

<https://doi.org/10.25207/1608-6228-2019-26-4-131-137>



© Коллектив авторов, 2019

ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТКИ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

А. А. Борщева*, Г. М. Перцева

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
пер. Нахичеванский, д. 29, г. Ростов-на-Дону, 344022, Россия*

Аннотация

Актуальность. Лимфома Ходжкина (ЛХ), характеризующаяся появлением гигантских клеток Рида — Березовского — Штернберга в пораженных патологическим процессом лимфатических узлах и выявляемых при исследовании под микроскопом, является злокачественным заболеванием лимфоидной ткани. В настоящее время это одно из самых поддающихся терапии онкологических заболеваний. В последние годы вероятность выздоровления пациентов с данной патологией достигла высоких результатов (70–90%) и даже почти сравнялась с процентом выздоровления больных, начавших лечение на ранних стадиях. Учитывая вышесказанное, важными становятся моменты, связанные с дальнейшим качеством жизни этих больных, так как большинство из них — женщины детородного возраста, желающие иметь детей. В этом плане важным является вопрос о том, как будет у них протекать беременность и роды и какое влияние они могут оказать на возможность рецидива данного заболевания.

Цель: анализ течения беременности и родов у пациентки с лимфомой Ходжкина.

Материалы и методы. Изучены медицинские документы (история болезни, индивидуальная карта течения беременности), проведено обследование и родоразрешение пациентки, беременность у которой наступила на фоне тяжелой онкологической патологии — лимфомы Ходжкина в стадии ремиссии.

Результат: изучен исход беременности и родов для пациентки и плода на фоне тяжелой онкологической патологии — лимфомы Ходжкина в стадии ремиссии.

Заключение. У женщины с серьезной онкопатологией — лимфомой Ходжкина в стадии ремиссии беременность была пролонгирована до доношенного срока и благополучно завершена. Пациентка в третий раз смогла испытать радость материнства.

Ключевые слова: беременность, роды, лимфома Ходжкина, рецидив, рефрактерное течение

Конфликт интересов: авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Борщева А.А., Перцева Г.М. Исход беременности и родов у пациентки с лимфомой Ходжкина. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2019; 26(4): 131–137. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2019-26-4-131-137>

Поступила 15.05.2019

Принята после доработки 27.06.2019

Опубликована 27.08.2019

OUTCOME OF PREGNANCY AND LABOUR IN A PATIENT WITH HODGKIN'S LYMPHOMA (CLINICAL CASE)

Alla A. Borscheva*, Galina M. Pertseva

Rostov State Medical University,
Nakhichevansky str., 29, Rostov-on-Don, 344022, Russia

Abstract

Background. Hodgkin's lymphoma (HL) is a malignant disease of lymphoid tissue, which is characterised by the appearance of giant Reed—Berezovsky—Sternberg cells in the lymph nodes affected by the pathological process. These cells can be detected through microscopic examination. Currently, HL is one of the most treatable oncological diseases. In recent years, the recovery rate in patients suffering from this pathology has increased (70–90%), almost reaching the recovery rate in patients starting treatment at the early stages. Given the above, the quality of life in these patients during remission is becoming more important, since most of them are women of childbearing age planning to have children. In this connection, it is of great importance to study the course of pregnancy and labour, along with their effect on the possibility of a relapse, in such patients.

Aim. In this paper, we set out to analyse the course of pregnancy and childbirth in a patient suffering from HL.

Materials and methods. We studied the medical records (including medical history and pregnancy records) of a patient whose pregnancy occurred in the setting of a severe oncological pathology – HL in remission. The patient underwent a thorough examination and the baby was successfully delivered.

Result. The outcome of pregnancy and childbirth for the patient and foetus was studied in the setting of a severe oncological pathology (HL in remission).

Conclusion. The pregnancy of a woman suffering from a serious oncological pathology (HL in remission) was prolonged to full-term and successfully completed. The patient was able to experience the joy of motherhood for the third time.

Keywords: pregnancy, childbirth, Hodgkin's lymphoma, relapse, refractory course

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

For citation: Borshcheva A.A., Pertseva G.M. Outcome of Pregnancy and Labour in a Patient with Hodgkin's Lymphoma (Clinical Case). *Kubanskii Nauchnyi Meditsinskii Vestnik*. 2019; 26(4): 131–137. (In Russ., English abstract). <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2019-26-4-131-137>

Submitted 15.05.2019

Revised 27.06.2019

Published 27.08.2019

Введение

Злокачественное заболевание лимфоидной ткани, характеризующееся появлением в лимфатических узлах гигантских клеток Рида — Бerezовского — Штернберга и обнаруживаемых при исследовании под микроскопом, называется лимфомой Ходжкина (ЛХ). Данное заболевание описано Томасом Ходжкином еще в 1832 году в его научных исследованиях [1]. А Самюэль Уилкс в 1865 году предложил назвать эту патологию в честь ее первооткрывателя «болезнью Ходжкина». Позднее по предложению Карла Штерн-

берга [2–4] данное заболевание стали называть лимфогранулематозом. Начиная с XX столетия прогресс в лечении этой патологии достиг значительных успехов. Данное заболевание стало практически излечимым у преобладающего количества пациентов. Вероятность положительных результатов в лечении даже поздних стадий заболевания достаточно высокая и достигает 60%. В ранних же стадиях излечиваются 80–90% больных, тем самым продолжительность жизни этих пациентов значительно увеличивается [1–3]. Но, несмотря на достигнутые успехи в ле-

чении пациентов с ЛХ, примерно у 10–20% больных исход может быть неблагоприятным вследствие рефрактерности заболевания и частого рецидивирования [5, 6]. В 2002 году выявлено 3377 случаев ЛХ у взрослого населения России. Заболевание чаще всего проявляло себя в молодом (20–29 лет) возрасте и после 55–60 лет, но не исключением были и другие возрастные категории. Разницы в частоте заболеваемости по половому признаку отмечено не было. В настоящее время летальность при ЛХ снизилась еще почти в два раза по сравнению с предыдущими годами. Это объясняется успехами в лечении. Опухолевый процесс сначала поражает лимфатическую систему (узлы, миндалины, селезенку), а затем охватывает и другие органы и системы. На сегодняшний день при ЛХ неизвестным остается источник опухоли [7, 8].

ЛХ — это одна из самых распространенных онкопатологий женщин детородного возраста [9, 10]. Поэтому вопросы наступления беременности, ее вынашивания и родоразрешения для них имеют огромное значение. Не меньшее значение имеет и вопрос влияния заболевания на течение беременности и влияние беременности на возможность возникновения рецидивов данной патологии. Эти вопросы окончательно не решены и остаются очень актуальными. Многие авторы считают, что беременность отрицательно влияет на течение ЛХ [4]. В связи с появлением новых современных подходов к диагностике и лечению ЛХ изменилась и тактика ведения пациентов как в активной фазе, так и в стадии ремиссии. Результаты анализа течения беременности женщин с ЛХ дали возможность сделать вывод, что продолжительность жизни не зависит от наличия или отсутствия беременности у этой группы пациенток, она была приблизительно одинаковой и в среднем составляла около 7,5 года с момента заболевания.

По данным литературы, сочетание ЛХ с беременностью может быть в нескольких вариантах. Беременность может наступить в стадии ремиссии заболевания, заболевание может быть впервые выявлено после наступления беременности и во время беременности может возникнуть рецидив [5]. ЛХ в стадии ремиссии не приводит к развитию осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде и не оказывает отрицательное влияние на развитие новорожденного. Однако, несмотря на все вышесказанное, решение о разрешении протонирования наступившей беременности у пациенток с перенесенным онкологическим заболеванием или заболеванием в стадии ремиссии у акушеров-гинекологов было и остается под большим сомнением. Зачастую они не готовы к ведению такой беременности и настаивают

на ее прерывании во избежание новых рецидивов и осложнений. Что касается ЛХ в случае ее диагностирования во время беременности, доктора также настаивают на ее экстренном прерывании [11–14]. Однако необходимо учитывать тот факт, что появление и введение в схемы лечения препаратов, которые не проникают через плацентарный барьер, открывает новые возможности в лечении указанной патологии во время развивающейся беременности.

В настоящее время как зарубежные, так и некоторые наши клиники проводят лечение онкологических заболеваний на фоне протонирования беременности [15]. Это, как правило, происходит после завершения закладки органов и систем развивающегося плода, то есть во втором и третьем триместрах. Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии неблагоприятного влияния беременности на прогноз заболевания. А ряд препаратов, используемых для лечения, не оказывают отрицательное влияние на плод и последующее развитие новорожденного. Мы хотим представить вашему вниманию случай течения беременности и родов у пациентки с ЛХ в стадии ремиссии. Проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации (Declaration Helsinki). От пациентки получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию описания клинического случая.

Результаты и обсуждения

Повторно беременная N., 36 лет, 05.07.2017 обратилась в женскую консультацию по месту жительства в сроке 11–12 недель беременности для постановки на диспансерный учет. На момент обращения жалоб не предъявляла. Гинекологический анамнез: менструальная функция установилась с 13 лет, менструации регулярные (по 4 дня, через 29 дней). Акушерско-гинекологический анамнез — беременностей 4 (2 родов и 1 аборт). Первая беременность в 2005 году завершилась родоразрешением путем кесарева сечения (КС) по акушерским показаниям, в сроке 39 недель, родился живой плод женского пола, массой 3250 г. Вторая беременность в 2008 году на фоне лимфомы Ходжкина, II А стадии (нодулярный склероз), родоразрешение путем КС в сроке 30 недель (по медицинским показаниям), родился живой плод мужского пола, массой 1400 г. Третья беременность закончилась медицинским абортom по желанию в 2009 году. Рецидив заболевания имел место в 2010 году, с 2011 года — ремиссия. Настоящая беременность четвертая, желанная. Предгравидарной подготовки не проводилось.

Сопутствующая соматическая патология: хронический вирусный гепатит «С» с 2009 года,

вторичная пострадиационная плексопатия правого плечевого сплетения, нейроциркуляторная дистония (НЦД) по гипертоническому типу. В анамнезе операция по поводу пупочной грыжи (1999 год). Наследственный анамнез отягощен: отец умер от онкологического заболевания (рак толстой кишки) в возрасте 65 лет. При объективном обследовании: рост — 158 см, вес — 65 кг, ИМТ — 25,64 кг/м² (избыточная масса тела). Тоны сердца ясные, ритмичные, границы сердца не расширены. АД — 105/60 мм рт. ст. на обеих руках, Ps — 78 уд./мин. В легких — везикулярное дыхание. Молочные железы без патологических изменений. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Размеры таза: *Distancia spinarum* — 22 см, *Distancia cristarum* — 25 см, *Distancia trochanterica* — 27 см, *Conjugata externa* — 18 см. *Влагалищное исследование*: наружные половые органы развиты по женскому типу. Влагалище нерожавшей женщины. Слизистая шейки матки не изменена, шейка конической формы, длиной до 4,0 см, наружный зев закрыт. Матка подвижная, безболезненная при пальпации, мягкой консистенции, увеличена до 11–12 недель беременности, своды свободны. Крестцовая впадина емкая, экзостозов в полости малого таза нет. Выделения светлые, в умеренном количестве.

Диагноз при взятии на учет: беременность 11–12 недель. ОПСТ 1 ст., ОАГА. Рубец на матке (2). Резус-отрицательная принадлежность крови. Лимфома Ходжкина в стадии ремиссии. вторичная пострадиационная плексопатия правого плечевого сплетения, НЦД по гипертоническому типу, хронический вирусный гепатит С. По данным лабораторного обследования: в ОАК — гемоглобин 128 г/л, эр. $4,44 \times 10^{12}$ л, в коагулограмме — РФМК 5 мг/100 мл, тромбиновое время — 10,8 с, фибриноген — 5,33 мг. В мазке на флору лейкоциты 25–30 в поле зрения, флора смешанная умеренная (назначена санация — свечи гексикон № 10). Рекомендованы консультации гематолога, онколога-гематолога, невролога, инфекциониста (гепатолога), терапевта (кардиолога).

Заключение гематолога (13.06.2017): убедительных данных о патологии свертывающей системы нет. Приобретенная (гестационная) гиперфибриногенемия (умеренная). Назначен курантил по 25 мг 2 раза в день в течение 1 месяца, ангиовит по 1 таблетке 2 раза в день в течение 2 месяцев. Рекомендовано динамическое наблюдение акушера-гинеколога по месту жи-

тельства, контроль маркеров тромбинемии. В динамике контроль коагулограммы проводился четыре раза. Показатели свертывающей системы находились в пределах средних референсных значений, соответствуя сроку гестации.

Консультация онколога-гематолога (20.06.2017): лимфома Ходжкина II А стадии, нодулярный склероз. Ремиссия с 2011 года. Состояние после химиолучевой терапии. Риск рецидива лимфомы на фоне беременности минимальный. Рекомендован контроль ОАК (тромбоциты) и ЛДГ, коагулограммы, РФМК+D-димер 1 раз в месяц. Специфическое противорецидивное лечение онкологом-гематологом не назначалось. В повторных контрольных исследованиях отклонений от нормы не выявлено.

Консультация невролога (28.07.2017): пациентка предъявляла жалобы на выраженную слабость в правой кисти (мышечная сила снижена до 2 баллов).

Заключение невролога: плексопатия правого плечевого сплетения, синдром Дежерин-Клюмпке с нарушением функции кисти. Пролонгирование беременности не противопоказано.

Консультация инфекциониста (21.09.2017): анализ ПЦР на РНК-НСV качественный положительный, вирусная нагрузка $1,9 \times 10^6$ МЕ/мл, незначительное повышение трансаминаз (АЛТ 53 Е/л, АСТ 33 Е/л). От проведения противовирусной терапии, а также любой метаболической терапии в период беременности и лактации рекомендовано отказаться.

Консультация кардиолога (21.09.2019): артериальная гипертензия. Рекомендовано: консультация офтальмолога, ежедневный контроль артериального давления (АД), режим сна-отдыха. При подъемах АД выше 130/90 мм рт. ст. рекомендован прием допегита по ½ таблетки 2 раза в день. За период беременности и контроля пациенткой АД дважды регистрировались его подъемы до 140/90 мм рт. ст.

Консультация офтальмолога (29.09.2017): ангиопатия сетчатки обоих глаз. Родоразрешение по акушерским показаниям. Пролонгирование беременности не противопоказано.

В сроке 27 недель (27.10.2017) впервые выявлены антирезус-антитела в титре 1:4. В дальнейшем титр антирезус-антител не повышался. При ультразвуковом исследовании органов малого таза в сроке 12 недель (*первое скрининговое исследование*) выявлен риск низкой плацентации (передняя стенка хориона достигала области внутреннего зева, частично перекрывая его), рубец на матке. В сроке 19–20 недель (*вто-*

рой скрининг) зарегистрирована незначительная пиелозктазия обеих почек плода, обнаружена внутриматочная перегородка, подтверждена низкая плацентация. В сроке 27 недель подтверждена пиелозктазия обеих почек плода. В сроке 32 недели (третий скрининг) установлено нарушение фетоплацентарной гемодинамики, замедление темпов роста плода. В дальнейшем проводился динамический контроль состояния плода (ДПМ, КТГ), показатели кровотока и состояние плода оставались в пределах нормы. От дородовой госпитализации в стационар пациентка отказалась и в сроке 38 недель беременности женщина поступила в родильное отделение в связи с началом родовой деятельности. Учитывая анамнез пациентки (2 рубца на матке), пациентка была родоразрешена путем операции кесарева сечения в нижнем маточном сегменте. Родился живой доношенный мальчик массой 2500 г, длиной 46 см, с оценкой по шкале Апгар 7–8 баллов. Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы зажили первичным натяжением. Пациентка выписана домой на пятые сутки в удовлетворительном состоянии с ребенком под наблюдение соответствующих специалистов.

Заключение

Как видно из вышеизложенного, в данном случае беременность не оказала негативного влияния и не спровоцировала рецидив ЛХ. Противорецидивное лечение во время беременности не назначалось, так как риск рецидива лимфомы на фоне беременности онкологом-гематологом был признан минимальным. Совместное же ведение пациентки акушером-гинекологом, онкогематологом и другими смежными специалистами, контроль ее состояния и соответствующих лабораторных данных, а также тщательное выполнение пациенткой всех назначений и рекомендаций (указаны выше) способствовали благоприятному течению беременности и предотвратили возникновение возможных серьезных осложнений, которые могли ухудшить состояние как беременной, так и плода. У женщины с серьезной онкопатологией в стадии ремиссии, а также с наличием дополнительной сопутствующей экстрагенитальной патологии беременность была пролонгирована до доношенного срока и благополучно завершена рождением здорового доношенного новорожденного. Пациентка с серьезной экстрагенитальной патологией в третий раз смогла испытать радость материнства.

Список литературы

1. Павлов В.В., Богатырева Т.Н., Шахтарина С.В., Даниленко А.А. Оптимизация лучевого компонента в программах комбинированного химиолучевого лечения больных лимфомой Ходжкина. В кн.: Цыба А.Ф., Мардынский Ю.С., редакторы. *Терапевтическая радиология*. М.: Медицинская книга; 2010. 461–504.
2. Шкляев С.С., Павлов В.В. Лимфома Ходжкина и «новый старый» бендамустин. *Клиническая онкогематология*. 2013; 6(2): 139–147.
3. Holmberg L., Maloney D.G. The role of autologous and allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for Hodgkin lymphoma. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* 2011; 9(9): 1060–1071.
4. Богатырева Т., Павлов В., Шкляев С. Рецидивы лимфомы ходжкина: возможности продления жизни без высокодозной химиотерапии. *Врач*. 2012; 11: 5–8.
5. Anderson R.A., Brewster D.H., Wood R., Nowell S., Fischbacher C., Kelsey T.W., Wallace W.H.B. The impact of cancer on subsequent chance of pregnancy: a population-based analysis. *Hum Reprod*. 2018; 33(7): 1281–1290. DOI: 10.1093/humrep/dey216
6. Kroll-Balcerzak R., Baranska M., Gil L., Kazmierczak M., Balcerzak A., Izycki D. Hodgkin lymphoma in pregnancy — current management practice based on case report series. *Ginekol. Pol.* 2019; 90(4): 233–234. DOI: 10.5603/GP.2019.0042
7. Gaudio F., Nardelli C., Masciandaro P., Perrone T., Laddaga F.E., Curci P., Depalo R., Cicinelli E., Specchia G. Pregnancy rate and outcome of pregnancies in long-term survivors of Hodgkin's lymphoma. *Ann. Hematol.* 2019; 98(8): 1947–1952. DOI: 10.1007/s00277-019-03684-0
8. Wheaton L., Alexander S. Pregnancy screening and contraceptive counseling in young women with hodgkin lymphoma: a single center retrospective review. *J Adolesc. Young. Adult. Oncol.* 2019; 8(3): 349–353. DOI: 10.1089/jayao.2018.0156
9. Alami Z., Bouhafat T., Elmazghi A., Hassouni K. Therapeutic approach against malignant Hodgkin's lymphoma during pregnancy: about a case and literature review. *Pan. Afr. Med. J.* 2018; 30: 20. DOI: 10.11604/pamj.2018.30.20.14662
10. Møller H., Purushotham A., Linklater K.M., Garmo H., Holmberg L., Lambe M., Yallop D., Devereux S. Recent childbirth is an adverse prognostic factor in breast cancer and melanoma, but not in Hodgkin lymphoma. *Eur. J. Cancer.* 2013; 49(17): 3686–3693. DOI: 10.1016/j.ejca.2013.06.047
11. Corazzelli G., Angrilli F., D'Arco A., Ferrara F., Musto P., Guarini A., Cox M.C., Stelitano C., Storti S., Iannitto E., Falorio S., Califano C., Amore A., Arcamone M., De Filippi R., Pinto A. Efficacy and safety of bendamustine for the treatment of patients with recurring Hodgkin lymphoma. *Br. J. Haematol.* 2013; 160(2): 207–215. DOI: 10.1111/bjh.12120

12. Boltežar L., Pintarić K., Jezeršek Novaković B. Fertility in young patients following treatment for Hodgkin's lymphoma: a single center survey. *J. Assist. Reprod. Genet.* 2016; 33(3): 325–333. DOI: 10.1007/s10815-015-0636-6
13. Connors J.M. I. Hodgkin lymphoma: special challenges and solutions. *Hematol. Oncol.* 2015; 33(Suppl 1): 21–24. DOI: 10.1002/hon.2210
14. Peccatori F.A., Azim H.A. Jr, Orecchia R., Hoekstra H.J., Pavlidis N., Kesic V., Pentheroudakis G.; ESMO Guidelines Working Group. Cancer, pregnancy and fertility: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann. Oncol.* 2013; 24(Suppl 6):vi160–170. DOI: 10.1093/annonc/mdt199
15. Moshe Y., Bentur O.S., Lishner M., Avivi I. The management of Hodgkin lymphomas in pregnancies. *Eur. J. Haematol.* 2017; 99(5): 385–391. DOI: 10.1111/ejh.12956

References

1. Pavlov V.V., Bogatyreva T.N., Shakhtarina S.V., Danilenko A.A. *Optimizatsiya luchevego komponenta v programmakh kombinirovannogo khimioluchevogo lecheniya bol'nykh limfomoi Khodzhkina.* V kn.: Tsyba A.F., Mardynskii Yu.S., redaktory. *Terapevticheskaya radiologiya [Therapeutic radiology]*. Moscow: Meditsinskaya kniga; 2010. 461–504. (In Russ.).
2. Shklyayev S.S., Pavlov V.V. Hodgkin's lymphoma and a "new old" bendamustine. *Klinicheskaya onkogematologiya.* 2013; 6(2): 139–147. (In Russ., English abstract).
3. Holmberg L., Maloney D.G. The role of autologous and allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for Hodgkin lymphoma. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* 2011; 9(9): 1060–1071.
4. Bogatyreva T., Pavlov V., Shklyayev S. Recurrent Hodgkin's lymphoma: possibilities for prolonging life without high-dose chemotherapy. *Vrach.* 2012; 11: 5–8. (In Russ., English abstract).
5. Anderson R.A., Brewster D.H., Wood R., Nowell S., Fischbacher C., Kelsey T.W., Wallace W.H.B. The impact of cancer on subsequent chance of pregnancy: a population-based analysis. *Hum Reprod.* 2018; 33(7): 1281–1290. DOI: 10.1093/humrep/dey216
6. Kroll-Balcerzak R., Baranska M., Gil L., Kazmierczak M., Balcerzak A., Lzycki D. Hodgkin lymphoma in pregnancy — current management practice based on case report series. *Ginekol. Pol.* 2019; 90(4): 233–234. DOI: 10.5603/GP.2019.0042
7. Gaudio F., Nardelli C., Masciandaro P., Perrone T., Laddaga F.E., Curci P., Depalo R., Cicinelli E., Specchia G. Pregnancy rate and outcome of pregnancies in long-term survivors of Hodgkin's lymphoma. *Ann. Hematol.* 2019; 98(8): 1947–1952. DOI: 10.1007/s00277-019-03684-0
8. Wheaton L., Alexander S. Pregnancy screening and contraceptive counseling in young women with Hodgkin lymphoma: a single center retrospective review. *J Adolesc. Young. Adult. Oncol.* 2019; 8(3): 349–353. DOI: 10.1089/jayao.2018.0156
9. Alami Z., Bouhafa T., Elmazghi A., Hassouni K. Therapeutic approach against malignant Hodgkin's lymphoma during pregnancy: about a case and literature review. *Pan. Afr. Med. J.* 2018; 30: 20. DOI: 10.11604/pamj.2018.30.20.14662
10. Møller H., Purushotham A., Linklater K.M., Garmo H., Holmberg L., Lambe M., Yallop D., Devereux S. Recent childbirth is an adverse prognostic factor in breast cancer and melanoma, but not in Hodgkin lymphoma. *Eur. J. Cancer.* 2013; 49(17): 3686–3693. DOI: 10.1016/j.ejca.2013.06.047
11. Corazzelli G., Angrilli F., D'Arco A., Ferrara F., Musto P., Guarini A., Cox M.C., Stelitano C., Storti S., Iannitto E., Falorio S., Califano C., Amore A., Arcamone M., De Filippi R., Pinto A. Efficacy and safety of bendamustine for the treatment of patients with recurring Hodgkin lymphoma. *Br. J. Haematol.* 2013; 160(2): 207–215. DOI: 10.1111/bjh.12120
12. Boltežar L., Pintarić K., Jezeršek Novaković B. Fertility in young patients following treatment for Hodgkin's lymphoma: a single center survey. *J. Assist. Reprod. Genet.* 2016; 33(3): 325–333. DOI: 10.1007/s10815-015-0636-6
13. Connors J.M. I. Hodgkin lymphoma: special challenges and solutions. *Hematol. Oncol.* 2015; 33(Suppl 1): 21–24. DOI: 10.1002/hon.2210
14. Peccatori F.A., Azim H.A. Jr, Orecchia R., Hoekstra H.J., Pavlidis N., Kesic V., Pentheroudakis G.; ESMO Guidelines Working Group. Cancer, pregnancy and fertility: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann. Oncol.* 2013; 24(Suppl 6): vi160–70. DOI: 10.1093/annonc/mdt199
15. Moshe Y., Bentur O.S., Lishner M., Avivi I. The management of Hodgkin lymphomas in pregnancies. *Eur. J. Haematol.* 2017; 99(5): 385–391. DOI: 10.1111/ejh.12956

Сведения об авторах / Information about the authors

Борщева Алла Александровна* — кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Контактная информация: e-mail: Aborsheva@ctsnet.ru, тел.: +7 (918) 554-01-83;

пер. Братский, д. 48, кв. 13, г. Ростов-на-Дону, 344082, Россия.

Перцева Галина Маргосовна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1 федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Alla A. Borscheva* — Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Department of Obstetrics and Gynecology No. 1, Rostov State Medical University.

Corresponding author: e-mail: Aborsheva@ctsnet.ru, tel.: +7 (918) 554-01-83;

Bratskiy per., 48-13, Rostov-on-Don, 344082, Russia.

Galina M. Pertseva — Cand. Sci. (Med.), Research Assistant, Department of Obstetrics and Gynecology No. 1, Rostov State Medical University.

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author