

©Н.І. Кіцера, Н.В. Гельнер, З.В. Осадчук

ПРОБЛЕМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК ІЗ НЕГОДЖКІНСЬКОЮ ЛІМФОМОЮ В АНАМНЕЗИ

Державна установа «Інститут спадкової патології АМН України», м. Львів

ПРОБЛЕМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК ІЗ НЕГОДЖКІНСЬКОЮ ЛІМФОМОЮ В АНАМНЕЗИ. У статті представлені особливості репродуктивної функції трьох жінок віком 26–32 роки, які отримували лікування з приводу негоджкінської лімфоми до або під час вагітності. У двох жінок народилися здорові діти.

Третя жінка, яка завагітніла через 4 місяці після завершення протирецидивного лікування, боячись наступного рецидиву хвороби, перервала цю вагітність у терміні 8 тижнів.

Своєчасна діагностика і правильно підібране лікування негоджкінської лімфоми дають шанс жінкам із таким діагнозом планувати вагітність і народити дитину.

ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМОЙ В АНАМНЕЗЕ. В статье представлены особенности репродуктивной функции трех женщины в возрасте 26–32 года, которые получала лечение по поводу неходжжинской лимфомы до или вовремя беременности. У двоих женщин родились здоровые дети.

Третья женщина, которая забеременела через 4 месяца после завершения противорецидивного лечения, боясь последующего рецидива болезни, прервала эту беременность в сроке 8 недель.

Своевременная диагностика и правильно подобранное лечение неходжжинской лимфомы дают шанс женщинам с таким диагнозом планировать беременность и родить ребенка.

THE PROBLEMS OF REPRODUCTIVE FUNCTION IN WOMAN WITH NON-HODGKIN'S LYMPHOMA IN ANAMNESIS. The article presents the features of the reproductive function of woman aged 26–32 years who received treatment for non-Hodgkin's lymphoma before or during of pregnancy.

The two women were born to healthy children.

A third woman who was pregnant 4 months after the completion of antirecive treatment for fear of subsequent relapse of the disease, interrupted this pregnancy of 8 weeks.

Timely diagnosis and treatment correctly matched non-Hodgkin's lymphoma give chance such women to get pregnant and give a birth.

Ключові слова: репродуктивна функція, жінки, негоджкінська лімфома, вагітність.

Ключевые слова: репродуктивная функция, женщины, неходжжинская лимфома, беременность.

Key words: reproductive function, women, non-Hodgkin's lymphoma, pregnancy.

ВСТУП. Здоров'я дитини значною мірою визначається умовами її розвитку в утробі матері, в періоді новонародженості, дитинстві та у підлітковому віці. Відповідно до стратегії охорони здоров'я ВООЗ, здоров'я та виживання дитини характеризується складним взаємним зв'язком із здоров'ям батьків, соціальним благополуччям сім'ї та послугами з репродуктивного здоров'я [1]. Оскільки репродуктивна система відрізняється особливою чутливістю до дії несприятливих факторів будь-якого походження, то важливе значення має перебіг вагітності у жінок з онкопатологією в анамнезі [2–4].

Унікальність ситуації в даному випадку полягає в кількості одночасно діючих екстремальних (канцерогенний, мутагенний і тератогенний) факторів [5–7]. Негативні наслідки сприяють виникненню негативних психоемоційних реакцій, які виражаються в підвищеному відчутті тривоги, виникненню стресу через постійну невизначеність у відношенні свого здоров'я і здоров'я майбутньої дитини.

Однією з важливих і актуальних проблем сучасної онкології і гематології є діагностика та лікування неходжкінських лімфом (НХЛ). За даними бюлетеня Національного Канцер-реєстру України кількість вперше зареєстрованих випадків НХЛ у 2009 році стано-

вила 2225. Показник захворюваності на 100 тис. населення складає серед жінок – 4,44. Летальність до року первинних хворих на НХЛ в Україні складає 36 %. У третини хворих під час проведення первинного стандартного лікування або в короткий термін після його завершення виникає прогресування або рецидив захворювання [8].

Актуальність цієї теми полягає в тому, що практичні акушер-гінекологи мають певні застереження та страх перед веденням вагітності і пологів у жінок із онкопатологією в анамнезі, а тим більше, коли ця патологія діагностується під час вагітності [9, 10]. Більшість жінок з таким діагнозом не ризикують планувати вагітність, оскільки бояться народити хвору дитину та не знають до яких лікарів звертатися щодо прогнозу потомства.

Тому метою нашого дослідження було вивчення репродуктивної функції у жінок з-НХЛ в анамнезі.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. У 2002–2011 рр за медико-генетичним консультуванням в Інститут спадкової патології АМН України (м. Львів) звернулося 3 вагітних, де з анамнезу було відомо, що вони лікувалися з приводу НХЛ. Ще троє з аналогічним діагнозом прийшли на консультацію з приводу прогнозу здоров'я майбутніх нащадків. Усім жінкам діагноз верифіковано гістологічно.

Спостереження 1. Пацієнтці М.О., 1974 р.н., діагностовано НХЛ у 2001 році у віці 27 років. Пролікована згідно протоколу лікування.

Менструальний цикл – 28 днів (тривалістю 3–4 дні), регулярний, неболюче менархе з 15 років. До часу постановки діагнозу жінка три роки безрезультатно намагалася завагітніти природнім шляхом.

Після проведення хіміотерапевтичного лікування фахівцями було рекомендовано відтермінувати планування вагітності на 2–3 роки. У 2004–2005 рр. жінці було проведено 3 екстракорпоральних запліднення, які завершилися викиднями в ранніх термінах вагітності.

У 2006 році пацієнтці вдалося завагітніти природнім шляхом на фоні ремісії основного захворювання від іншого партнера і вона в терміні 12 тижнів вагітності звернулася в медико-генетичну консультацію для спостереження за перебігом вагітності. Вагітність перебігала без особливостей. Біохімічні маркери сироватки крові під час вагітності – в нормі. При УЗД патології органів плоду не виявлено. Народився здоровий хлопчик вагою 3200 г, довжиною 51 см, за шкалою Апгар – 7–8 балів, якому зараз 5 років.

При генеалогічному дослідженні виявлено, що від лейкемії у віці 50 років помер дядько пацієнтки по батьківській лінії. Природжених вад розвитку, бездітних шлюбів, самовільних викиднів в родині не виявлено.

Спостереження 2. У пацієнтки Т.М. 1982 р. н. від першої вагітності у віці 22 роки народився здоровий хлопчик, якому зараз 7 років. Менструальний цикл – 21 день (тривалістю 5–6 дні), регулярний, неболюче менархе з 14 років. Діагноз НХЛ поставлено у 2008 у віці 26 років. Проведено спленектомію та 6 курсів хіміотерапії. Весною 2011 року розвинувся рецидив хвороби з ураженням носоглотки. Проведено 3 курси поліхіміотерапії. При контрольному ЛОР-обстеженні ознак пухлин носоглотки не виявлено.

Друга непланована вагітність у тому самому шлюбі наступила в 2011 році через 4 місяці після завершення протирецидивного лікування. Зважаючи на думку чоловіка та інших членів родини, з пересторогою наступного рецидиву хвороби, жінка перервала цю вагітність у терміні 8 тижнів.

При генеалогічному дослідженні виявлено, що від раку шкіри у віці 73 роки померла бабуся по батьківській лінії. Природжених вад розвитку і самовільних викиднів в родині не виявлено. Бездітний шлюб протягом 15 років спостерігався у двоюрідного брата по лінії батька.

Спостереження 3. У пацієнтки Б.Н. 1978 р. н., у 32 роки під час першої планованої вагітності НХЛ діагностовано у II триместрі [9]. Менструальний цикл – 27 день (тривалістю 5–6 дні), регулярний, неболюче менархе з 14 років.

Враховуючи категоричну відмову жінки від переривання даної вагітності, тактика вибору лікування обмежилася проведенням телегаматерапії при збереженні вагітності. За згодою пацієнтки лікування було проведено у 2010 р. в терміні 21–26 тижнів вагітності:

20 курсів опромінення в дозі 40 Гр на праву половину носоглотки. У динаміці ультразвукової дослідження проведені в різні терміни не виявили патології плоду, а фетометричні дані відповідали терміну гестації.

Оскільки клінічні прояви негоджкінської лімфони носоглотки виявлено у II триместрі вагітності, то ризик тератогенної дії на плід пухлинного процесу є низьким і складає 1–2 %. Проведена телегаматерапія під час вагітності (21–26 тиждень) підвищує ризик виникнення нових мутацій, зокрема у соматичних клітинах плода до 1–2 %, а також появу дизморфічних (множинних) рис (фетопатій). Вагітній було повідомлено про можливий канцерогенний вплив на плід (1–2 %), а також ризик для перебігу вагітності (ризик народження дитини з низькою вагою, зниженим імунітетом та перинатальних втрат) із врахуванням загальнопопуляційного ризику – 5 %. Сумарний ризик щодо вродженої і спадкової патології в даній ситуації складав 8–11 %. Рішення жінки було пролонгувати вагітність і народжувати дитину.

У терміні вагітності 32 тижні проведено кесарський розтин, від якого народилася дівчинка вагою 2040 г, довжиною 45 см, за шкалою Апгар – 6–7 балів. При народженні в дитини діагностовано анемію I ступеня (109 g/L). У віці 1 рік дитина – практично здорова, росте і розвивається згідно віку.

При генеалогічному дослідженні виявлено, що від злоякісної пухлини шлунково-кишкового тракту у віці 50 років помер дядько пацієнтки по батьківській лінії. По лінії чоловіка у віці 70 років від раку внутрішніх органів померла тітка. Природжених вад розвитку, бездітних шлюбів, самовільних викиднів в родині не виявлено.

ВИСНОВКИ:

1. При медико-генетичному консультуванні потрібно враховувати особливості діагнозу, перебігу хвороби, репродуктивної функції у кожної жінки з негоджкінською лімфомою в анамнезі, оскільки в конкретному випадку може відрізнитися ставлення до планування і пролонгування вагітності.

2. Зважаючи на бажання жінки мати дитину, лікарі повинні приділяти велику увагу таким жінкам із онкологічною патологією для покращення їхнього репродуктивного анамнезу. Вагітність у такої категорії жінок повинна перебігати під наглядом онколога, акушер-гінеколога, генетика та інших фахівців.

3. Жінки з обтяженим онкологічним анамнезом повинні бути попереджені генетиком про можливий ризик виникнення нових мутацій у майбутньому потомстві, так як вони проходили специфічне протипухлинне лікування.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.

Оскільки медико-генетичне консультування носить рекомендаційний характер, то перспективи подальших досліджень полягають в індивідуальному підході до кожного випадку вагітності у жінок з онкопатологією в анамнезі та самостійному рішенні пацієнтки та її родини щодо пролонгування вагітності в таких ситуаціях.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. <http://www.moz.gov.ua/ua/portal>
2. Шмаков Р.Г., Демина Е.А. Тактика ведення вагітності при лимфомах // Практическая онкология. – 2009. – Т.10, №4. – С. 228–236.

3. Parva M./ Full-term pregnancy and vaginal delivery after treatment for non-Hodgkin's lymphoma of the cervix and lower uterine segment: a case report/Parva M, Lamb K, Savior DC et al. // J Obstet Gynaecol Can. – 2011. – V.33, № 6. – P. 620–624.

4. Oven Ustaalioglu B.B./ A retrospective analysis of women's chances to become pregnant after completion of chemotherapy: a single center experience/Oven Ustaalioglu BB, Bilici A, Kefeli U et al//J BUON. – 2011. – V.16, № 2. – P. 349–352.
5. Brewer M., Kueck A., Runowicz C.D. Chemotherapy in pregnancy // Clin Obstet Gynecol. – 2011. – V. 54, № 4. – P. 602–618.
6. Cohen J.B., Blum K.A. Evaluation and management of lymphoma and leukemia in pregnancy // Clin Obstet Gynecol. – 2011. – V.54, № 4. – P:556–566.
7. Suchova K./ Burkitt lymphoma in pregnancy--case report/Suchova K., Obrtlíkova P., Binder T. et al// Ceska gynecol. – 2010. – V.75, № 3. – P. 248–251.
8. Рак в Україні, 2009-2010. Бюлетень Національного канцер-реєстру України №12, Київ, 2011. – С. 75–71.
9. Кіцера Н.І., Гельнер Н.В., Осадчук З.В. Перебіг вагітності та пологів у жінки з негоджкінською лімфомою, діагностованою під час вагітності (випадок з практики) // "Актуальні питання акушерства і гінекології". – 2011. – №1. – С. 92–94.
10. de Wildt S., Taguchi N., Koren G. Unintended pregnancy during radiotherapy for cancer//. Nat Clin Pract Oncol. – 2009. – V.6, № 3. – P. 175–178.

Отримано 21.01.12 р.