

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра Акушерства и гинекологии ИПО

Реферат на тему:  
«Беременность и онкологические заболевания»

Выполнила: Янова А. А. ординатор 2 года  
кафедры акушерства и гинекологии ИПО

Красноярск 2018

## Оглавление

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| 1. Введение.....                           | 2  |
| 2. Рак шейки матки и беременность.....     | 2  |
| 3. Рак тела матки и беременность.....      | 6  |
| 4. Рак яичников и беременность.....        | 7  |
| 5. Рак молочной железы и беременность..... | 8  |
| 6. Заключение.....                         | 13 |
| 7. Список литературы.....                  | 13 |

## 1. Введение

В последние годы заболеваемость РШМ (10,8 на 100 000 женщин) и летальность больных РШМ (5 на 100 000 женщин) сохраняются в РФ на постоянном уровне. Частота РШМ в разных странах варьирует, составляя в среднем 10–12 новых случаев на 100 000 женского населения в год. Благодаря организованной сети смотровых кабинетов, женских консультаций и цитологических лабораторий стало возможным выявлять рак на 0–Ia стадиях, при которых излечение составляет 100%. Тем не менее из-за несвоевременной диагностики ежегодно умирает от 4 до 5 на 100 000 женщин. У беременных среди злокачественных опухолей на первом месте стоит РШМ, составляя от 0,17 до 4,1%. Сочетание беременности и РШМ встречается редко: беременность отмечается только у 1,3–4,2% больных РШМ.

Заболеваемость раком тела матки увеличилась на 55%, и эта опухоль в настоящее время занимает первое место среди злокачественных новообразований женской половой сферы. Сочетание рака тела матки и беременности встречается редко по двум основным причинам: из-за значительного снижения генеративной функции у этих больных, а также из-за сильного влияния прогестерона, препятствующего развитию атипической гиперплазии и рака эндометрия, при беременности.

Рак яичников — вторая по частоте злокачественная опухоль гинекологической локализации, сочетающаяся с беременностью. Частота сочетания рака яичников и беременности не превышает 1:25 000, а рак этой локализации составляет 3% от всех опухолей яичников, оперированных во время беременности.

Среди всех злокачественных новообразований, выявляемых при беременности, РМЖ занимает второе место по частоте после РШМ. На 3000 беременностей приходится 1 случай РМЖ. Около 3% всех наблюдений РМЖ диагностируют во время беременности. До 7,3% женщин моложе 45 лет, страдающих этим заболеванием, — беременные или кормящие.

## 2. Рак шейки матки

Рак шейки матки (РШМ) — заболевание, очень опасное для здоровья и жизни женщин. Характеризуется атипией клеток эндоцервикса или экзоцервикса (нарушением дифференцировки, наличием полиморфизма, метастатическим ростом). Опухоль встречается во многих странах мира с различной частотой.

В последние годы заболеваемость РШМ (10,8 на 100 000 женщин) и летальность больных РШМ (5 на 100 000 женщин) сохраняются в РФ на постоянном уровне. Частота РШМ в разных странах варьирует, составляя в среднем 10–12 новых случаев на 100 000 женского населения в год. Благодаря организованной сети смотровых кабинетов, женских консультаций и цитологических лабораторий стало возможным выявлять рак на 0–Ia стадиях, при которых излечение составляет 100%. Тем не менее из-за несвоевременной диагностики ежегодно умирает от 4 до 5 на 100 000 женщин. У беременных среди злокачественных опухолей на первом месте стоит РШМ, составляя от 0,17 до 4,1%. Сочетание беременности и РШМ встречается редко: беременность отмечается только у 1,3–4,2% больных РШМ.

Основным проявлением прогрессии опухоли является снижение степени дифференцировки. Низкодифференцированный рак выявляется в 2 раза чаще у беременных, чем у небеременных. Этот факт свидетельствует о высокой злокачественности РШМ у беременных. Неблагоприятным фактором является также глубокая инвазия опухоли. В 73% случаев у больных РШМ I стадии, оперированных во время или непосредственно после беременности, глубина прорастания опухоли в строму превышала 1 см. У небеременных этот показатель не превышал 30%. Снижение дифференцировки и склонность к метастазированию способствуют быстрому распространению рака за пределы шейки матки, при этом метастазы в регионарных лимфатических узлах обнаруживаются в 2 раза чаще у беременных, чем у небеременных пациенток. Способность опухоли к метастазированию реализуется уже в первом триместре беременности, тогда как на более поздних сроках нарастает степень поражения регионарного лимфатического аппарата. Однако в I триместре беременности симптом маточного кровотечения нередко расценивается как начинающийся выкидыш, а во II и III триместрах — как акушерская патология: предлежание или ПОНРП.

Выявляются следующие патологические признаки:

- бели (водянистые или сукровичные цвета «мясных помоев» с гнилостным запахом);
- кровотечения (контактные, при физическом напряжении или ациклические);
- боли;
- нарушение функций соседних органов;
- ухудшение общего состояния больной.

При подозрении на РШМ необходимы следующие лабораторные исследования: взятие мазков на онкоцитологию, что позволяет обнаружить преклинические формы рака на 0–Ia стадии, когда шейка не имеет видимых изменений; проведение пробы Шиллера, что позволяет разграничить нормальную (гликогенсодержащую) слизистую от патологически измененной (не содержащих гликоген) тканей с целью последующего проведения биопсии и однегативных пятен; проведение молекулярногенетической диагностики ВПЧ с использованием Digene–теста, благодаря которому возможно определить количество единиц вируса; такие данные терапевтически более значимы: если мы знаем концентрацию вируса в организме, то можем прогнозировать развитие болезни и принимать необходимые терапевтические меры.

При необходимости следует провести специальное обследование беременной:

- инцизионную биопсию очага поражения шейки матки (инфильтрации, изъязвления или опухоли с явными клиническими проявлениями) на границе измененной и нормальной ткани, при этом необходимо избегать получения некротических и воспалительных изменений, которые обычно сопровождают рост опухоли и протекают под этой маской; биопсию следует проводить в стационарных условиях из-за опасности возникновения кровотечения;
- полное обследование эндоцервикального канала (при отсутствии явного роста) путем выскабливания или аспирации в зависимости от патанатомического состояния шейки матки;
- кольпоскопическое обследование с применением операционного микроскопа для точного установления границ патологического процесса, прицельной биопсии и удаления;
- цистоскопию, проведение которой позволяет определить вовлечение в процесс мочевого пузыря;
- конусовидную биопсию у пациенток с позитивной цитологией, но без явных проявлений (эта диагностическая процедура является терапевтической, и одновременно позволяет выявлять очаги возможного развития рака на месте).

Применение данных методов диагностики показано на любом сроке беременности.

При РШМ *in situ* в I триместре беременности лечение заключается в прерывании беременности и конусовидной эксцизии шейки матки. Во II и III триместрах

осуществляется диагностическое кольпоскопическое и цитологическое наблюдение. Через 2–3 месяца после родоразрешения проводится конусовидная эксцизия шейки матки.

Лечение зависит от стадии заболевания и срока беременности:

- в случае Ia стадии заболевания в I или II триместре беременности или после родов проводится экстирпация матки с верхней третью влагалища;
- в случае Ib стадии в I или II триместре беременности или после родов осуществляется расширенная экстирпация матки; в послеоперационном периоде при глубокой инвазии и регионарных метастазах проводится дистанционное облучение;
- если Ib стадия заболевания диагностирована в III триместре беременности, проводится КС с последующей расширенной экстирпацией матки, при этом в послеоперационном периоде проводится дистанционная лучевая терапия;
- в случае IIa стадии в I, II или III триместре беременности проводится расширенная экстирпация матки с последующим дистанционным облучением;
- если IIa стадия заболевания диагностирована в послеродовом периоде, лечение заключается в предоперационном облучении, выполнении расширенной экстирпации матки и проведении дистанционного облучения в послеоперационном периоде при глубокой инвазии и регионарных метастазах;
- в случае IIb стадии заболевания в I триместре беременности или после родов проводится сочетанное лучевое лечение (внутриполостное и дистанционное), при этом лечение в I триместре начинают с искусственного прерывания беременности в I триместре при II и III стадиях заболевания;
- если IIb стадия заболевания диагностирована во II или III триместре беременности, проводится КС и сочетанное лучевое лечение в послеоперационном периоде по вышеизложенной схеме;
- в случае III стадии заболевания в I триместре беременности и после родов лечение начинают с сочетаннолучевой терапии;
- если III стадия заболевания диагностирована во II или III триместре беременности, лечение начинают с операции КС с последующей сочетанной лучевой терапией.
- При проведении лапаротомий для обезболивания используют эндотрахеальный наркоз.

Планировать наступление беременности целесообразно не ранее чем через 2 года после функционально-щадящего лечения патологии шейки матки. Ведение родов через

естественные родовые пути не противопоказано (родоразрешение путем КС осуществляется только по акушерским показаниям).

- Отмечается повышение частоты невынашивания беременности и преждевременных родов по сравнению со здоровыми женщинами.
- Наблюдается более высокий уровень ПС (11%).

Частота рецидивов после органосохраняющего лечения начальных форм РШМ составила 3,9%, при этом частота рецидивов в популяции — 1,6–5,0%. Частота наступления беременности после органосохраняющего лечения начальных форм РШМ составляет от 20,0 до 48,4%.

Поскольку вовремя выполненные диагностические мероприятия позволяют провести пациентке органосохраняющее лечение, наибольшее значение приобретает оценка факторов риска, а также ранняя диагностика предраковых процессов, внутриэпителиального и микроинвазивного РШМ в I триместре беременности и особенно до беременности.

Несмотря на снижение заболеваемости и смертности от РШМ, в последние годы отмечается тенденция к увеличению числа случаев РШМ среди молодых, что может усугубляться сочетанием с беременностью.

Прогноз заболевания при ранних формах РШМ (CIN3, IA, mI) во время беременности не отличается от такового у небеременных, однако предсказать биологическое поведение опухоли шейки матки при большом распространении процесса во время беременности крайне затруднительно.

### **3. Рак тела матки**

Рак тела матки (РТМ) — злокачественная опухоль слизистой оболочки тела матки.

Основные причины, влияющие на увеличение заболеваемости РТМ:

- возрастание продолжительности жизни женщин;
- увеличение количества женщин с нейрообменно-эндокринными нарушениями (при ожирении до 15 кг риск возникновения рака эндометрия увеличивается в 3 раза, до 25 кг — в 10 раз; при СД — в 3 раза);
- неадекватное использование гормональных препаратов с высоким содержанием

эстрогенов (при длительном приёме эстрогенов риск возникновения РТМ увеличивается в 10–15 раз, при приёме тамоксифена — в 8 раз).

Наиболее частый симптом РТМ — маточное кровотечение (у 70–90% больных). В репродуктивном возрасте кровотечение происходит по типу менометроррагии. При РТМ боли появляются раньше, чем при РШМ, имеют схваткообразный характер и сопровождаются усилением выделений. Боли тупого характера указывают на распространение опухоли за пределы матки и обусловлены сдавлением опухолевыми инфильтратами нервных стволов малого таза или симпатического ствола метастатически поражёнными парааортальными лимфатическими узлами. Общее состояние больной обычно ухудшается только в запущенных случаях.

При обследовании больных РЭ следует уточнить состояние менструальной функции (длительность репродуктивного периода, наличие ациклических маточных кровотечений, особенности генеративной функции и течения пременопаузального периода, время наступления менопаузы) и обратить внимание на наличие в анамнезе гиперпластического процесса в эндометрии. Большое значение имеют обменные нарушения (ожирение, сахарный диабет).

Положение о нежелательности беременности в ближайшие 3–5 лет после лечения злокачественной опухоли может быть изменено в отношении преинвазивного рака тела матки. Беременность характеризуется сильным прогестероновым влиянием на эндометрий, что препятствует возникновению рецидивов рака эндометрия.

#### **4. Рак яичников**

Болевой синдром отмечают 48% больных. Перекрут ножки опухоли яичника у беременных диагностируют с частотой 29%. Больные эстрогенпродуцирующими гранулёзотеклоклеточными опухолями часто страдают бесплодием, а в случае наступления беременности у них возможны выкидыши.

Метастатические опухоли яичников (рак Крукенберга) при беременности диагностируют крайне редко. Во время беременности может произойти спонтанный разрыв капсулы метастатической опухоли яичников, развиться клиническая картина «острого живота», которая может быть принята за прервавшуюся внематочную беременность (в I триместре). Особенность этих больных — наличие гигантских новообразований яичников при отсутствии чётких данных о локализации первичной

опухоли. Вероятно, первичные опухоли имеют малые размеры, и их быстрому метастазированию способствует беременность.

При отсутствии специфических симптомов заболевания большая часть больных опухолями яичников в сочетании с беременностью попадают в гинекологические стационары в связи с осложнениями, возникшими в связи с невынашиванием беременности или перекрутом ножки опухоли яичника.

При подозрении на злокачественную опухоль яичников во время беременности дифференциальную диагностику и лечение совместно проводят акушер-гинеколог и онколог. При распространённых злокачественных опухолях яичников показана консультация терапевта, кардиолога, химиотерапевта, радиолога.

При обнаружении злокачественной опухоли яичника на фоне беременности показана операция. Оптимальным для выполнения хирургического вмешательства принято считать срок после 12 нед беременности (14–16 нед), хотя при достоверных признаках злокачественности операцию проводят во всех триместрах беременности. Оперировать больных целесообразно в онкогинекологическом стационаре, так как необходимы органосохраняющее хирургическое вмешательство и срочное гистологическое исследование удалённых тканей. После операции больную переводят в акушерский стационар для проведения терапии, направленной на пролонгирование беременности..

В I триместре при I стадии дисгерминомы возможно выполнение органосохраняющих операций. При остальных гистологических типах и стадиях необходимо выполнение стандартного комбинированного лечения (экстрипация или надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника с последующей химиотерапией). Во II триместре необходим индивидуальный подход к объёму операции в зависимости от конкретной клинической ситуации и желания женщины. В III триместре при достижении срока жизнеспособности плода выполняют КС, а затем — операцию в стандартном для данной стадии объёме.

## **5. Рак молочной железы**

В современной литературе рак молочной железы (РМЖ), возникший на фоне беременности, лактации либо в течение первого года после завершения беременности, обозначают термином «РМЖ, ассоциированный с беременностью».

Среди всех злокачественных новообразований, выявляемых при беременности, РМЖ занимает второе место по частоте после РШМ. На 3000 беременностей приходится 1 случай РМЖ. Около 3% всех наблюдений РМЖ диагностируют во время беременности. До 7,3% женщин моложе 45 лет, страдающих этим заболеванием, — беременные или кормящие.

Классификация РМЖ, ассоциированного с беременностью, не отличается от таковой у небеременных и основана на клинических проявлениях заболевания. В её основу положены восемь признаков: анатомическая локализация и размер опухоли, объём метастатического поражения лимфатических узлов, наличие отдалённых метастазов, стадия развития опухоли (как вариант комбинации её размера и объёма метастатического поражения), а также клеточный тип, гистопатологический уровень дифференцировки и тип экспрессируемых рецепторов клеток опухоли.

Этиологические факторы, влияющие на возникновение РМЖ на фоне существующей беременности, предположительно, не отличаются от таковых в группе небеременных пациенток.

Гипертрофия, набухание молочных желёз, изменение консистенции, усиленная васкуляризация, а также ряд возможных осложнений (мастит, галактоцеле) затрудняют осмотр и маскируют развивающуюся опухоль во время беременности и лактации. Наиболее характерной жалобой у 95% больных бывает определение болезненных неоформленных опухолевидных масс в ткани молочной железы, часто сопровождающихся дискомфортом в области соска (болезненность, покалывание, отёчность); изменение состояния всей молочной железы в виде асимметричного набухания и уплотнения; одностороннее увеличение лимфатических узлов. Втяжение соска, наличие кожных симптомов (например, «симптом площадки»), как правило, не отмечают.

Нередко в анамнезе у заболевших раком на фоне беременности есть пролиферативная форма фиброзно-кистозной болезни, а также различные доброкачественные опухоли молочных желёз. В 45–50% случаев пациентки, ранее имевшие беременность, перенесли лечение по поводу лактационного мастита. Нередко пациентки отмечают случаи РМЖ в своей семье. При сборе анамнеза женщины указывают на длительный период наблюдения опухоли. В 82% случаев пациентки самостоятельно выявляют опухоль в I триместре. Треть заболевших на фоне беременности при первом выявлении опухоли не обращаются

за врачебной помощью, а при подозрении на злокачественный процесс в 25% случаев отказываются от диагностических мероприятий. С момента появления первых симптомов до установления диагноза врачом у беременной женщины проходит гораздо больше времени, чем в обычной ситуации (15 и 4 мес соответственно). Поздняя диагностика РМЖ в период беременности приводит к отсрочке начала лечения в среднем на 2–3,5 мес. Установлено, что 1 мес задержки в лечении увеличивает риск метастазирования в подмышечные лимфатические узлы на 0,9%, а задержка в лечении на 6 мес — на 5,1%. По этой причине к моменту установления правильного диагноза заболевание нередко находится в неоперабельной стадии.

Физиологическая гипертрофия (средний вес молочных желёз, равный приблизительно 200 г, удваивается во время беременности до 400 г), изменение консистенции, отёк, усиленная васкуляризация затрудняют осмотр. Стандартное пальпаторное исследование малоэффективно и в большинстве случаев, особенно на поздних сроках гестации, не позволяет дифференцировать опухоль.

УЗИ (ультрасонография) — метод, наиболее рекомендуемый для диагностики рака у беременных и кормящих женщин. С помощью стандартного УЗИ возможно выполнить цветовую и энергетическую доплерографию, количественную оценку скорости кровотока в визуализируемых сосудах. В 97% случаев метод УЗИ позволяет провести дифференциальную диагностику кистозных образований с солидными. При сонографии РМЖ представляет собой гипоехогенное образование (тёмносерые оттенки на экране), неправильной формы без чётких контуров, неоднородной структуры, с гиперваскуляризацией

МРТ можно применять во время беременности, так как данный метод не несёт радиоактивного компонента. Тем не менее, контрастный препарат гадобутрол не рекомендуется использовать при беременности за исключением случаев крайней необходимости. В настоящее время в России МРТ молочных желёз исследуют и используют в диагностике случаев, неоднозначно интерпретируемых при маммографии и УЗИ. Оценка количественной характеристики динамического накопления контрастного вещества (интенсивное), а также качественные характеристики выявленного патологического процесса (нечёткие, тяжистые контуры) позволяют дифференцировать злокачественный процесс. Как правило у беременных, больных РМЖ, определяют эстроген и прогестеронотрицательные опухоли.

Дифференциальную диагностику РМЖ у беременных и кормящих женщин следует проводить с маститом, фиброаденомой, листовидной опухолью молочной железы, галактоцеле, липомой, лимфомой, гамартомой, саркомой, туберкулёзом. Постановка диагноза «лактационный мастит» при наличии злокачественной опухоли в молочной железе — типичная ошибка в клинической практике. Кроме совпадения сроков проявления истинного лактационного мастита и РМЖ не редкостью бывает и совпадение клинической картины.

Определение лечебной тактики зависит прежде всего от стадии заболевания, а не от срока беременности. В том случае, когда больная отказывается от медицинской помощи и приоритетом для неё и её семьи представляется защита плода, лечение откладывают до момента родов. Как правило, прогноз у больных, выбравших этот вариант, крайне неблагоприятен. Второй вариант подразумевает немедленное завершение беременности и проведение лечения в объёме, адекватном стадии опухолевого процесса. Дальнейшее лечение не отличается от такового у небеременных. Третий вариант, который всё чаще применяют в мировой практике последние 20 лет — проведение лечения без прерывания беременности. При этом можно проводить как оперативные вмешательства, так и лекарственную терапию.

Лечение РМЖ подразумевает комплексный подход, включающий оперативное вмешательство, лекарственное лечение и лучевую терапию. Несмотря на то что лучевую терапию достаточно часто применяют в обычной онкологической практике, для беременных она противопоказана. Тератогенные свойства лучевой терапии, а также угроза развития онкологической патологии у ребёнка, в том числе лейкоза, заставляют воздерживаться от её применения на протяжении всей беременности. При проведении стандартного курса в суммарной дозе, равной 5000 рад (50 Гр), плод получает лучевую нагрузку в пределах от 3,9–15 рад (0,039–0,15 Гр) в I триместре и 200 рад (2 Гр) — к концу беременности. Пороговой повреждающей дозой для плода в I и II триместрах беременности считают 10 рад (0,1 Гр). Доза от 10–15 рад приводит к дефектам развития, нарушениям ЦНС, доза 50–200 рад — к задержке развития, а доза от 100–250 рад — к уродствам.

Спорными вопросами бывают безопасность и возможные побочные эффекты противоопухолевых препаратов в период беременности. Наибольший риск развития уродств у плода возникает при проведении химиотерапии в I триместре беременности — частота ВПР составляет 10–20%, возрастает частота спонтанных аборт. Химиотерапия,

проводимая во II и III триместрах беременности, также может приводить к преждевременным родам и таким осложнениям, как миелосупрессия у матери и плода, кровотечение и инфекционные заболевания, задержка роста, малая масса тела плода, рождение его мёртвым. Отдалённые результаты проведения химиотерапии во время беременности неизвестны. Решение о проведении химиотерапии возможно лишь после разъяснительной беседы с беременной и её семьёй.

В случае полной информированности больной о всех возможных осложнениях и при решении немедленно начать лечение, сохранив плод, во II и III триместрах беременности возможно назначение неoadъювантной полихимиотерапии (доксорубицин, циклофосфамид). На современном этапе нет отдалённых данных о судьбе и здоровье детей, родившихся у женщин, подвергшихся специфическому лекарственному лечению. Одним из наиболее действенных методов терапии РМЖ считают гормональное лечение. Однако антиэстрогенное средство тамоксифен оказывает тератогенное действие и противопоказан при беременности.

Оперативное лечение считают основным методом при РМЖ. На начальных стадиях заболевания возможно выполнение оперативного вмешательства в качестве первого этапа лечения. Радикальная мастэктомия или органосохраняющая операция, а также сопровождающее анестезиологическое пособие, не опасны для плода и, как правило, не приводят к самопроизвольному аборту. Радикальная мастэктомия с сохранением обеих грудных мышц — наиболее рациональный хирургический объём при начальных (I, II) стадиях РМЖ в I триместре, когда больная хочет сохранить беременность. Больные, перенёсшие мастэктомию, не нуждаются в лучевой терапии. Органосохраняющие операции при сохранении беременности нежелательны, так как требуют дополнительной лучевой терапии, а её можно проводить только после завершения беременности. Необходимость выполнения аксиллярной диссекции во всех случаях определяется высокой частотой метастазов в регионарные лимфатические узлы.

При отказе больной от полного удаления молочной железы, при начальных сроках беременности органосохраняющая операция может быть дополнена полихимиотерапией, начиная со II триместра, и лучевой терапией после раннего родоразрешения. Если диагноз поставлен в конце II триместра или позже, вариантом выбора считают радикальную резекцию с последующей дистанционной лучевой терапией после завершения беременности.

При местнораспространённом РМЖ (стадии IIIA, IIIB, IIIC), при отёчноинфильтративных формах рака и при IV стадии рака, если необходимо проведение химиотерапии и больная согласна на прерывание беременности, в качестве первого этапа лечения рекомендуют прерывание беременности, причём на любом сроке (с 22–27 недель — «очень ранние» преждевременные роды). При постановке диагноза в III триместре и при решении пролонгировать беременность возможны ранние преждевременные роды в сроке 34 недель.

Следует объяснить, что последующая беременность не ухудшает прогноз у больных с ранней стадией РМЖ. Вопрос о беременности после проведённого лечения при сохранённой репродуктивной функции следует решать с осторожностью. Необходимо учитывать стадию заболевания, наличие или отсутствие неблагоприятных факторов прогноза. Минимальным интервалом от момента завершения лечения до планирования последующей беременности считают интервал 2–3 года.

После окончания лечения женщина должна находиться под длительным наблюдением онколога. Срок первого контрольного осмотра — через 6 мес от момента проведения лечения. Затем рекомендована явка через год.

## **6. Заключение**

Таким образом, позднее обнаружение онкологического заболевания во время беременности и откладывание адекватной терапии может привести к быстрому прогрессу основного заболевания с трагическими последствиями как для матери, так и для плода. Прерывание же беременности (которая может быть последней в связи с истощением яичников после противоопухолевого лечения) может и не улучшить прогноз заболевания. В связи с этим требуется дальнейшее изучение механизмов действия противоопухолевых препаратов во время беременности на плод, изучение тератогенности различных классов химиопрепаратов и создание четких алгоритмов ведения беременных с различными онкологическими заболеваниями.

## **7. Список литературы**

1. Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой – М., 2015г.
2. Мещерякова Л.А. Злокачественные опухоли: современная диагностика, лечение и прогноз: Дис. док. мед. наук. — М., 2005.
3. Чекалова М.А. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей тела матки: Автореферат дис... д-ра мед. наук. — М., 1998.