

DOI: <https://doi.org/10.17650/1994-4098-2025-21-3-65-67>

Всегда ли нужны менструации для наступления беременности у больных раком молочной железы?

М.Ю. Шеремет¹, А.Э. Протасова¹⁻³, А.Н. Туромша¹¹ООО «АВА-ПЕТЕР»; Россия, 196634 Санкт-Петербург, ул. Ильюшина, 4, корп. 2;²ФБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; Россия, 199034 Санкт-Петербург, Университетская набережная, 7–9;³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России; Россия, 197341 Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2**Контакты:** Марина Юрьевна Шеремет sheremet-my@avaclinic.ru

Представлен клинический случай наступления беременности у больной раком молочной железы на фоне адъювантной гормонотерапии тамоксифеном. Пациентке было проведено комбинированное лечение: неoadъювантная химиотерапия с овариальной супрессией, органосохраняющая операция, лучевая терапия и дальнейшая гормонотерапия после отмены овариальной супрессии. Клинический случай подчеркивает необходимость информирования пациенток о риске наступления беременности без восстановления менструальной функции на фоне приема тамоксифена и важность надежной контрацепции.

Ключевые слова: рак молочной железы, беременность, тамоксифен, химиотерапия, гормонотерапия, овариальная супрессия, аменорея

Для цитирования: Шеремет М.Ю., Протасова А.Э., Туромша А.Н. Всегда ли нужны менструации для наступления беременности у больных раком молочной железы? Опухоли женской репродуктивной системы 2025;21(3):65–7. DOI: <https://doi.org/10.17650/1994-4098-2025-21-3-65-67>

Are menses always necessary for pregnancy in patients with breast cancer?

M. Yu. Sheremet¹, A. E. Protasova¹⁻³, A. N. Turomsha¹¹AVA-PETER LLC; Build. 2, 4 Ilyushina St., Saint Petersburg 196634, Russia;²Saint Petersburg State University; 7–9 Universitetskaya Naberezhnaya, Saint Petersburg 199034, Russia;³V.A. Almazov National Medical Research Centre, Ministry of Health of Russia; 2 Akkuratova St., Saint Petersburg 197341, Russia**Contacts:** Marina Yuryevna Sheremet sheremet-my@avaclinic.ru

A clinical case of pregnancy in a patient with breast cancer during adjuvant hormonal therapy with tamoxifen is presented. The patient underwent combined treatment: neoadjuvant chemotherapy with ovarian suppression, organ-preserving surgery, radiation therapy and further hormonal therapy after the cancellation of ovarian suppression. The clinical case emphasizes the need to inform patients about the risk of pregnancy without restoration of menstrual function during tamoxifen intake and the importance of reliable contraception.

Keywords: breast cancer, pregnancy, tamoxifen, chemotherapy, hormone therapy, ovarian suppression, amenorrhea

For citation: Sheremet M. Yu., Protasova A. E., Turomsha A. N. Are menses always necessary for pregnancy in patients with breast cancer? Opuholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy = Tumors of Female Reproductive System 2025;21(3):65–7. (In Russ.).

DOI: <https://doi.org/10.17650/1994-4098-2025-21-3-65-67>

Менструальный цикл — регулярное естественное изменение, происходящее в женской репродуктивной системе. Он необходим для созревания ооцитов

и подготовки матки к беременности, что обеспечивается изменениями уровней различных гормонов. Овариальный цикл включает фолликулярную фазу, овуляцию

и лютеиновую фазу. Под воздействием фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, выделяемых гипофизом, стимулируется рост фолликулов в яичниках, а затем происходит овуляция [1].

Неуклонный рост заболеваемости раком молочной железы у молодых женщин в репродуктивном возрасте поставил задачу разработки эффективных методов сохранения фертильности [2]. Одним из таких методов является овариальная супрессия, которая может применяться на этапе как неoadъювантной, так и адъювантной химиотерапии.

Овариальная супрессия подразумевает подавление функции яичников хирургическим, лучевым или лекарственным методом. Лекарственная супрессия достигается введением агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона, что снижает секрецию лютеинизирующего гормона гипофизом и приводит к уменьшению концентрации эстрадиола до постменопаузального уровня. Овариальная супрессия используется как метод сохранения фертильности при проведении химиотерапии у молодых пациенток и назначается за 3–4 нед до начала лечения.

Тамоксифен, препарат из группы антиэстрогенов, широко применяется для лечения рака молочной железы. Однако прием тамоксифена во время беременности может приводить к серьезным врожденным порокам развития плода, таким как деформации скелета и органов зрения [3]. Выявлено, что его применение может быть связано с увеличением риска возникновения различных пороков развития у плода до 25 % [4]. Это подчеркивает важность информирования пациенток о сохранении репродуктивной функции на фоне приема тамоксифена [5].

Клинический случай

Пациентка А., 1981 г.р., возраст на момент установления диагноза — 39 лет. Обратилась к маммологу с жалобами на выраженную болезненность молочных желез в апреле 2021 г. Ультразвуковое исследование: подозрение на локализованный фибroadеноматоз, BI-RADS 4A. От биопсии и дообследования отказалась. Из анамнеза известно, что у пациентки была 1 беременность, закончившаяся срочными родами через естественные родовые пути. Лактация длилась до 1 года. Пациентка ежегодно обследовалась по поводу гиперпролактинемии, микроаденомы гипофиза, до 2011 г. принимала достинекс.

Спустя полгода наблюдения пациентка вновь обратилась к маммологу с жалобами на увеличение аксиллярных лимфатических узлов. Была выполнена трепанобиопсия, подтвердившая инвазивную карциному молочной железы. Иммуногистохимическое исследование: рецепторы эстрогенов — 8 баллов, рецепторы прогестерона —

7 баллов, Ki-67 — 60 %, HER2—. Мутации в генах BRCA1/2 методом полимеразной цепной реакции не выявлены.

С учетом биологического профиля опухоли пациентке назначена неoadъювантная химиотерапия с проведением овариальной супрессии за 4 нед до начала лечения для сохранения репродуктивной функции. В ноябре 2021 г. введена первая инъекция агониста гонадотропин-рилизинг-гормона (гозерелина), с этого момента менструации прекратились. Химиотерапия завершилась в мае 2022 г. достижением полного регресса опухоли.

В июне 2022 г. в Германии пациентке проведены органосохраняющая операция с биопсией сигнальных лимфатических узлов и курс лучевой терапии. В июле 2022 г. отменена овариальная супрессия, назначена гормонотерапия: тамоксифен 20 мг внутрь ежедневно. После отмены овариальной супрессии менструальная функция не восстановилась. Пациентка продолжила гормонотерапию и наблюдение у онколога. Очередное контрольное обследование было выполнено в январе 2023 г., по данным которого подтверждена ремиссия заболевания.

В марте 2023 г., на фоне аменореи в течение 1 года 4 мес, пациентка обратилась к гинекологу с жалобами на тянущие боли внизу живота. По результатам гинекологического осмотра тело матки увеличено до размера, соответствующего 6-недельной беременности. Пациентка направлена на ультразвуковое исследование органов малого таза, которое выявило маточную беременность на сроке 6 нед.

Несмотря на консультации специалистов, предупреждающих о рисках, пациентка решила сохранить беременность. Однако через 2 нед была диагностирована неразвивающаяся беременность, и выполнено ее прерывание. На момент регистрации отсутствия сердцебиения плода пациентка не принимала тамоксифен 3 дня. Прием тамоксифена возобновлен.

Частота наступления нежелательной беременности у онкологических пациенток в 3 раза выше, чем в популяции [6]. Этот показатель подчеркивает важность назначения надежных методов контрацепции. Данный клинический случай демонстрирует возможность наступления беременности без восстановления менструальной функции и на фоне адъювантной гормонотерапии тамоксифеном без применения агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона. При благоприятном течении беременности, наступившей на фоне приема тамоксифена, значительно повышается риск внутриутробных пороков развития плода [7, 8]. Врач-онколог должен акцентировать внимание на профилактике нежелательной беременности и информировать о возможных последствиях перед началом приема тамоксифена [9]. Такие меры помогут снизить риск развития осложнений и обеспечить более безопасное лечение.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Гинекология: национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова и др. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 1008 с.
Gynecology: national guidelines. Eds.: G.M. Savelyeva, G.T. Sukhikh, V.N. Serova et al. 2nd edn., revised. Moscow: GEOTAR-Media, 2020. 1008 p. (In Russ.).
2. Partridge A.H., Hughes M.E., Warner E.T. et al. Subtype-dependent relationship between young age at diagnosis and breast cancer survival. *J Clin Oncol* 2016;34:3308–14. DOI: 10.1200/JCO.2015.65.8013
3. Barthelmes L., Gateley C.A. Tamoxifen and pregnancy. *Breast* 2004;13:446–51. DOI: 10.1016/j.breast.2004.08.007
4. Braems G., Denys H., De Wever O. et al. Use of tamoxifen before and during pregnancy. *Oncologist* 2011;16(11):1547–51. DOI: 10.1634/theoncologist.2011-0121
5. Jyoti B., Bharat Ch., Ankita N. et al. Pregnancy on tamoxifen: Case-report and review of literature. *South Asian J Cancer* 2016;5(4):209, 210. DOI: 10.4103/2278-330X.195347
6. Ives A., Saunders C., Bulsara M. et al. Pregnancy after breast cancer: Population-based study. *BMJ* 2007;334:194. DOI: 10.1136/bmj.39035.667176.55
7. Buonomo B., Brunello A., Noli S. et al. Tamoxifen exposure during pregnancy: A Systematic review and three more cases. *Breast Care (Basel)* 2020;15(2):148–56. DOI: 10.1159/000501473
8. Tewari K., Bonebrake R.G., Asrat T. et al. Ambiguous genitalia in infant exposed to tamoxifen in utero. *Lancet* 1997;350:18. DOI: 10.1016/S0140-6736(97)24029-8
9. Han S.N., Kesic V.I., van Calsteren K. et al. Cancer in pregnancy: A survey of current clinical practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;167(1):18–2. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2012.10.026

Вклад авторов

М.Ю. Шеремет, А.Э. Протасова, А.Н. Туромша: получение и анализ данных, обзор публикаций по теме статьи, написание статьи.

Authors' contributions

M.Yu. Sheremet, A.E. Protasova, A.N. Turomsha: obtaining and analyzing data, reviewing publications on the topic of the article, writing the article.

ORCID авторов / ORCID of authors

М.Ю. Шеремет / M.Yu. Sheremet: <https://orcid.org/0009-0008-4392-0700>

А.Э. Протасова / A.E. Protasova: <https://orcid.org/0000-0001-7930-8048>

А.Н. Туромша / A.N. Turomsha: <https://orcid.org/0009-0008-4164-2372>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Работа выполнена без спонсорской поддержки.

Funding. The work was performed without external funding.

Соблюдение прав пациентов и правил биоэтики. Пациентка подписала информированное согласие на публикацию своих данных.

Compliance with patient rights and principles of bioethics. The patient signed written informed consent to the publication of her data.