

## ИЗМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЛИМФОМАМИ

Е.Е. ПАК, Е.М. ФРАНЦИЯНЦ, И.Б. ЛЫСЕНКО, В.В. ДМИТРИЕВА, Е.А. КАПУЗА

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,  
г. Ростов-на-Дону*

**Актуальность.** В России неходжкинские лимфомы (НХЛ) у детей составляют до 8% в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. Лимфомы Ходжкина составляют примерно 30 % от общего числа лимфом. В настоящее время для лечения злокачественных лимфом используются стандартные схемы химиотерапии (ХТ) и лучевая терапия, что часто приводит к эндокринным нарушениям, для детей и подростков это наиболее актуальная проблема. Если химиолучевая терапия проводится в младшем возрасте, часто отмечается отставание в росте, задержка физического развития. Если лечить ребенка в подростковом возрасте, у девочек наблюдаются нарушения менструальной функции, у мальчиков гинекомастия, нарушения сперматогенеза, полового созревания. После проведенной лучевой терапии, при дозах облучения более 35 Гр может развиваться дефицит лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), тиреотропного гормона (ТТГ) и адренокортикотропного гормона (АКТГ). Чаше это приводит к центральному гипогонадизму и гипотиреозу. Воздействие ХТ и облучения на гонады является полостецифичным. У женщин для продукции половых гормонов необходимы функционирующие ооциты, поэтому на фоне лечения страдает как фертильность, так и продукция половых стероидов. У мужчин продукция тестостерона не зависит от функционирования герминативных клеток. Также различается и чувствительность герминативного эпителия к терапии между полами.

**Цель исследования.** Изучить гормональный статус детей и подростков с лимфомами до начала химиолучевого лечения и после проведения терапии.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 26 детей и подростков с впервые установленным диагнозом злокачественной

лимфомы. Из них 14 мальчиков в возрасте 12–20 лет (медиана 16,6 года). С лимфомой Ходжкина (ЛХ) 12 больных, с НХЛ2 больных со II, III, IV стадиями. Также наблюдалось 12 девочек в возрастной группе 14–20 лет (медиана 17,8 года). Среди них 8 девочек с ЛХ и 4 пациента с НХЛ со II, III, IV стадиями. Все больные с ЛХ получали химиотерапию по схемам ВЕАСОРР, МIV, программе DAL-HD-90 и лучевую терапию на зоны поражения (по 36 Гр на зону, разовая доза – 1,8–2 Гр). Пациентам с НХЛ проводилась терапия по программе NHL-BFM-90, СНОЕР. Клинико-гормональное обследование включало в себя: 1) всем больным проводилось исследование гормонов крови при поступлении, до химиотерапии, после проведенной ПХТ (от 6 до 8 курсов) и после лучевой терапии; исследовали уровень эстрадиола, пролактина, прогестерона, тестостерона, ЛГ, ФСГ; 2) оценивалось развитие вторичных половых признаков; 3) у девочек оценивали менструальный календарь.

**Результаты.** Анализ полученных данных показал, что у большинства мальчиков (у 10 из 14) еще до начала лечения снижен уровень тестостерона в 2–3 раза от возрастной нормы. Причем после проведения химио- и лучевой терапии показатели гормонов оставались низкими. Лишь у двух пациентов отмечалось снижение тестостерона в крови после проведенной ХТ (6 курсов ВЕАСОРР), до начала лечения показатели соответствовали норме. Также обратили на себя внимание высокие показатели эстрадиола в крови (более 550 pmol/l), в 3 раза выше возрастной нормы, что было выявлено у 7 мальчиков. После облучения у 4 мальчиков наблюдалось увеличение количества ФСГ (более 23,1 МЕ/л). У 3 из 14 мальчиков обнаруживалось отсутствие или слабое развитие вторичных половых признаков, в крови у этих больных первично низкий уровень тестостерона. Содержание других гормонов, пролактина, прогестерона, лютеинизирующего

гормона в крови у мальчиков соответствовало нормам. У девочек со стороны половых гормонов также выявлены изменения до начала и после химиолучевого лечения. Низкие показатели эстрадиола в крови выявлены у 4 из 12 девочек до проводимой ХТ, этот же уровень сохранялся и после лечения. У 3 пациентов, получивших 6-8 курсов ХТ, определялось повышение уровня тестостерона (более 5 нмоль/л). У 2 из 12 девочек выявлено слабое развитие вторичных половых признаков. Во время проведения химиотерапии у

больных с гипоэстрогемией отмечалось нарушение менструальной функции – от нарушения цикла до аменореи. Показатели пролактина, прогестерона, ЛГ, ФСГ не были изменены у данной группы больных.

**Выводы.** Установлено, что больные лимфомами имеют значительные нарушения полового созревания, функции гонад еще до начала лечения, выявлено у 18 больных (69%). А после химиолучевого лечения в 57% случаев развиваются эндокринные нарушения.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТИМОДЕПРЕССИН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Л. ПАЛИЙ, Л.Ю. ВЛАДИМИРОВА, А.Э. СТОРОЖАКОВА, Н.А. АБРАМОВА

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий», г. Ростов-на-Дону*

**Актуальность.** Проведение многокурсовой полихимиотерапии у больных раком молочной железы часто осложняется развитием гранулоцитопений.

**Цель исследования** – проанализировать возможности применения тимодепрессина для профилактики гранулоцитопении при проведении химиотерапии.

**Материал и методы.** В исследование включено 16 больных местно-распространенным и диссеминированным раком молочной железы, которым были применены антрациклинсодержащие комбинации химиотерапии, имевших лейкопению I–III степени в анамнезе после предшествующих курсов химиотерапии. Пре-

парат применяли у всех пациенток в течение 5 дней в дозе 1 мл 0,1% раствора, начиная за сутки до начала курса химиотерапии.

**Результаты.** У 75% (12) больных после химиотерапии, проводившейся на фоне применения тимодепрессина лейкопения не отмечалась, у 25% пациенток отмечалась преходящая лейкопения I степени.

**Выводы.** Полученные нами результаты показывают, что применение тимодепрессина при проведении курсов цитотоксической терапии позволяет значительно сократить количество гематологических осложнений, что позволяет рекомендовать его для клинического применения.

## СПОСОБ ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ «НИЗКОМ» РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

И.В. ПАНКРАТОВ, А.П. КОШЕЛЬ, Н.В. СЕВОСТЬЯНОВА

*НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова ГОУ ВПО СибГМУ, г. Северск*

**Актуальность.** Брюшно-промежностная экстирпация до недавнего времени являлась операцией выбора при опухолях нижне-, средне-, а зачастую и верхнеампулярных отделов прямой

кишки. Однако выполнение данной операций приводит к стойкой инвалидизации и снижению качества жизни больного. Достигнув определенного радикализма, исследователи во всем