottreau C. M. и соавторов, 2019 г., в США с 2001 г. по 2013 г. выявлено 846 случаев РСБ. Наиболее распространёнными видами опухолей являлись: рак молочной железы, рак щитовидной железы, меланома, гемабластозы и рак шейки матки [14].

Холангиокарцинома, выявленная во время беременности, является чрезвычайно редкой патологией. В период с 1998 г. по 2024 г. в литературе описано всего 8 клинических случаев указанного злокачественного новообразования. Средний возраст пациенток на момент обращения составил 33 года, а средняя продолжительность беременности – 23 недели. Наиболее частыми клиническими симптомами были тошнота, рвота, боли в животе и желтуха. В лабораторных исследованиях наиболее часто отмечались гипербилирубинемия и повышение печеночных показателей, в некоторых случаях также были повышены уровни онкомаркеров СА 19-9 или альфа-фетопротеина. В целом,

зарегистрированные случаи демонстрируют выявление прогрессирующих форм заболевания и неблагоприятный исход. 5 из 8 пациенток умерли в течение 1,5 лет после постановки диагноза [16].

Заключение. Представленный случай сочетания холангиокарциномы и беременности демонстрирует сложность диагностики данной опухоли. Отсутствие специфической симптоматики привело к постановке диагноза в терминальной стадии. Для своевременной диагностики данного заболевания при беременности необходима высокая онконастороженность врачей и грамотное назначение методов обследования пациентки.

Сведения о вкладе каждого автора в работу.

Троицкая Н.И. – 40% (разработка концепции и дизайна исследования, анализ и интерпретация данных, анализ литературы по теме исследования, научное редактирование, утверждение окончательного текста статьи).

Лузина Е.В. – 40% (анализ литературы по теме исследования, написание текста статьи, техническое редактирование, утверждение окончательного текста статьи).

Федорова Л.В. – 20% (сбор данных, анализ и интерпретация данных, анализ литературы по теме исследования, написание текста статьи).

Сведения о финансировании исследования и о конфликте интересов.

Исследование не имело финансовой поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Сведения о соответствии научной специальности.

Материал соответствует научной специальности:

3.1.6. – Онкология (медицинские науки);

3.1.18. – Внутренние болезни (медицинские науки).

Список литературы:

1. Замотина А.Г., Фалалеева Н.А., Кучеров В.В. и соавт. Холангиокарцинома. Эпидемиология, классификация, диагностика, методы лечения (обзор литературы). Клинический разбор в общей медицине. 2024. 5 (7). 12–16.
2. Chun-Yee C., Choi-Wah K., William W.K. Cholangiocarcinoma in pregnancy: a case report. Hong Kong Journal of Gynaecology, Obstetrics and Midwifery. 2021. 21. 2.
3. Каприн А.Д., Старновский В.В., Шахзадова А.О. Злокачественные новообразования в России в 2022 году (заболеваемость и смертность). Москва. МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. 2023. 275.
4. Зинакова М.К., Бручкус Е.А., Бондаренко А.С., Алексишинец А.А. Холангиокарцинома у пациента с тяжелой сердечно-сосудистой патологией. Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2025. 4. 65–69.
5. Туманова У.Н., Щеголев А.И., Мишнев О.Д. Факторы риска развития холангиокарциномы. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2018. 11–2. 310–314.
6. Дедов А.В., Мустафин Р.Д., Полухина Е.А. О трудностях диагностики и осложнениях опухоли Клацкина. Астраханский медицинский журнал. 2023. 18 (2). 110–119.
7. Юричев И.Н., Верещак В.В., Платицын И.В. Редкая причина развития механической желтухи. Клиническое наблюдение. MD-Onco. 2022. 2 (4). 63–70.
8. Shin D.W., Moon S.H., Kim J.H. Diagnosis of cholangiocarcinoma. Diagnostics. 2023. 13 (2). 233.
9. Бредер В.В., Базин И.С., Балахин П.В. и соавт. Злокачественные опухоли печени и желчевыводящей системы. Практические рекомендации RUSSCO, часть 1.1. Злокачественные опухоли 2024. 14 (3s2). 358–403.
10. Алиев С.Б., Базин И.С., Бредер В.В. и соавт. Рак желчевыводящей системы. Клинические рекомендации. 2020. 51. https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/biliarnyj_rak.pdf.
11. Шалин В.В., Трошин Е.М., Вашуркина Е.М. и соавт. Сравнительная характеристика механической желтухи различного генеза. Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2021. 8. 228–233.

12. Li S.S., Hsu Y.T., Yen C.C. et al. Maternal survival of patients with pregnancy-associated cancers in Taiwan—A national population-based study. *Cancer medicine*. 2020. 9 (24). 9431–9444.
13. Johansson A.L., Fredriksson I., Mellemkjaer L. et al. Cancer survival in women diagnosed with pregnancy-associated cancer: An overview using nationwide registry data in Sweden 1970–2018. *European Journal of Cancer*. 2021. 155. 106–115.
14. Силькина М.О., Бахтияров К.Р. Рак и беременность. *Архив акушерства и гинекологии* В.Ф. Снегирева. 2018. 5 (4). 182–186.
15. Skrzypczyk-Ostaszewicz A., Rubach M. Gynaecological cancers coexisting with pregnancy. *Contemp. Oncol. (Pozn.)*. 2016. 20 (3). 193–8.
16. Cottreau C.M., Dashevsky I., Andrade S.E. et al. Pregnancy-associated cancer: a US population-based study. *Journal of Women's Health*. 2019. 28 (2). 250–257.
17. El Tahir O., Bonomi A.M., Van der Wielen N. et al. Pancreatoduodenectomy for Cholangiocarcinoma during Second Trimester of Pregnancy: Case Report and Review of the Literature. *Case Reports in Gastroenterology*. 2024. 18 (1). 413–421.

References:

1. Zamotina A. G., Falaleeva N. A., Kucherov V. V. et al. Cholangiocarcinoma. Epidemiology, classification, diagnostics, treatment methods (literature review). *Klinicheskij razbor v obshej medicine*. 2024. 5(7). 12-16.
2. Chun-Yee C., Choi-Wah K., William W.K. Cholangiocarcinoma in pregnancy: a case report. *Hong Kong Journal of Gynaecology, Obstetrics and Midwifery*. 2021. 21. 2.
3. Kaprin A.D., Starnovskij V.V., Shahzadova A.O. Malignant neoplasms in Russia in 2022 (morbidity and mortality). Moscow. MNIOI im. P.A. Gercena – filial FGBU «NMIC radiologii» Minzdrava Rossii. 2023. 275.
4. Zinakova M.K., Bruchkus E.A., Bondarenko A.S., et al. Cholangiocarcinoma in a patient with severe cardiovascular pathology. *Novye Sankt-Peterburgskie vrachebnye vedomosti*. 2025. 4. 65-69.
5. Tumanova U.N., Shhegolev A.I., Mishnev O.D. Risk factors for the development of cholangiocarcinoma. *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij*. 2018. 11-2. 310-314.
6. Dedov A.V., Mustafin R.D., Poluhina E.A. About the difficulties of diagnosis and complications of Klatskin's tumor. *Astrahanskij medicinskij zhurnal*. 2023. 18(2). 110-119.
7. Jurichev I.N., Vereshhak V.V., Platicyn I.V. A rare cause of obstructive jaundice. Clinical observation. *MD-Onco*. 2022. 2(4). 63-70.
8. Shin D. W., Moon S. H., Kim J. H. Diagnosis of cholangiocarcinoma. *Diagnostics*. 2023. 13(2). 233.
9. Breder V.V., Bazin I.S., Balahin P.V. et al. Malignant tumors of the liver and biliary system. Practical recommendations RUSSCO, part 1.1. Malignant tumors 2024. 14(3s2). 358–403.
10. Aliev S.B., Bazin I.S., Breder V.V. et al. Biliary system cancer. Clinical guidelines. 2020. 51. https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/biliarnyj_rak.pdf.
11. Shalin V.V., Troshie E.M., Vashurkina E.M. et al. Comparative characteristics of obstructive jaundice of various origins. *Seriya: Estestvennye i tehnicheckie nauki*. 2021. 8. 228-233.
12. Li S.S., Hsu Y.T., Yen C.C. et al. Maternal survival of patients with pregnancy-associated cancers in Taiwan—A national population-based study. *Cancer medicine*. 2020. 9(24). 9431-9444.
13. Johansson A.L., Fredriksson I., Mellemkjaer L. et al. Cancer survival in women diagnosed with pregnancy-associated cancer: An overview using nationwide registry data in Sweden 1970–2018. *European Journal of Cancer*. 2021. 155. 106-115.
14. Sil'kina M.O., Bahtijarov K.R. Cancer and pregnancy. *Arhiv akusherstva i ginekologii* V.F. Snegireva. 2018. 5(4). 182 -186.
15. Skrzypczyk-Ostaszewicz A., Rubach M. Gynaecological cancers coexisting with pregnancy. *Contemp. Oncol. (Pozn.)*. 2016. 20(3). 193-8.
16. Cottreau C.M., Dashevsky I., Andrade S.E. et al. Pregnancy-associated cancer: a US population-based study. *Journal of Women's Health*. 2019. 28(2). 250-257.

17. El Tahir O., Bonomi A.M., Van der Wielen N. et al. Pancreatoduodenectomy for Cholangiocarcinoma during Second Trimester of Pregnancy: Case Report and Review of the Literature. Case Reports in Gastroenterology. 2024. 18(1). 413-421.

Информация об авторах:

1. **Троицкая Наталья Игоревна**, к.м.н., доцент кафедры онкологии, e-mail: troicachita@mail.ru, ORCID ID: 0000-0002-8973-753X.
2. **Лузина Елена Владимировна**, к.м.н., доцент кафедры терапии факультета дополнительного профессионального образования, председатель Забайкальского научного общества гастроэнтерологов, e-mail: el.luz@list.ru, ORCID ID: 0000-0002-8282-3056.
3. **Федорова Лариса Викторовна**, заведующая отделением гастроэнтерологии, e-mail: sirens_07@mail.ru.

Author information:

1. **Troitskaya N.I.**, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Oncology, e-mail: troicachita@mail.ru, ORCID ID: 0000-0002-8973-753X;
2. **Luzina E.V.**, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Therapy Faculty of Additional Professional Education; Chairman of the Transbaikal Scientific Society of gastroenterologists; e-mail: el.luz@list.ru, ORCID ID: 0000-0002-8282-3056.
3. **Fedorova L.V.**, Head of the Gastroenterology Department, e-mail: sirens_07@mail.ru.

Информация.

Дата опубликования – 30.04.2025