

О. И. Тарасова

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРСОМАТОТРОПИЗМОМ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. А. П. Шепелькевич

Кафедра эндокринологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В статье приведены результаты ретроспективного контролируемого исследования с оценкой антропометрических, лабораторных и инструментальных параметров 56 человек с гиперсоматотропизмом (17 мужчин и 39 женщин), результаты эффективности проведенной трансфеноидальной аденомэктомии, а так же эффективность от использования аналогов соматотропина.

Ключевые слова: акромегалия, трансфеноидальная аденомэктомия, гормон роста.

Resume. The article presents the results of a retrospective controlled study of anthropometric, laboratory and instrumental parameters of 56 patients with acromegaly (17 men and 39 women), results of effectiveness of transsphenoidal adenectomy, and also the effectiveness of the use of growth hormone analogues.

Keywords: acromegaly, transsphenoidal adenectomy, growth hormone.

Актуальность. Акромегалия – это заболевание, которое характеризуется избыточной секрецией гормона роста (или его повышенной активностью), большим количеством ассоциированных заболеваний и высокой летальностью. Заболевание проявляется у лиц с завершенным физиологическим развитием и характеризуется патологическим диспропорциональным периостальным ростом костно-суставного аппарата, мягких тканей, внутренних органов, а также нарушением функционального состояния сердечно-сосудистой, легочной системы, различных видов метаболизма, периферических эндокринных желез.

Частота встречаемости составляет 40-125 случаев на 1 млн населения. Ежегодный прирост составляет 4-5 случаев на 1 млн населения в год. Более чем в 99% случаев причиной ГСТ является аденома гипофиза, продуцирующая соматотропный гормон (СТГ). Без лечения значительно сокращает продолжительность жизни. Смертность среди больных с акромегалией в 10 раз выше, чем в общей популяции. Основными причинами, приводящими к такому исходу, являются поражения сердечно-сосудистой системы и различных видов метаболизма.

Цель: проанализировать динамику клинико-лабораторных и инструментальных параметров у пациентов с гиперсоматотропизмом в ходе использования различных лечебных технологий.

Задачи:

1. Проанализировать динамику лабораторных параметров у группы пациентов, получавших оперативное лечение.
2. Оценить эффективность проведения трансфеноидальной аденомэктомии.
3. Оценить эффективность использования аналогов соматостатина, учитывая

лабораторные показатели.

Материал и методы. На базе ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения» были проанализированы медицинские карточки 56 пациентов с акромегалией (17 мужчин и 39 женщин), из которых во внимание принимались: антропометрические данные (масса тела, рост, ИМТ), данные анамнеза, гормональные показатели (СТГ, ИФР-I, АКТГ, кортизол, пролактин, тироксин), МРТ головного мозга.

Результаты и их обсуждение. В исследуемой группе было 17 мужчин и 39 женщин. Средний возраст пациентов составил 53,8 (\pm 12,8). Рост 169,4 (\pm 9,9). Масса тела 83,8 (\pm 16,4). ИМТ 29,28 (\pm 2,9). По характеристике заболевания следует сказать, что на момент изучения карточек средняя продолжительность заболевания составила 4,8 лет. Так же, что у 37 (34%) пациентов диагностирована микроаденома, у 19 (66%) – макроаденома. Лабораторные данные на момент установления диагноза: СТГ = 6,88 (3,3 - 13,7), Т4 свободный = 12,55 (9,04 - 14,55), ИФР-1 = 510,9 (323,25 - 704,5), кортизол = 280,6 (192,3 - 366,8), АКТГ = 9,5 (7,15 - 12,25), пролактин = 8,17 (3,7 - 11,1). Диагностически значимыми являются увеличения показателей СТГ и ИФР-1.

Лечение акромегалии согласно консенсусу Американской ассоциации клинических эндокринологов, проводится следующим образом: если установлен диагноз акромегалия, есть 2 варианта дальнейшего развития событий. 1 вариант – хирургическое лечение, на сегодняшний день являющееся основным методом лечения акромегалии. Пациенту выполняется трансфеноидальная аденомэктомия и далее он находится под наблюдением с постоянным контролем уровня ИФР-1 и СТГ в крови. Если же у пациента существует риск развития серьезных постхирургических осложнений или диагноз звучит как макроаденома с инвазией в кавернозный синус, то пациенту вместо хирургического лечения назначается консервативное лечение аналогами соматостатина. После этого, если хирургический риск исчезает, пациенту выполняется хирургическое лечение, если же противопоказания все еще присутствуют, то он продолжает получать аналоги соматостатина под контролем СТГ и ИФР-1.

В исследуемой группе 45 пациентам было проведено оперативное лечение (трансфеноидальная аденомэктомия), что составило 80% от общего числа пациентов. Из них до 2011 года было прооперировано 29 пациентов (64.5%). После 2011года произошли изменения по оказанию нейрохирургической помощи, внедрены новые технологии, и уже по новым методикам было прооперировано 16 пациентов (35.5%). Что касается результатов лечения: у 21 (46%) пациента из 45 возникла резидуальная соматотропинома. При этом из 29 пациентов, прооперированных до 2011 года, она возникла у 13, из 16 пациентов, прооперированных после 2011, - у 8. Следует отметить, что процент остаточной ткани остается высоким.

Инновационным направлением в лечении акромегалии является использование аналогов соматостатина (Сандостатин ЛАР) - длительно действующих синтетических препаратов. Каковы же их преимущества? Введение 1 раз в месяц позволяет

поддерживать стабильную концентрацию гормонов в плазме крови. Эффективен и в первой линии терапии, и у пациентов ранее уже получавших хирургическое лечение, радиотерапию. Значительно уменьшает размеры опухоли гипофиза. Возможности применения: предоперационная подготовка, первичная терапия при отказе от операции или наличии противопоказаний, терапия в послеоперационном периоде, если хирургическое лечение неэффективно.

Отдельно были проанализированы параметры группы пациентов, получающих аналоги соматостатина. В группу вошли 6 мужчин и 11 женщин. Средний возраст пациентов составил 46,7 ($\pm 13,2$). Рост 169,5 (± 12). Масса тела 81,2 (± 13). ИМТ 28,1 ($\pm 2,9$).

Средняя длительность заболевания в группе составила 4,5 года. Резидуальная соматотропинома после проведенного ранее хирургического лечения наблюдалась у 9 пациентов (53%).

Из 17 пациентов 14 уже ранее было проведено оперативное лечение (82%), 7 – лучевая терапия (41%), 7 – лучевая терапия в сочетании с хирургическим лечением (41%).

Что касается лабораторных показателей в данной группе: на момент начала терапии уровень СТГ составлял 5,5 (3,6 – 27) нг/мл и, спустя 6 месяцев, получено его достоверное снижение до 3,8 (2,1-8) нг/мл. Уровень ИФР-1 на момент начала терапии составлял 578 (413,8 – 1006,1) нг/мл и, спустя 6 месяцев, так же получено его достоверное снижение до 345,3 (178,8-504) нг/мл.

Выводы:

1 По данным проведенного исследования после проведения хирургического лечения резидуальная ткань через 6 месяцев при проведении МРТ обнаружена у 21 пациента из 45 прооперированных, что составило 46%, что свидетельствует о высокой частоте встречаемости остаточной ткани после хирургического лечения.

2 Назначение аналогов соматостатина ассоциировано с высокой эффективностью лечения гиперсоматотропизма, что следует из лабораторных показателей пациентов: получено достоверное снижение уровня СТГ спустя 6 месяцев после начала терапии с 5,5 (3,6 – 27) нг/мл до 3,8 (2,1-8) нг/мл и уровня ИФР-1 с 578 (413,8 – 1006,1) нг/мл до 345,3 (178,8-504) нг/мл.

O. I. Tarasova

THE ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF DIFFERENT MEDICAL TECHNOLOGIES IN PATIENTS WITH GIPERSOMATOTROPIZMOM

Tutor Professor A. P. Shepelkevitch,

Department of Endocrinology,

Belarusian State Medical University, Minsk

70-я Международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных
"Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2016"

Литература:

1. Adapted from Colao A, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2001
2. American Association of Clinical Endocrinologists (AACE), Endocrine Practice. 2011. Vol.17 (Suppl 4) pages 1-18.
3. Dekkers O.M., Biermasz N.R., Pereira A.M. et al. Mortality in acromegaly: a metaanalysis The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2008. -Vol.93. -№1.-P.61-67.
4. Holdaway I.M., Rajasoorya R.C., Gamble G.D. Factors influencing mortality in acromegaly The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2004. -Vol.89. - №11. - P.667-674.
5. Melmed S. Medical progress: Acromegaly. The New England journal of medicine. 2006. - VoL355. - №24. -P.2558-2573.
6. Newman CB, et al. J Clin Endocrinol Metab.. 1998