

УДК 159.9

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПЛАНЫ У ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТ ВРЕМЕНИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА

Назимова Е.С., Филипова Г.Г., Гольдман О.Э. (Москва, Россия)



Назимова Екатерина Сергеевна

Репродуктивный психолог, онкопсихолог, психолог-консультант
АНО Служба «Ясное утро»,
ул. Электродная д.11 стр. 18, Москва, 111524, Россия
Тел.: 8 (925) 535-11-94
E-mail: e.nazimova@yasnoeutro.ru



Филиппова Галина Григорьевна

Доктор психологических наук, профессор, ректор ЧУ ДПО
«Институт перинатальной и репродуктивной психологии»
Волоколамское ш., 1, Москва, 125371, Россия
Тел.: 8 (495) 920-62-36.
E-mail: rektor@perinatalpsy.ru



Гольдман Ольга Эмильевна

Руководитель Службы помощи онкологическим пациентам и их
близким АНО Служба «Ясное утро»,
ул. Электродная д.11 стр. 18, Москва, 111524, Россия
Тел.: 8 (985) 231-85-87.
E-mail: o.goldman@yasnoeutro.ru

Аннотация.

В статье обсуждаются психологические и социальные факторы, влияющие на репродуктивные планы женщин, проходящих лечение от рака молочной железы (РМЖ). Анализ литературы по данной теме и проведенное исследование показали, что

репродуктивные планы женщин претерпевают изменение при обнаружении онкологического заболевания (РМЖ) и в процессе его лечения. Изучение организации процессов медицинского информирования и направления женщин в программы по сохранению репродуктивного здоровья в РФ свидетельствует о недостаточности информирования пациентов о возможностях использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) до начала противоопухолевого лечения. Представлены результаты исследования репродуктивных планов женщин с РМЖ с помощью специально разработанного опросника. Выявлены социально-психологические факторы, влияющие на изменение репродуктивных планов у женщин с РМЖ, связанные с недостаточностью информированности женщин о влиянии заболевания и его лечения на возможность деторождения, на свое здоровье и здоровье будущего ребенка, а также практически полное отсутствие информированности о возможностях использования ВРТ для планирования деторождения и сохранения своего репродуктивного здоровья после окончания лечения. Полученные в исследовании данные показывают, что своевременное информирование, корректная и быстрая маршрутизация, а также психологическая помощь на каждом из этапов лечения помогут женщине принять решение в пользу использования программ ВРТ для сохранения фертильности (СФ), а также реализации в материнстве в будущем.

Ключевые слова: рак молочной железы, репродуктивные планы, сохранение фертильности при РМЖ.

Для цитаты. Назимова Е. С., Филипова Г.Г., Гольдман О. Э. «Репродуктивные планы у женщин с раком молочной железы» // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2025. Т. 17. №3(88). С. 79-96. <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2025-17-3-79-96>

Сохранение фертильности у женщин репродуктивного возраста.

Современные исследования показывают, что достижения медицины последних лет в увеличении срока выживаемости после онкологического заболевания создают все условия для успешной реализации репродуктивной функции женщины, поэтому женщина имеет право знать, что при определенных онкологических заболеваниях беременность возможна, безопасна и даже рекомендуема. В настоящее время проблема бесплодия и репродуктивного здоровья актуальна как никогда ранее. В связи с современными тенденциями к отсроченному деторождению возрастает риск диагностирования онкологического заболевания (ОЗ) раньше наступления первой беременности, что создает проблему с реализацией репродуктивной функции у таких пациенток после прохождения противоопухолевого лечения [1].

Рак молочной железы занимает первое место по выявляемости онкологии у женщин репродуктивного возраста в России. По данным распределения больных по локализации злокачественных новообразований в регистре онкофертильности за 2024 год на РМЖ приходится 44% женщин, возрастная медиана составляет 31 год. Риск развития рака молочной железы увеличивается с возрастом, а 6–10% случаев приходится на женщин младше 40 лет. Статистически 216 из 100 000 женщин получают диагноз РМЖ в возрасте до 44 лет [3].

По данным нашего исследования, проведенном в период с мая по июнь 2025 года на базе АНО Служба «Ясное утро», в котором приняло участие 106 женщин, в большинстве случаев РМЖ у женщин репродуктивного возраста определяется на второй стадии (Рис. 1) (подробное описание исследования и анализ полученных данных приведены в следующих разделах статьи). Связано это с отсутствием обязательной диагностики, маммография назначается как обязательное обследование женщинам только после 40 лет и на сегодняшний день нет никаких регулярно проводимых методов ранней диагностики РМЖ у женщин репродуктивного возраста. Большинство обращений к врачу происходят при наличии уже выраженной симптоматики, соответствующей II стадии и выше: заметное уплотнение в молочной железе, припухлость в подмышечной впадине, втяжение соска или кожи молочной железы, видимые изменения в очертании груди, либо в процессе иных обследований, в том числе на этапе планировании беременности.

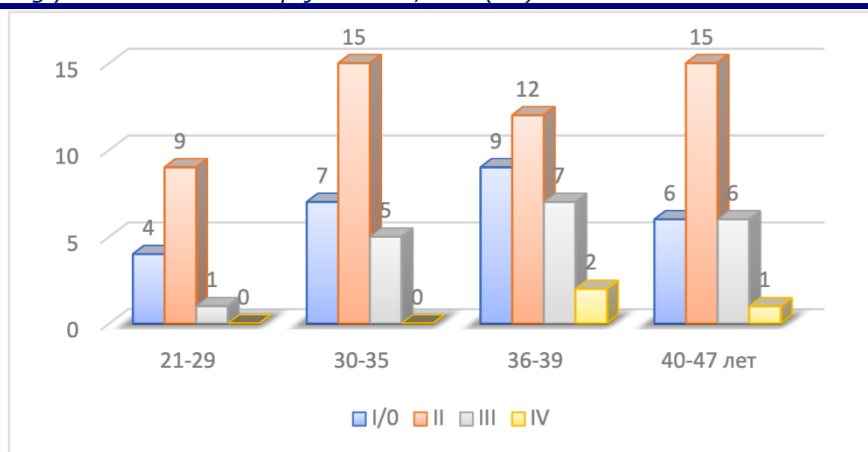


Рис. 1. Распределение стадий РМЖ у женщин в соответствии с возрастом.

Ограниченное количество женских яйцеклеток и лечения онкологического заболевания методами химиотерапии или лучевой терапии приводят к угасанию репродуктивной функции. Установлено, что в среднем 1 месяц химиотерапии укорачивает время, когда женщина имеет возможность зачать ребенка, на полтора года [3].

32 (32%) женщины старше 30 лет в нашем исследовании не имели детей на момент постановки диагноза. Возможно предположить, что при набирающей обороты тенденции к отсроченному материнству и росту заболеваемости РМЖ в репродуктивном возрасте пациентами центров ВРТ с РМЖ в будущем будут женщины старше 30–35 лет без детей.

В настоящее время в медицинской литературе описано несколько вариантов сохранения репродуктивного здоровья с помощью вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с диагностированным онкологическим заболеванием:

- получение ооцитов в стимулированных циклах;
- получение ооцитов в натуральных циклах;
- получение ооцитов с применением технологии IVF в нестимулированных циклах;
- криоконсервация ткани яичника;
- по ряду исследований сюда также можно отнести сохранение фертильности (СФ)

агонистами Гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ) [3].

Криоконсервация ооцитов или эмбрионов являются самым безопасным методом для сохранения фертильности у женщин с раком молочной железы на сегодняшний день, по мнению большинства врачей. Согласно статистическим данным, представленным на «XXI Премии города Москвы в области медицины», методы лечения включают: 62% программ ВРТ у онкологических больных репродуктивного возраста с криоконсервацией ооцитов, 21% - с криоконсервацией эмбрионов и 17% - с криоконсервацией яичниковой ткани. Весомым фактором при выборе того или иного метода является возраст пациентки, благоприятный прогноз лечения, тип онкологического заболевания (потенциально излечимый), выбор терапии (гонадотоксичность), а также оценка репродуктивного здоровья женщины.

Организация процессов медицинского информирования и направления женщин в программы по сохранению репродуктивного здоровья в России и в мировой практике.

Сегодня в нашей стране в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ № 107н от 30.08.2012 в приложении к онкологическим больным при лечении их бесплодия разрешается использование любых методов ВРТ, в том числе и стимуляция яичников. Какие из этих методов допустимы к назначению, в каждом конкретном случае решает онколог, который исходит из того, насколько они опасны с точки зрения усугубления течения имеющегося опухолевого процесса [1].

В клинических рекомендациях для пациентов с РМЖ, разработанных Ассоциацией онкологов России, женщинам моложе 45 лет в разделе «Другие диагностические исследования»:

рекомендуется с целью предотвращения нежелательной беременности информировать пациенток детородного возраста о необходимости использовать надежные средства контрацепции в период противоопухолевой лекарственной терапии и в ближайшее время после нее;

рекомендуется с целью сохранения репродуктивной функции на этапе обследования информировать пациенток о возможном негативном влиянии лекарственного лечения на функцию яичников и фертильность;

рекомендуется до начала лечения по поводу РМЖ провести консультацию врача акушера-гинеколога/репродуктолога для обсуждения возможных вариантов вспомогательных репродуктивных технологий при желании пациентки в будущем иметь детей [3].

Для осуществления этих рекомендаций требуется оперативная и совместная работа онкологов, гинекологов, репродуктологов, эмбриологов, эндокринологов и другого медицинского персонала. Для этого уже прикладываются усилия, например, Образовательный проект «Стажировка на рабочем месте» на базе НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова, где специалисты онкологи и репродуктологи проходят обучение по вопросам онкофертильности. Уже сейчас федеральные онкологические центры г. Москвы предоставляют возможность телемедицинских консультаций для коллег из регионов по вопросам сохранения фертильности (СФ).

Сформирована мультидисциплинарная команда на базе Онкологического центра №1 на базе ГКБ им. С.С. Юдина (консультация онколога), городской клинической больницы № 52 (консультация гинеколога) и Института Репродуктивной медицины (консультация репродуктолога).

Разработана и запущена платформа для мониторинга состояния репродуктивного здоровья онкологических и онкогематологических пациентов «Регистр ОНКОФертильности». Разработаны и внедрены учебные пособия для врачей «Сохранение репродуктивной функции у онкологических больных» под редакцией Т.А. Назаренко и Г.Т. Сухих (Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации), а также «Сохранение фертильности онкологических больных» под редакцией Лавринович О. Е. с соавторами (Санкт-Петербург: НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова).

Для жителей г. Москвы запущена программа «Стану мамой» на сайте www.deti.mosgorzdrav.ru которая предлагает криоконсервацию яйцеклеток и эмбрионов женщинам со сниженным уровнем АМГ, а также с тяжелыми заболеваниями. Программа рассчитана для женщин в возрасте до 40 лет с онкологическими заболеваниями на ранних стадиях. Забор яйцеклеток проводится до начала химиотерапии (не более двух циклов) и обеспечивает хранение яйцеклеток или эмбрионов в течение двух лет [3]. Временной интервал в два года дает возможность исключить неблагоприятные эффекты беременности и высокую вероятность рецидива, а также показывает обнадеживающие результаты для беременностей, наступивших по истечению этого срока. [4]

В исследовании А. Ives с соавторами женщины в возрастной категории до 45 лет включительно, пережившие рак молочной железы и забеременевшие спустя более чем 24 месяца после постановки диагноза, имеют такую же или лучшую выживаемость, чем другие женщины с РМЖ. В то же время для женщин с локализованным заболеванием раннее зачатие после завершения лечения РМЖ критически не сказывается на их выживаемости [5].

Это подтверждается и в исследовании М.Б. Нурбердыева, где рассмотрены два интервала наступления беременности: до двух лет после постановки диагноза (39 человек) и после двух лет после постановки диагноза (28 человек). По результатам статистического анализа установлено, что как без рецидивная, так и общая выживаемость оказались достоверно выше в группе больных, у которых беременность наступила в сроки более 2 лет после постановки диагноза [цит. по 6].

Крайне важно, и на это указывают все специалисты, чтобы консультация по поводу применения ВРТ у онкологических больных происходила в короткий промежуток времени между диагностикой рака и началом лечения. Рекомендуемый временной интервал между установлением предварительного онкологического диагноза и консультацией репродуктолога – не более 1–2 дней. Согласно результатам опроса участников Oncofertility Consortium Global Partners Network и National Institutes of Health, самая большая группа респондентов (14 (38%) из 37) указали, что средний промежуток времени в их центре между диагностикой рака и консультацией по СФ составляет 1–2 дня. Респонденты (9 (24%) из 37) сообщили, что время между консультацией и началом выполнения процедур по СФ составляет 1–2 дня, а между консультациями и процедурой проходит в среднем от 3 до 5 дней. Часть пациентов (11 (31%) из 36) указали, что время между диагностикой рака и процедурами по СФ составляет 3–5 дней [7].

Основная цель создания многочисленных клинических рекомендаций состоит в том, чтобы разговор с врачом о планах на деторождение стал обычной практикой в процессе

лечения данной когорты пациентов. Своевременное направление пациента онкологом к репродуктологу жизненно важно и требует эффективной взаимосвязи двух медицинских специалистов – онколога и репродуктолога [7].

Европейское общество медицинской онкологии (ESMO) дает следующие рекомендации относительно консультирования женщин с РМЖ:

- Не отговаривайте от беременности после постановки диагноза РМЖ независимо от статуса.

- На ранних сроках беременности пациент должен быть проинформирован о влиянии предлагаемой терапии на плод и на общий прогноз для матери. Прерывание беременности должно обсуждаться, но пациентка должна быть проинформирована, что прогноз не изменяется при прерывании беременности.

- Женщину, проходящую лечение от РМЖ и желающую забеременеть, следует проинформировать о том, что беременность возможна и, по-видимому, не связана с ухудшением прогноза. Однако ее следует проинформировать о том, что доказательств, подтверждающих такие рекомендации, относительно мало. В целом, литература успокаивает и не показывает худших результатов для женщин с ранее диагностированным и леченным раком груди, которые стремятся забеременеть после этого. Некоторые данные даже предполагают лучший результат выживания. Эти выводы должны помогать в планировании лечения врачам и женщинам с предыдущим диагнозом РМЖ [4].

Согласно рекомендациям Британского общества фертильности (2018), информированность женщин о возможностях и последствиях ВРТ важна для успешности онкофертильности. Женщины должны знать, что:

- риск врожденных аномалий и генетических заболеваний не увеличивается после лечения рака;

- лучевая терапия на область малого таза, включая матку, связана с акушерскими рисками;

- нет доказательств повышенного риска рецидива рака после беременности для большинства типов онкозаболеваний;

- необходимо оценивать риск бесплодия и снижения овариального резерва в зависимости от возраста, типа и дозы химиотерапии.

Женщинам репродуктивного возраста следует предлагать сохранение фертильности до начала лечения, если:

- существует высокий риск бесплодия из-за лечения;

- есть перспектива долгосрочного выживания;

- пациентка подходит для стимуляции яичников;

- время для стимуляции не угрожает прогнозу основного заболевания [7].

В проспективном исследовании женщин и девочек, проходящих сохранение фертильности по онкологическим и неонкологическим показаниям в Швеции, указывается необходимость разработки и внедрения стандартов процесса по предоставлению услуг в сфере охраны репродуктивного здоровья. Для этих целей было разработано руководство, включающее в себя сводку признанной и одобренной практики по охране репродуктивного здоровья и определение обязанностей и ответственности среди персонала. Стандартные операционные процедуры следуют национальным многопрофильным рекомендациям по охране репродуктивного здоровья пациентов молодого возраста в Швеции, которые были разработаны в сотрудничестве со всеми университетскими больницами и доступны как медицинскому персоналу, так и общественности. В дополнение к стандартизированной информации для пациентов были разработаны информационные брошюры и видео для принятия решений, адаптированные по возрасту на нескольких языках [8].

В Японии была создана и внедрена учебная веб-программа под названием «Обучение медицинских работников репродуктивным проблемам в онкологическом здравоохранении». Она направлена на помощь медицинским работникам оперативно общаться с пациентами и выжившими подростками и молодыми взрослыми, с информацией, связанной с вопросами репродуктивного здоровья, такими как риск бесплодия и СФ. В тестовой версии приняло участие 820 человек, к результатам отнесли повышение уровня уверенности в общении с пациентами, а также были отмечены изменения в поведении медицинских работников, которые начали спрашивать о семейном положении и паритете пациентов [9].

В Канаде командой специалистов был разработан «Помощник в принятии решений (ППР) женщинам репродуктивного возраста с онкологическими заболеваниями» BEFORE DA (Begin Exploring Fertility Options, Risks, and Expectations decision aid), что переводится как «Начни исследовать варианты фертильности, риски и ожидания». Этот, основанный на

фактических данных инструмент, помогает подготовить пациенток к принятию решений с учетом предпочтений, предоставляя информацию о конкретном состоянии здоровья. Такие помощники для принятия решений подчеркивают преимущества и риски, вероятности и неопределенности различных вариантов состояния здоровья, что позволяет пациентам прояснить свои ценности и рассмотреть каждый вариант на основе своих собственных предпочтений, прежде чем принимать обоснованное решение [10].

Для решения проблемы недостатка консультаций по вопросам фертильности и рака было предложено привлекать онкологических медсестер и социальных работников. Ресурсы, такие как Fertile Hope, Susan G. Komen Foundation и Lance Armstrong Foundation, предлагают информацию в веб- и печатном формате, чтобы помочь женщинам с раком и их врачам обсуждать вопросы фертильности [11]. Разрабатываются программы, направленные на обучении не только онколога, но и других медицинских работников, связанных с лечением рака, для предоставления консультаций по вопросам фертильности [12].

Исследование репродуктивных планов у женщин с раком молочной железы

Целью нашего исследования является анализ данных относительно наличия/отсутствия репродуктивных планов и причин их изменения в процессе лечения у женщин репродуктивного возраста, прошедших лечение от рака молочной железы.

Исследование проводилось на базе АНО Служба «Ясное утро». В нем приняло участие в период с мая по июнь 2025 года 106 женщин. Материалом для исследования послужил специально разработанный для данного исследования опросник в формате приложения Yandex.Form. Опросник состоял из четырех блоков:

- общие данные о пациентках (возраст, образование, брак, наличие детей)
- взаимодействие с врачом-онкологом
- репродуктивные планы, взаимодействие с врачом-репродуктологом, участие в программе ВРТ
- психологические и социальные факторы принятия решения о сохранении фертильности.

Рассылка опросника и сбор информации осуществлялись через сервисы онкобольных пациентов.

Исследование включало 4 этапа:

1. Сбор и анализ социально-демографических данных о женщинах с РМЖ
2. Изучение процесса информирования женщин репродуктивного возраста с РМЖ о возможности СФ.
3. Изучение репродуктивных планов у женщин, прошедших/проходящих лечение от РМЖ
4. Изучение необходимости психологической помощи женщинам с РМЖ и принятии ими решения о СФ (результаты этого этапа будут представлены в следующей статье).

Результаты исследования

В данной статье представлены результаты первых трех этапов исследования.

1 этап

На первом этапе исследования проводился сбор социально-демографических данных женщин с раком молочной железы (РМЖ). В нашем исследовании приняло участие 106 женщин в возрасте от 21 до 68 лет. Учитывая, что в большинстве исследований по теме онкофертильности акцентируется внимание на возрасте до 40 лет, было принято решение ограничить возрастную категорию до 47 лет и выделить отдельно группу 40-47 лет. Это связано с тем, что среди участниц были женщины этого возраста, которые планировали деторождение на момент постановки диагноза и приняли участие в программе СФ. Семь женщин старше 47 лет не имели планов на рождение детей в будущем. Общее количество составило 99 анкет.

В возрастной категории 30–47 лет приняло участие 85 женщин, в возрастной категории до 30 лет – 14, в этой группе наименьший процент женщин с детьми. Всего в исследовании приняло участие 55 женщин с как минимум одной доношенной беременностью естественным путем, у одной было ЭКО, что составляет 56,5% от всего числа участниц (99). Больше половины женщин в каждой возрастной категории состояло в браке на момент постановки диагноза и имело высшее образование.

Наличие детей в группе 21–29 лет у 21,42% женщин, в группе 30–35 лет – у 51,85%, в группе 36–39 лет – у 66,67%, в группе 40–47 – у 67,86% женщин. Средний возраст женщин, которые планировали рождение детей (или еще детей), составил 35 лет. 65 (66%) всех женщин на момент постановки диагноза состояли в браке, у 48 (48%) из них были дети.

Восемь женщин имело детей, но не состояло в браке. Не состояли в браке и не имели детей 26 (26%) женщин.

В Москве, Санкт-Петербурге, Московской и Ленинградской областях проживала 31 пациентка, в других регионах России – 68.

65 (66%) женщин из 99 имели планы на рождение детей (еще детей) в будущем, у 38 (58%) из них детей не было, 21 (55%) женщина из 38 не состояла в браке на момент постановки диагноза.

2 этап

На втором этапе ставилась задача изучить, как в РФ устроен процесс информирования женщин репродуктивного возраста с РМЖ о возможности СФ.

По результатам проведенного исследования только в 10 (10%) случаях женщины отмечают сам факт наличия информации о сохранении репродуктивного здоровья в онкодиспансере /ЦАОПе/ и онкоцентре, 5 (5%) из них приходится на Москву и Санкт-Петербург. Стоит отметить, что ни одной консультации о СФ у женщин с РМЖ посредством Телемедицины (врач-врач, т.е. по назначению врача) проведено не было, было отмечено самостоятельное обращение за консультацией к врачу-онкологу посредством Телемедицины относительно СФ.

При изучении процесса информирования врачом-онкологом женщин по вопросам СФ были проанализированы следующие факторы: регион проживания, возраст, наличие/отсутствие детей, стадия онкозаболевания (ОЗ), а также заявленная готовность к будущему родительству как значимые показания для проведения консультации. Полученные данные представлены на рис. 2,3 и в Таблице1.

Из 99 пациенток о влиянии лечения ОЗ на фертильность были проинформированы 47 (47%). Из 33 женщин, которые сообщили врачу о своих планах на деторождение, информацию получили 17 (51%). Среди 32 участниц, которые планировали беременность, но не сообщили об этом, информацию получили 14 (44%).

Далее были рассмотрены данные об информированности женщин о влиянии лечения РМЖ на СФ по территориальному признаку (рис. 2,3), отдельно выделены Москва, Санкт-Петербург и их области.

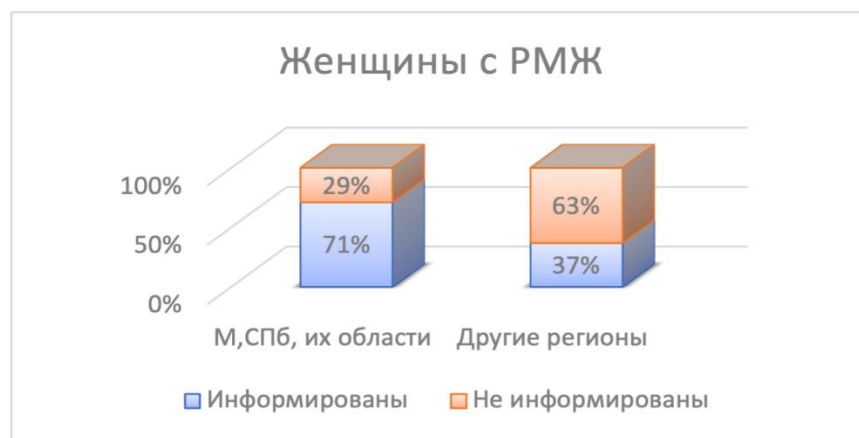


Рис.2. Информирование по территориальному признаку всей выборки

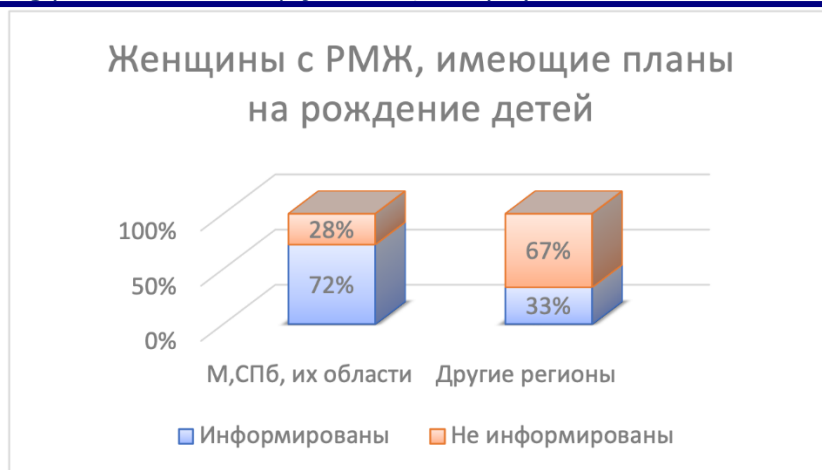


Рис. 3. Информирование по территориальному признаку женщин, планирующих рождение детей

Полученные данные говорят о том, что информирование пациентов в большей степени происходит в Москве, Санкт-Петербурге, Московской и Ленинградской областях, по сравнению с другими регионами в среднем соотношении 70% к 30%. Различия в системах здравоохранения, наличие ресурсов, предоставление информации и методы вспомогательного ухода могут отличаться в зависимости от региона. Эти факторы могут влиять на степень приоритетности и доступности консультирования по вопросам бесплодия, а также в последующем для информирования о клинической рекомендации [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

Далее мы рассматривали, как возраст женщины связан с предоставлением информации врачом-онкологом о последствиях лечения РМЖ и о возможности СФ. Первичные данные в общем виде представлены в Таблице 1.

Таблица 1.

Информирование по возрастному признаку

	21-29	30-35	36-39	40-47
Были информированы	71%	52%	47%	32%

Из полученных данных следует, что самый высокий процент информирования в возрастной группе 21–29 лет, в то же время представленность этой группы в нашей выборке наименьшая (14%). Также наблюдается тенденция к снижению информирования женщин с ОЗ о влиянии лечения на репродуктивную функцию в соответствии с увеличением возраста.

Исследуя данные информирования по фактору – стадии РМЖ, из 26 женщин с 0/I стадией заболевания информирование было в 34,6 % случаев, у 51 женщины со II – в 52,9%, у 19 женщин с III – в 42,1% и у троих с IV – в 100% случаев. Надо отметить, что в случаях с IV стадией возрастная медиана составила 40 лет и в двух случаях не было планов на рождение детей, исходя из этого наибольший процент информирования приходится на женщин со II стадией.

Затем был рассмотрен фактор наличия/отсутствия детей у женщин с РМЖ на момент постановки диагноза как значимый для информирования женщин о влиянии лечения РМЖ на фертильность. Общее количество женщин с детьми – 56 (57%), без детей - 43(43%). Процент информирования в группе женщин, у которых не было детей на момент постановки РМЖ, был выше - 56% против 41% в целом по выборке. В группе женщин без детей, планирующих деторождение, процент информирования врачом был выше и составил 53% в группе; процент женщин, сообщающих о своих планах также выше, чем в группе женщин с детьми, и составил 66%. Женщины, не состоящие в браке и без детей, были проконсультированы о влиянии лечения РМЖ на фертильность в 2,42 раза чаще, чем замужние без детей. Женщины с детьми и не состоящие в браке получили консультацию в 6,7 раз реже, чем женщины с детьми и замужем.

Далее рассматривались данные о том, как влияет информирование и маршрутизация на участие в программах ВРТ с целью СФ у женщин с РМЖ. Информирование было проведено в 47 (47%) случаях, из них 10 (21%) женщин приняли участие в программе СФ (5 из них на момент постановки диагноза не состояли в браке и не имели детей). В оставшихся 53% случаях, где информирование не было проведено, в программе СФ самостоятельно приняло участие 4 пациентки из регионов. Итого 14 (14%) женщин все выборки приняло участие в программе СФ.

Сводные данные по группе женщин, планирующих деторождение и получивших консультацию врача-онколога о влиянии лечения РМЖ на фертильность, а также исходы ВРТ представлены в Таблице 2.

Таблица 2.

Сводные данные информирования врачом-онкологом и участие в программе СФ

	Женщины, имеющие планы на деторождение до диагноза РМЖ	
	С детьми	Без детей
Всего участниц	27	38
Всего информировано	11 (41%)	20 (53%)
Всего сообщили о планах	8 (30%)	25(66%)
Сказали о планах и были проинформированы	3 (11%) - 2 ВРТ	14(37%) - 5 ВРТ
Сказали о планах и не были проинформированы	5 (19%) - 1 ВРТ	11(29%) - 3 ВРТ
Не сказали о планах и были проинформированы	8 (30%) - 1 ВРТ	6(16%) - 1 ВРТ
Не сказали о планах и не были проинформированы	12 (44%) – 0 ВРТ	7(18%)
Всего ВРТ	4 (15%)	9(24%)
Отказались от планов на рождение детей	14 (52%) - 1 ВРТ	6(16%)
*Не планировали, но были проинформированы	12 – 0 ВРТ	4 – 1 ВРТ

Как мы видим из полученных данных, корректное и своевременное информирование и маршрутизация от врача-онколога до центра ВРТ повышает рост участия в программах по СФ с 28,57% до 71,43% из 14 (общего числа программ ВРТ), и с 6% до 15% в общем числе женщин, планирующих деторождение (65 женщин). Вместе с тем своевременная консультация врача-онколога помогает женщинам изменить свои планы относительно будущего материнства: так, трое пациенток, не планировавших деторождение до момента постановки диагноза, изменили свое мнение и стали впервые задумываться о рождении детей, одна приняла участие в программе СФ.

На основании полученных данных возможно сделать вывод, что информирование происходит менее чем в 50% случаев в целом, а для тех женщин, кто планировал беременность, но не сказал об этом в связи с переживанием самого диагноза и/или по причине отсутствия знаний о связи лечения ОЗ с фертильностью (уязвимая категория) – 47% и 44% соответственно. Сообщение врачу-онкологу о готовности и желании в будущем стать матерью повышает процент информирования со стороны врача.

Процент информирования женщин о влиянии лечения РМЖ на репродуктивную функцию в Москве, Санкт-Петербурге, Московской и Ленинградской областях выше и составляет 70% от всех случаев информирования. Вместе с этим наглядно представлено, что своевременное консультирование и корректная маршрутизация повышают рост участия женщин с РМЖ в программах по СФ.

В процессе исследования была выявлена скрытая группа женщин, которые могут планировать беременность, но не сообщают об этом врачам из-за стресса или недостатка знаний о связи между лечением рака и фертильностью, для них информирование особенно актуально.

Исходя из полученных данных ни один из исследуемых факторов в отдельности не показал себя значимым при принятии решения врачом в пользу проведения обязательного консультирования женщин с РМЖ по вопросам сохранения фертильности, но уточнение этого вопроса требует дополнительного исследования методами статистического анализа.

Полученные данные показывают, что обязательная консультация о возможности СФ должна проводиться независимо от таких факторов, как место проживания, возраст, наличие или отсутствие детей и стадия заболевания. Это позволит обеспечить информированность и поддержку женщин в принятии решений о будущем материнстве и его возможных вариантах в будущем. Такой подход поможет улучшить качество жизни женщин с РМЖ и поддержать их в планировании семьи.

В своем исследовании 2018 года Márcia M Carneiro с соавторами показали, что, несмотря на то, что последствия лечения онкологического заболевания являются основной проблемой для большинства молодых пациенток, диагностированных с раком молочной железы, риски для фертильности и информация о техниках сохранения фертильности были раскрыты большинству из них (68%), но только небольшая часть пациенток (10%) использовала программу сохранения фертильности [4]. В нашем же исследовании информация о СФ была предложена меньшему числу женщин с РМЖ (47% от общего числа участниц), но при этом процент участия в программе по СФ оказался выше и составил 14%, что говорит о готовности женщин участвовать в программе BPT и потенциальном росте количества таких женщин при увеличении процента информированности.

Несмотря на то, что рекомендации по консультированию женщин с РМЖ в РФ были разработаны и внедрены, на сегодняшний день выявляется явная недостаточность предоставления информации о СФ и доступа к ней женщин, поэтому очевидна необходимость исследования факторов, препятствующих обсуждению врачей возможности СФ с пациентками. Исследования показывают, что 1/3–2/3 женщин с РМЖ не получают информации о влиянии лечения на фертильность, а для других видов рака этот показатель еще ниже. Осведомленность врачей и их мотивированность на обсуждение вопросов фертильности влияют на возможность таких дискуссий. Врачи часто оценивают важность фертильности для пациентов как низкую, в то время как сами пациенты считают эту проблему значимой. Обычно онкологи не поднимают вопросы фертильности, если пациент не инициирует разговор. Учитывая, что врачи часто не обсуждают эти вопросы со своими больными раком, женщины могут воспринимать неспособность врача поднять этот вопрос как неявное игнорирование его важности или целесообразности. Некоторые женщины могут чувствовать, что они должны быть благодарны только за то, что пережили свой рак [11].

Временные ограничения для принятия решений, многозадачность ситуации и личные характеристики пациентов также могут мешать обсуждению этой темы. Однако исследования среди молодых людей, переживших РМЖ, показали, что эти характеристики не влияют на интерес к информации о фертильности [12].

В статье Jennifer M. Levine с соавторами описаны рекомендации для помощи врачам в информировании по вопросам СФ. Это распространение информации для врачей, обучение клинического персонала (дидактические/интерактивные презентации, видео/интернет ресурсы), консультации с коллегами, разработка и внедрение информационных ресурсов для просвещения и обучения пациентов, создание ресурсов, помогающих клиническому персоналу в обсуждении фертильности с пациентами, в том числе электронные подсказки и напоминания, внедрение навигатора, предназначенного для предоставления образования, консультаций и направления для отдельных групп пациентов, четкое распределение ролей медицинского персонала и пошаговое сопровождение пациентов [13].

Хотя не все пациентки будут кандидатами на сохранение фертильности или выберут его, все должны получить консультации относительно своих вариантов на деторождение. Эта практика обеспечит сохранение репродуктивных прав и возможностей тех пациенток, которые сталкиваются с надвигающейся стерильностью.

На третьем этапе ставилась задача изучения репродуктивных планов и причин их изменения в процессе лечения у женщин репродуктивного возраста, прошедших лечение от рака молочной железы.

Всего в исследовании приняло участие 106 женщин, 99 из них были отобраны по возрастному принципу и желанию иметь детей в будущем. У 56 женщин были дети на момент проведения исследования. 65 (66%) женщин имели планы на деторождение в будущем.

Процесс принятия решения женщиной об участии в программе по СФ исследуется многими авторами. В своем исследовании P.Hershberger выделяет четыре этапа, которые женщины проходят для формирования решения: идентификация, размышление, разрешение и вовлечение. На этапе идентификации женщины собирали информацию о своем диагнозе и последующем влиянии на их фертильность, постепенно принимая на себя идентичность молодой женщины с раком. На этом этапе чаще возникали сложности в понимании терминов врачей и других клиницистов, а также в осознании того, что последствием лечения ОЗ может стать потеря фертильности в будущем.

На этапе размышления женщины анализировали полученную информацию и добивались ее из других источников, таких как истории в интернете, опыт знакомых, второе мнение врачей из этой области, общение с близкими и родственниками. Определяли для себя ценности и предпочтения будущего родительства или его отсутствия. Также обсуждался вопрос финансовых возможностей. На принятие решения влияло также и серьезное ограничение по времени, особенно когда личная ситуация была неопределенной, что также создавало напряжение. На этом этапе также поднимаются вопросы о наличии партнеров, долгосрочных или краткосрочных отношениях, от чего также зависел выбор программы ВРТ, наличия детей и репродуктивного здоровья в целом до момента постановки диагноза.

На фазе разрешения женщинам как правило становится ясным решение об участии или неучастии в программе СФ, но действия еще не совершены. На заключительной стадии вовлечения женщина твердо приняла решение и совершает конкретные действия. Из 27 женщин, принявших участие в исследовании, 48% женщин приняло участие в программе СФ. Автор также отмечает, что в процессе принятия решения очень важна навигация одиноких женщин в процессе получения донорского биоматериала.

В исследовании Georgina Jones с соавторами выделены 6 групп факторов, препятствующих принятию женщинами с РМЖ решения о СФ и представлено их подробное описание [15]:

1. Предоставление информации о фертильности во время консультаций.
2. Страх, связанный с предполагаемыми рисками лечения для СФ
3. Отсутствие направления на лечение для СФ из-за предположений команды онкологической помощи
4. Дилемма между режимом выживания и максимизацией шансов на выживание
5. Особенности личной ситуации
6. Финансовые проблемы

В нашем исследовании мы получили следующие результаты.

Наибольшее количество женщин с детьми представлено в возрастных категориях 36–39 и 40–47 лет (20% и 19% от общего числа участниц соответственно). Количество женщин с детьми и без детей в возрасте 30–35 лет примерно равное и составило 14 и 13 человек соответственно. В возрастной категории 21–29 лет только 3 женщины из 14 имели детей на момент постановки диагноза. Наибольшее количество женщин без детей представлено в возрастной категории 30–35 лет, наименьшее – 9 человек в возрасте 40–47 лет. (рис.4)

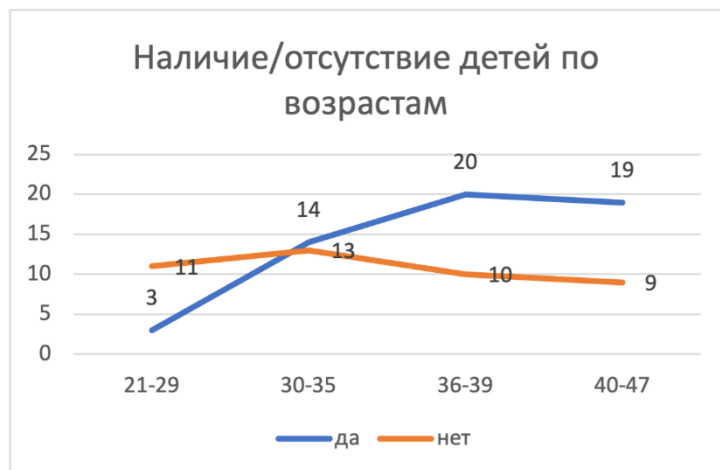


Рис.4. Наличие/отсутствие детей по возрастам.

В возрастной категории 30–35 лет представлено наибольшее число женщин: 25 из 27 (92%), имеющих планы на будущее родительство, 13 из них с детьми на момент постановки диагноза. На втором месте возрастная категория 21–29 с 10 планирующими женщинами из 14, что составляет 71% в этой группе. В возрастных категориях 36–39 и 40–47 лет количество планирующих деторождение женщин в среднем составляет 50% от общего количества в группе. (рис.5)

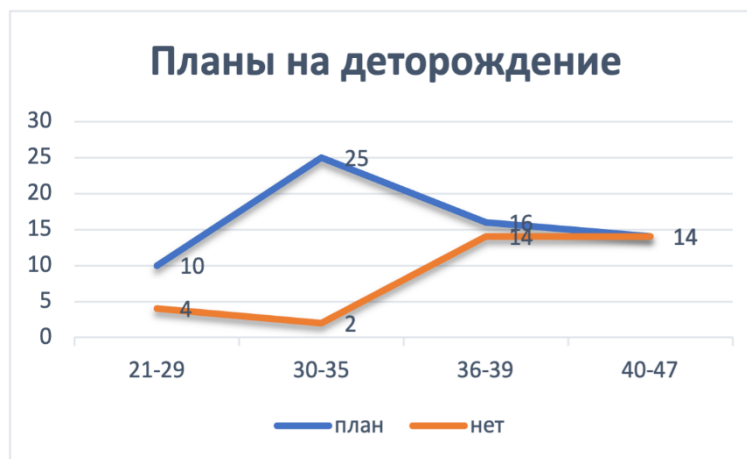


Рис.5. Наличие/отсутствие планов на рождение детей.

Все женщины без детей (100%) в возрастных категориях 36–39 и 40–47 лет имели планы на рождение детей в будущем: 10 и 9 человек соответственно, что составило 19% из всей выборки (99 женщин) и 29% из планирующих деторождение (65 женщин).

В возрастной категории 21–29 лет из 11 женщин без детей планировало деторождение в будущем 8 (73%) пациенток, одна стала планировать, получив консультацию онколога. В группе 30–36 лет без детей планировало деторождение 12 женщин из 13, что составило 92%.

По итогу 38 (88%) женщин из 43 без детей и 27 (48%) женщин из 56 с детьми имели планы на рождение детей в будущем. В группе женщин без детей количество женщин, планирующих деторождение значительно выше, и составляет 88% от всех бездетных и 38% от всех женщин, отобранных для участия в исследовании. В статье Duffy C. и Allen S. представлены следующие данные: из тех, кто не имел детей на момент опроса, 76% хотели детей в будущем, и более 30% тех, у кого уже были дети на момент постановки диагноза, хотели дополнительных детей [11]. Таким образом, наши данные оказались несколько выше, чем полученные в других исследованиях, что также повышает значимость информированности женщин с РМЖ о возможности СФ и использования для этого ВРТ.

У женщин, не имеющих детей на момент постановки диагноза, в целом планы на рождение ребенка преобладают над теми, у кого таких планов нет. Здесь стоит отдельно рассматривать возрастную категорию 21–29 лет в связи с тем, что согласно тенденции к отложенному материнству, рождение детей в ней зачастую не является приоритетным в ближайшее время у женщин, поэтому и внимания к ним должно быть больше. Одна женщина в этой категории стала планировать деторождение, получив информацию от онколога о влиянии лечения РМЖ на фертильность. Neha A. Deshpande в своей статье упоминает исследование, в котором говорится о том, что консультирование о СФ было менее тщательным у пациентов, которые считались очень молодыми или очень старыми и, следовательно, не в рамках теоретического «окна времени», чтобы быть заинтересованными в деторождении.

Также в целом мы наблюдаем тот факт, что женщины без детей имеют планы на их рождение во всех возрастных группах.

Далее мы рассмотрели процесс маршрутизации женщин с РМЖ с момента постановки диагноза от врача-онколога до принятия участия в программе СФ, базовым критерием был выбран возраст пациенток, что позволило проследить динамику внутри возрастной группы. В Таблице 3 представлены данные о количестве женщин в разных возрастных группах, планирующих в будущем рождение ребенка (еще ребенка), заявивших о своих планах,

получивших информацию от онколога, направление к гинекологу/репродуктологу и в центры ВРТ, самостоятельное обратившихся в центры ВРТ и участвующих в программе по СФ.

Таблица 3.

Данные о репродуктивных планах женщин в соответствии с возрастом

	21-29	30-35	36-39	40-47	Итого
Всего	14	27	30	28	99
Планировало деторождение	10 (71%)	25(92%)	16(53%)	14(50%)	65 (66%)
Сообщило о своих планах	6	16	10	4	36
Получили консультацию о СФ*	8/10	12/14	6/14	5/9	31/47
Направлены к гинекологу	5	9	5	1	20
Направлены в центры ВРТ	2	4	3	1	10
Самостоятельно обратились в центры ВРТ	5	9	5	2	21
ВРТ	3 (21%)	6 (22%)	4 (13%)	1 (4%)	14 (14%)
Остался план на рождение	10 (71%)	16 (59%)	12 (40%)	5 (18%)	43 (43%)
Отказались	1**	8 (30%)	4 (13%)	8 (29%)	20 (20%)
Планы на усыновление	0	1	0	1	2
Стали планировать	1	1	1	0	3 (3%)

Условные обозначения:

*количество планирующих деторождение/общее количество участниц получило консультацию,

**единичный случай

Исходя из полученных данных наибольшее количество женщин, планирующих деторождение (92%), сохранивших план на него (59%), а также участвующих в программе СФ (22%) – это женщины в возрастной категории 30–35 лет, 13 из которых не имели детей на момент постановки диагноза. Также эта возрастная категория женщин наиболее активна в поиске информации и самостоятельном принятии решения об участии в программе ВРТ: 3 (11%) женщины без детей на момент постановки диагноза, несмотря на то, что они заявляли о готовности к будущему родительству, не были проинформированы врачом-онкологом о влиянии лечения на репродуктивную функцию, не были направлены к гинекологу и в центры ВРТ (ст. 0/II). Всю информацию они получили самостоятельно и приняли участие в программе СФ до начала лечения ОЗ. Вместе с этим в этой группе наибольший процент отказов от деторождения.

В возрастной категории 36–39 лет из 16 женщин 10 (63%) не имело детей на момент постановки диагноза. 12 (40%) пациенток сохранило планы на деторождение несмотря на выявленное ОЗ, 13% женщин приняло участие в программе СФ. 13% отказались от планов на деторождение, в том числе одна участница программы СФ.

В самой наименее представленной по количеству участниц возрастной категории 21–29 лет оказался наименьший процент (7%) отказа от деторождения, 71% участниц в этой группе сохранили планы на будущее материнство. Вместе с этим в этой группе оказался наибольший процент информирования врачами-онкологами о влиянии лечения РМЖ на фертильность. Из трех участниц программы ВРТ только у одной был ребенок на момент постановки диагноза, женщина самостоятельно обратилась к телемедицинской консультации со специалистами из Федерального центра, что позволило своевременно получить и сохранить один эмбрион. У двух других женщин детей не было, благодаря информированию онколога женщины смогли своевременно до начала лечения принять участие в программе СФ методом ВРТ (криоконсервация эмбрионов).

Отдельное внимание хочется уделить группе риска – женщинам этого возраста (21–29 лет), у которых нет детей и нет планов на рождение детей в ближайшем будущем. Только две женщины получили информацию о влиянии лечения РМЖ на фертильность, одна из них стала планировать деторождение. Никто из трех участниц не был направлен на консультацию к гинекологу при том, что по последним исследованиям становится очевидным тот факт, что в течение 2,5–7 лет после проведенного лечения прогнозируется резкое снижение и потеря репродуктивной функции [18].

В возрастной категории 40-47 лет 14 (50%) женщин планировало будущее родительство, у 9 из них (64%) не было детей на момент постановки диагноза. Только одной женщине была рекомендована консультация гинеколога и направление в центр ВРТ, что позволило ей принять участие в программе ВРТ (сохранение ооцитов). Эта группа характеризуется наименьшим процентом (18%) сохранения планов на деторождение, наименьшим процентом (18%) по информированию женщин о влиянии лечения на фертильность и наименьшим количеством участниц в программе ВРТ. Также в этой группе нет участниц, которые стали планировать деторождение.

50% из всех участниц ВРТ не имели детей и не состояли в браке на момент постановки диагноза.

Стоит отметить, что есть и те, кого онкологи и гинекологи направляли в центры ВРТ, но женщины отказались от планов на рождение детей. Свой отказ женщины объяснили высоким уровнем психологического напряжения, страхами о будущем детей и своем здоровье.

В трех возрастных категориях есть женщины, не имеющие детей и планов на их рождение на момент постановки диагноза, но после информирования начавших планировать беременность в будущем.

Всего в программе ВРТ приняло участие 14 женщин (22% от 65 планирующих деторождение; 14% от 99 – общего числа опрошенных): 6 пациенток – в программе криоконсервации эмбрионов со стимуляцией и 1 без стимуляции; 4 – в протоколе криоконсервации ооцитов в стимулированном цикле, 2 – в естественном цикле; 1 – в программе криоконсервации ткани яичника. Наибольший процент участия пришелся на возрастную категорию 30–35 лет – 6 протоколов (85% из 14). Из тех женщин, кто принял участие в программе по СФ готовится к ЭКО – 4 (29% из 14; 6% от числа планирующих деторождение) одна из которых в программе ВРТ с донорскими эмбрионами; у одной участницы ВРТ беременность наступила самостоятельно, у одной с применением ВРТ и одна женщина в последствии отказалась от деторождения.

20 женщин, изначально имеющие планы на деторождение, средний возраст которых составил 37,5 лет, отказались от рождения детей, у 6 из них не было детей на момент постановки диагноза. Причиной отказа 8 женщин отметили отягощающее лечение, 4 – случаи рецидива. Две женщины приняли решение об усыновлении, у обеих на момент постановки диагноза детей не было. 3 женщины, ранее не планировавшие деторождение, стали планировать, одна из них приняла участие в программе СФ.

У 46 (46% из 99) женщин остался план на рождение детей в будущем.

Выводы

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

Информирование женщин врачами-онкологами о влиянии лечения РМЖ на фертильность носит рекомендательный характер, не опирается на определенные факторы и происходит менее чем в 50% случаев. Наиболее информированной по возрастному признаку была группа женщин 21–29 лет. Наиболее информированными по территориальному признаку были женщины, проживающие в Москве, Санкт-Петербурге, Московской и Ленинградской областях, на них пришлось 70% всех консультаций. Максимальный процент информирования наблюдается у женщин со II стадией РМЖ – 52,9%. Чаще всего информирование происходит в группе женщин, не имеющих детей – 53%.

Сообщение пациентами о своих планах врачу-онкологу повышает процент информирования о влиянии лечения РМЖ на репродуктивную функцию и составляет 51%. В целом стоит отметить, что своевременное информирование о влиянии лечения РМЖ на фертильность увеличивает вероятность участия пациентов в программе СФ, а также дает возможность тем, кто еще не планировал деторождение позаботиться о своем репродуктивном здоровье заранее при текущих жизненных обстоятельствах.

Тенденция к отложенному материнству также проявилась в исследовании. В возрастных категориях до 35 лет женщины с детьми составляют 30% от всех женщин с детьми, остальные же 70% приходятся на более старший возраст от 36 лет. В группе женщин без детей на момент постановки диагноза процент планирующих деторождение больше, чем в группе с детьми (88% против 48%). Из 65 женщин с РМЖ, имеющих планы на рождение детей, 43 (66%) женщины сохранили свои планы. Основное сокращение произошло в группе женщин с детьми (14 из 20) в возрастных категориях 30–35 лет и 40–47 лет.

Результаты исследования показывают, что планы на деторождение несмотря на онкологический диагноз сохранило 46% женщин, из которых 28% приняло участие в программе СФ. Это также свидетельствует о том, что материнство занимает важное место в

контексте жизни женщины, и, не смотря на онкологический диагноз, женщины стремятся к реализации материнства.

В популяционных исследованиях беременность после завершения терапии рака груди среди женщин моложе 45 лет минимально составляет 3,0–5% [20]. Число женщин, забеременевших в исследовании 2006 года А. Ives (5%), было аналогично числу, зарегистрированному в датском популяционном исследовании [5]. Наше исследование также подтверждает эти цифры. Не исключается процент и тех, у кого беременность наступит после контрольной даты нашего исследования 30.06.2025г.

Заключение

В нашем исследовании мы ставили задачу изучить, что происходит с репродуктивными планами женщин с раком молочной железы и какие факторы влияют на изменение этих планов. Мы выявили важность информирования врачами-онкологами женщин с РМЖ о влиянии лечения на репродуктивную функцию: из 106 принявших участие в нашем исследовании женщин 60 считают, что консультация онколога на тему фертильности была бы им полезна ДО начала химиотерапии, 51 из них планировала деторождение, но всего 23 были проконсультированы. Важно отметить единогласное мнение участниц (все 106 участниц) о пользе в целом такой консультации для женщин репродуктивного возраста.

В процессе исследования не было выявлено решающих факторов, определяющих необходимость проведения консультаций врачом-онкологом по информированию женщин о влиянии лечения на репродуктивное здоровье. Также была выявлено две важных к рассмотрению для будущих исследований группы женщин: женщины, планирующие деторождение, но не сообщающие о своих планах в связи с переживанием самого диагноза или из-за отсутствия знаний о влиянии лечения ОЗ на РФ; женщины молодого возраста до 25 лет, не имеющие детей и не имеющие в ближайшем будущем планов на их рождение. Эти данные также свидетельствует о том, что информирование должно быть обязательным, а не только рекомендованным.

Также были проанализированы исследования о самом процессе принятия решения женщинами с онкологическим заболеванием о СФ. В качестве ключевых факторов в этих исследованиях выделяются: отсутствие информированности и/или ее несвоевременное представление; недостаточность знаний о программах СФ и ведения таких женщин врачами амбулаторно звена как со стороны онкологов, так и гинекологов; общее психологическое состояние женщины в период постановки диагноза; обострение страхов и неопределенности будущего; особенности личной истории женщины; отсутствие четкой маршрутизации для получения консультаций и лечения; сжатые сроки принятия решения. Женщины в процессе принятия решения проходят несколько этапов, психологическое сопровождение на которых важно и необходимо для снижения интенсивности негативных переживаний и возможности принятия взвешенного решения о сохранении фертильности (СФ) и деторождения в будущем.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости внесения в клинические рекомендации по лечению рака молочной железы добавления об обязательном информировании женщин о влиянии лечения РМЖ на репродуктивную функцию и о возможности сохранения фертильности, в том числе с помощью ВРТ.

Список литературы:

1. Краснопольская К.В., Назаренко Т.А., Сесина Н.И., Захарченко Е.О. Репродуктивная медицина у онкологических больных: что реально? Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2018;7(1):68-74. doi: 10.17116/onkolog20187168-74
2. Спиридонова Н.В., Егоркина М.М. Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона как шанс на материнство в будущем. Российский вестник акушера-гинеколога. 2024;24(2):30-36. doi: 10.17116/rosakush20242402130
3. Клинические рекомендации «Рак молочной железы» 2021 г. // Официальный сайт Департамента здравоохранения города Москвы. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://mosgorzdrav.ru/stanumamoy_freezing
4. Márcia M. Carneiro, Ana M. Cota, Maria C. Amara, Moisa L. Pedros, Bruna O. Martins, Marcelo H. Furtado, Rivia M. Lamaita, Marcia C. F. Ferreira. Motherhood after breast cancer: can we balance fertility preservation and cancer treatment? BRA Assisted Reproduction 2018;22(3):244-252. doi: 10.5935/1518-0557.20180032
5. Ives A, Saunders C, Bulsara M, Semmens J. Pregnancy after breast cancer: population-based study. BMJ. 2007;334(7586):194. doi: 10.1136/bmj.39035.667176.55

6. Зикиряходжаев А.Д., Новикова О.В., Рассказова Е.А. Возможность беременностей и родов после лечения рака молочной железы. Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2017; 4(3): 149–153. doi: 10.18821/2313-8726-2017-4-3-149-153
7. Назаренко Т.А., Ашрафян Л.А., Джанашвили Л.Г., Мартиросян Я.О. Сохранение репродуктивного материала у онкологических больных как медико-социальная и организационная проблема. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2020; 9(1): 60-65. doi: 10.17116/onkolog2020901160
8. Rodriguez-Wallberg K. A., Marklund A., Lundberg F., Wikander I., Milenkovic M., Anastacio A., Sergouniotis F., Wånggren K., Ekengren J., Lind T., & Borgström B. A prospective study of women and girls undergoing fertility preservation due to oncologic and non-oncologic indications in Sweden–Trends in patients' choices and benefit of the chosen methods after long-term follow up. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2019;98(5):604-615. doi: 10.1111/aogs.13559
9. Ono M., Harada M., Horie A., Dai Y., Horiguchi I., Kikuchi E., Kimura F., Koizumi T., Komeya M., Mizunuma N., Oseto K., Ota K., Shimizu C., Sugimoto K., Takae S., Takeuchi E., Nishi H., Yumura Y., Furui T., Takai Y., Morishige KI., Watanabe C., Osuga Y., Suzuki N. Effect of a web-based fertility preservation training program for medical professionals in Japan. Int J Clin Oncol. 2023 Sep;28(9):1112-1120. doi: 10.1007/s10147-023-02366-2
10. Speller B., Metcalfe K., Kennedy ED., Facey M., Greenblatt E., Scheer A.S., Warner E., Joy A.A., Wright F.C., Baxter N.N. The "Begin Exploring Fertility Options, Risks and Expectations" (BEFORE) decision aid: development and alpha testing of a fertility tool for premenopausal breast cancer patients. BMC Med Inform Decis Mak. 2019;19(1):203. doi: 10.1186/s12911-019-0912-y
11. Duffy C., Allen S. Medical and psychosocial aspects of fertility after cancer. Cancer J. 2009;15(1):27-33. doi: 10.1097/PPO.0b013e3181976602.
12. Chin H.B., Howards P.P., Kramer M.R., Mertens A.C, Spencer J.B. Which female cancer patients fail to receive fertility counseling before treatment in the state of Georgia? Fertil Steril. 2016;106(7):1763-1771.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.08.034.
13. Logan Sh., Anazodo A. The psychological importance of fertility preservation counseling and support for cancer patients. Special Issue: Fertility Preservation for Women and Girls. 2019; 5(98): 583-597. doi: <https://doi.org/10.1111/aogs.13562>.
14. Levine J.M., Kelvin J.F., Quinn G.P., Gracia C.R. Infertility in reproductive-age female cancer survivors. Cancer. 2015;121(10):1532-1539. doi: 10.1002/cncr.29181
15. Noyes N., Knopman J.M., Melzer K., Fino M.E., Friedman B., Westphal L.M. Oocyte cryopreservation as a fertility preservation measure for cancer patients. Reprod Biomed Online. 2011;23(3):323-333. doi: 10.1016/j.rbmo.2010.11.011
16. Hershberger P.E., Sipsma H., Finnegan L., Hirshfeld-Cytron J. Reasons why young women accept or decline fertility preservation after cancer diagnosis. journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing. Jognn / Naacog. 2016;45(1): 123-134. doi: 10.1016/J.Jogn.2015.10.003
17. Jones G., Hughes J., Mahmoodi N., Smith E., Skull J., Ledger W. What factors hinder the decision-making process for women with cancer and contemplating fertility preservation treatment? Human Reproduction Update. 2017;23(4):433–457. doi: 10.1093/humupd/dmx009
18. Deshpande N.A., Braun .IM., Meyer F.L. Impact of fertility preservation counseling and treatment on psychological outcomes among women with cancer: A systematic review. Cancer. 2015;121(22):3938-3947. doi:10.1002/cncr.29637
19. Назаренко Т.А. Проблемы сохранения репродуктивного материала и репродуктивной функции онкологических больных. Вебинар. Официальный сайт Российской Ассоциации Репродукции человека. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rahr.ru/>
20. Doğer E., Calışkan E., Mallmann P. Pregnancy associated breast cancer and pregnancy after breast cancer treatment. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2011;12(4):247-55. doi: 10.5152/jtgga.2011.58

References

1. Krasnopolskaya K.V., Nazarenko T.A., Sesina N.I., Zakharchenko E.O. Reproductive medicine in cancer patients: what is real? Onkologiya. Zhurnal im. P.A. Gercena (Oncology. P.A. Herzen Magazine). 2018;7(1):68-74. (in Russian). doi: 10.17116/onkolog20187168-74
2. Spiridonova N.V., Yegorkina M.M. Gonadotropin-releasing hormone agonists as a chance for motherhood in the future. Rossijskij vestnik akushera-ginekologa (Russian Bulletin of the obstetrician-gynecologist). 2024;24(2):30-36. (in Russian). doi:

- 10.17116/rosakush20242402130Clinical guidelines "Breast Cancer" (2021). Available at: https://mosgorzdrav.ru/stanumamoy_freezing (accessed 17 April 2025)
3. Clinical guidelines "Breast Cancer" 2021 // Official website of the Moscow Department of Health. [Electronic resource]. – Access mode: https://mosgorzdrav.ru/stanumamoy_freezing
4. Márcia M. Carneiro, Ana M. Cota, Maria C. Amara, Moisa L. Pedros, Bruna O. Martins, Marcelo H. Furtado, Rivia M. Lamaita, Marcia C. F. Ferreira. Motherhood after breast cancer: can we balance fertility preservation and cancer treatment? *BRA Assisted Reproduction* 2018;22(3):244-252. doi: 10.5935/1518-0557.20180032
5. Ives A, Saunders C, Bulsara M, Semmens J. Pregnancy after breast cancer: population-based study. *BMJ*. 2007;334(7586):194. doi: 10.1136/bmj.39035.667176.55
6. Zikiryakhodzhaev A.D., Novikova O.V., Rasskazova E.A. The possibility of pregnancy and childbirth after breast cancer treatment. *Arhiv akusherstva i ginekologii im. V.F. Snegirëva* (V.F. Snegirev Archive of Obstetrics and Gynecology). 2017; 4(3): 149–153. (in Russian). doi: 10.18821/2313-8726-2017-4-3-149-153
7. Nazarenko T.A., Ashrafyan L.A., Janashvili L.G., Martirosyan Ya.O. Preservation of reproductive material in cancer patients as a medical, social and organizational problem. *Onkologiya. Zhurnal im. P.A. Gercena* (Oncology. P.A. Herzen Magazine). 2020; 9(1): 60 65. (in Russian). doi: 10.17116/onkolog2020901160
8. Rodriguez-Wallberg K. A., Marklund A., Lundberg F., Wikander I., Milenkovic M., Anastacio A., Sergouniotis F., Wånggren K., Ekengren J., Lind T., & Borgström B. A prospective study of women and girls undergoing fertility preservation due to oncologic and non-oncologic indications in Sweden–Trends in patients' choices and benefit of the chosen methods after long-term follow up. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2019;98(5):604-615. doi: 10.1111/aogs.13559
9. Ono M., Harada M., Horie A., Dai Y., Horiguchi I., Kikuchi E., Kimura F., Koizumi T., Komeya M., Mizunuma N., Oseto K., Ota K., Shimizu C., Sugimoto K., Takae S., Takeuchi E., Nishi H., Yumura Y., Furui T., Takai Y., Morishige KI., Watanabe C., Osuga Y., Suzuki N. Effect of a web-based fertility preservation training program for medical professionals in Japan. *Int J Clin Oncol*. 2023 Sep;28(9):1112-1120. doi: 10.1007/s10147-023-02366-2
10. Speller B., Metcalfe K., Kennedy ED., Facey M., Greenblatt E., Scheer A.S., Warner E., Joy A.A., Wright F.C., Baxter N.N. The "Begin Exploring Fertility Options, Risks and Expectations" (BEFORE) decision aid: development and alpha testing of a fertility tool for premenopausal breast cancer patients. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2019;19(1):203. doi: 10.1186/s12911-019-0912-y
11. Duffy C., Allen S. Medical and psychosocial aspects of fertility after cancer. *Cancer J*. 2009;15(1):27-33. doi: 10.1097/PPO.0b013e3181976602.
12. Chin H.B., Howards P.P., Kramer M.R., Mertens A.C, Spencer J.B. Which female cancer patients fail to receive fertility counseling before treatment in the state of Georgia? *Fertil Steril*. 2016;106(7):1763-1771.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.08.034.
13. Logan Sh., Anazodo A. The psychological importance of fertility preservation counseling and support for cancer patients. *Special Issue: Fertility Preservation for Women and Girls*. 2019; 5(98): 583-597. doi: <https://doi.org/10.1111/aogs.13562>.
14. Levine J.M., Kelvin J.F., Quinn G.P., Gracia C.R. Infertility in reproductive-age female cancer survivors. *Cancer*. 2015;121(10):1532-1539. doi: 10.1002/cncr.29181
15. Noyes N., Knopman J.M., Melzer K., Fino M.E., Friedman B., Westphal L.M. Oocyte cryopreservation as a fertility preservation measure for cancer patients. *Reprod Biomed Online*. 2011;23(3):323-333. doi:10.1016/j.rbmo.2010.11.011
16. Hershberger P.E., Sipsma H., Finnegan L., Hirshfeld-Cytron J. Reasons why young women accept or decline fertility preservation after cancer diagnosis. *journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*. *Jognn / Naacog*. 2016;45(1):123-134. doi: 10.1016/J.Jognn.2015.10.003
17. Jones G., Hughes J., Mahmoodi N., Smith E., Skull J., Ledger W. What factors hinder the decision-making process for women with cancer and contemplating fertility preservation treatment?, *Human Reproduction Update*. 2017;23(4):433–457.doi: 10.1093/humupd/dmx009
18. Deshpande N.A., Braun .IM., Meyer F.L. Impact of fertility preservation counseling and treatment on psychological outcomes among women with cancer: A systematic review. *Cancer*. 2015;121(22):3938-3947. doi:10.1002/cncr.29637
19. Nazarenko T.A. Problems of preservation of reproductive material and reproductive function of cancer patients. Webinar (2025). Available at: <https://www.rahr.ru/> (accessed 17 April 2025)

20. Doğer E., Calışkan E., Mallmann P. Pregnancy associated breast cancer and pregnancy after breast cancer treatment. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2011;12(4):247-55. doi: 10.5152/jtgga.2011.58

REPRODUCTIVE PLANS FOR WOMEN WITH BREAST CANCER

Nazimova E.S.

ANO Service "Yasnoe utro"
st. Elektrodnyaya 11 building 18, Moscow, 111524, Russia
E-mail: e.nazimova@yasnoeutro.ru
Phone: +7 (925) 535-11-94

Filippova G.G.

Institute of Perinatal and Reproductive Psychology
1 Volokolamskoye shosse, Moscow, 125080, Russia
E-mail: rektor@perinatalpsy.ru
Phone: +7 (495) 920-62-36

Goldman O.E.

ANO Service "Yasnoe utro"
st. Elektrodnyaya 11 building 18, Moscow, 111524, Russia
E-mail: o.goldman@yasnoeutro.ru
Phone: +7 (925) 535-11-94

Abstract. The article discusses psychological and social factors influencing the reproductive plans of women undergoing treatment for breast cancer. An analysis of the literature on this topic and the study showed that women's reproductive plans change upon detection of an oncological disease and during its treatment. A study of the organization of medical information processes and referral of women to reproductive health programs in the Russian Federation indicates that patients are insufficiently informed about the possibilities of using assisted reproductive technologies (ART) before the start of antitumor treatment. The article presents the results of a study of the reproductive plans of women with breast cancer using a specially developed questionnaire. The socio-psychological factors influencing changes in reproductive plans in women with breast cancer are identified, associated with insufficient awareness of women about the impact of the disease and its treatment on the possibility of childbearing, on their health and the health of the future child, as well as an almost complete lack of awareness of the possibilities of using ART for planning childbearing and maintaining their health after the end of treatment. The data obtained in the study show that timely information, correct and fast routing, as well as psychological assistance at each stage of treatment will help a woman make a decision in favor of using ART programs, as well as implementing motherhood in the future.

Key words: breast cancer, reproductive plans, fertility preservation in breast cancer.

For citation.

Nazimova E. S., Filipova G. G., Goldman O. E. "Reproductive plans in women with breast cancer" // Medical Psychology in Russia: online scientific journal. 2025. Vol. 17. No. 3 (88). Pp. 79-96. <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2025-17-3-79-96>