

**Е.Е. Губернаторова**

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,  
Российская Федерация

## **Распространенность и риск поражений репродуктивной системы у женщин после терапии злокачественных новообразований задней черепной ямки и острых лимфобластных лейкозов в детстве**

**Актуальность.** Наиболее распространенными онкологическими заболеваниями детского возраста являются гемобластозы и опухоли центральной нервной системы. Применение комплексной терапии этих заболеваний может нанести вред репродуктивной системе женщины, поэтому требуется особый подход при обследовании данной группы пациенток.

**Цель исследования:** оценить распространенность и риски развития репродуктивных нарушений у женщин после терапии злокачественных опухолей задней черепной ямки (ЗЧЯ) и острых лимфобластных лейкозов (ОЛЛ).

**Пациенты и методы.** Обследовано 32 женщины от 16 до 30 лет. Лечение по поводу ЗЧЯ получали 17 женщин. Медиана возраста на момент постановки диагноза составила 11 лет [Ме 3–15].

Всем пациенткам проведено удаление опухоли, краниоспинальное облучение в дозе 34–35 Гр и полихимиотерапия (ПХТ). По поводу ОЛЛ пролечены 15 человек в возрасте [Ме] 9 лет [от 2 до 14], также получивших ПХТ и краниальное облучение в дозе 12 Гр. В группу сравнения вошли 15 здоровых женщин.

Пациентам проводилось определение уровней лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормона, пролактина, эстрадиола, антимюллерового гормона (АМГ), а также ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза.

**Результаты.** Только у 4 из 17 женщин после терапии ЗЧЯ был регулярный менструальный цикл, у 5 — олигоопсоменорея, у 4 — первичная аменорея, у 4 — вторичная. Медиана АМГ составила 0,16 нг/мл [Ме 0,038–1,7]. При УЗИ малого

таза отмечалось уменьшение объема яичников. У 3 женщин количество антральных фолликулов 6–8 в одном эхосрезе, у 8 — единичные фолликулы, у 6 — не обнаружены. После терапии ОЛЛ у 13 женщин установился регулярный менструальный цикл, у 2 — олигоопсоменорея, у 3 — альгодисменорея. Уровни ЛГ и ФСГ у всех в пределах нормы. Медиана АМГ — 4,55 нг/мл [Ме 0,96–9,2]. У всех пациенток после ОЛЛ объем яичника более 2,5 мл, количество антральных фолликулов превышало 8–10.

Нарушения менструальной функции выявлялись у 18 (56,25%) женщин из 32. После терапии 30 ЗЧЯ абсолютный риск (АР) нарушения менструального цикла составил  $76,4 \pm 10,9\%$ , относи-

тельный риск (ОР) был в 11,4 раза выше, чем в группе здоровых женщин. АР аменореи после 30 ЗЧЯ —  $47 \pm 23,7\%$ . АР снижения овариального резерва в возрасте до 27 лет после опухолей ЗЧЯ —  $94,1 \pm 11,2\%$ , а ОР — 14,1. АР нарушения менструальной функции после ОЛЛ —  $13,3 \pm 17\%$ . ОР нарушения менструальной функции был в 2 раза выше, чем в контрольной группе.

**Заключение.** Терапия 30 ЗЧЯ в 76,5% случаев приводит к поражению репродуктивной системы молодых женщин, а также значительно повышает АР развития аменореи, снижения овариального резерва. Терапия ОЛЛ повышает АР и ОР нарушения менструального цикла у женщин.

О.Г. Желудкова

Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва, Российская Федерация

## Прогностические факторы у пациентов с атипичной тератоид-рабдоидной опухолью центральной нервной системы

48

**Актуальность.** Атипичная тератоидно-рабдоидная опухоль (АТРО) является злокачественной с агрессивным поведением, встречается чаще у детей младшего возраста.

**Цель исследования:** оценить прогностические факторы у пациентов с АТРО.

**Пациенты и методы.** Мы оценили прогностические факторы у 43 больных с АТРО, которые наблюдались нами с 2005 по 2012 г. Медиана возраста составила 22 мес (разброс 2 мес – 15 лет). Преобладали пациенты младше 3 лет — 28 (65%), старше 3 лет — 15 (35%) больных. Мальчиков было 20, девочек — 23. Инфратенториальная локализация опухоли выявлена у 21 (48,8%) пациента, инфратенториальная локализация и в почке — у 2 (4,7%), супратенториальная — у 20 (46,5%). С М0 стадией были 24 (55,8%) пациента, у 11 (25,6%) инициально выявлены метастазы или опухолевые клетки в ликворе, у 8 (18,6%) — стадия заболевания не уточнена. Лечение по протоколу АТРО-2006 получили 24 (55,8%) пациента, 8 (18,6%) больных лечились по протоколу CWS, 4 (9,3%) — по HIT-SKK, у 7 (16,3%) больных лечение было непротокольным.

**Результаты.** Живы 13 (30,2%) больных, умерли 30 (69,8%), из них 26 от прогрессирования болезни, 4 — от токсических осложнений полихимиотерапии (ПХТ). С прогрессирова-

нием болезни живы 3 больных. Выживаемость без прогрессирования составила  $30 \pm 0,06\%$ , общая выживаемость —  $38 \pm 0,06\%$ . Медиана выживаемости — 18 мес, медиана выживаемости без прогрессирования болезни — 12 мес, медиана наблюдения — 14 мес (2–89 мес). Выживаемость достоверно лучше была у больных старше 3 лет по сравнению с пациентами младше 3 лет — 53 и 14%, соответственно ( $p = 0,004$ ); при тотальной резекции опухоли по сравнению с субтотальным удалением и частичной резекцией — 55; 31 и 12%, соответственно ( $p = 0,015$ ); при локальном (50%) и краниоспинальном (35%) облучении по сравнению с необлученными пациентами (0%;  $p = 0,033$ ); при М0-стадии по сравнению с М+ стадией — 37 и 0%, соответственно ( $p = 0,007$ ). Мультиmodalная терапия по протоколу АТРО-2006 имела лучшую выживаемость (43%) по сравнению с протоколами CWS (12%) и HIT-SKK (18%);  $p = 0,01$ . Выживаемость лучше была при инфратенториальной локализации по сравнению с супратенториальной — 44 и 11%, соответственно ( $p = 0,74$ ). Не выявлено достоверного влияния пола на выживаемость пациента.

**Заключение.** На прогноз достоверно влияли возраст пациента, объем операции, программа ПХТ, наличие лучевой терапии и метастазирование при установлении диагноза.