

Мухина Е. С.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПУСТОГО ТУРЕЦКОГО СЕДЛА

Научный руководитель канд. мед. наук, ассист. Дыдышко Ю. В.

Кафедра эндокринологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Несмотря на первое упоминание W. Busch термина «пустое турецкое седло» (далее по тексту – ПТС) ещё в 1951 году, по сегодняшний день в литературе под термином ПТС подразумевают отличные друг от друга нозологические формы. На ранней стадии изучения синдрома ПТС основная этиологическая роль отводилась фактору повышения внутричерепного давления. В настоящее время всё чаще исследователи рассматривают данный синдром как аутоиммунное заболевание, клинически проявляющееся эндокринными отклонениями и подтверждаемое характерной гистологической картиной. Распространение визуализации головного мозга повлекло рост количества выявленного синдрома ПТС. По данным S. Chiloiro, при визуализации общая частота встречаемости ПТС составляет около 12%, при этом отсутствуют согласованные, однозначные алгоритмы ведения таких пациентов, что определяет направление научных исследований и практических разработок.

Цель: определить клинические и лабораторно-инструментальные параметры у пациентов с ПТС для выделения специфических особенностей патологии и определения рекомендаций по тактике ведения пациентов.

Материалы и методы. Проведён клинический осмотр пациентов, анализ данных медицинской документации пациентов с ПТС, выполнен детальный обзор и сравнительный анализ доступных литературных источников (PubMed, eLIBRARY.RU, Cochrane.org). Отбор пациентов проводился по обращаемости в УЗ «Минский городской клинический эндокринологический диспансер» в период с октября 2021 года по февраль 2022.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования проанализированы данные трёх клинических случаев с МР-признаками ПТС, 2 женщины и мужчина, что согласуется с данными литературы о более частой встречаемости патологии среди женщин (4:1).

Пациентка А., 54 года обратилась с жалобами на быструю утомляемость, снижение памяти, головную боль и головокружение. Менопауза с января 2021 г., ИМТ 35,8 кг/м², АД 180/100 мм.рт.ст. После КТ головного мозга был выставлен диагноз «киста турецкого седла?», учитывая диагностические ограничения метода, дополнительно проведено МРТ гипофиза и подтверждено ПТС. При дообследовании выявлена гипоплазия ЩЖ (объем 2,9 мл), снижение периферических фракций гормонов ЩЖ (Т4 св. – 12,98 пкмоль/л) при нормальном содержании ТТГ (2,24 мкМЕ/мл), что может указывать на наличие центрального субклинического гипотиреоза. Для подтверждения диагноза необходима проба с рилизинг-гормоном, препараты которого в настоящее время не зарегистрированы в Беларуси.

Пациентка О., 47 лет. В течение 20 лет синдром вторичного ПТС (последствие апоплексии аденомы гипофиза) со стойкой гиперпролактинемией, по поводу которой постоянно принимала каберголин 2,5 таблетки в неделю до прекращения менструаций (январь 2021 г.). На январь 2022 г. пролактин 251 мкМЕ/мл, ТТГ 3,01 мкМЕ/мл, Т4 св. 21,11 пмоль/л (на фоне приёма 75 мкг левотироксина). Беременность и естественные роды в 2004 г.

Пациент Ю., 26 лет. МР-признаки частично ПТС. Ожирение 3 ст. (ИМТ 42.82 кг/м²). Вторичный гипогонадизм (эстрадиол 48,99 пг/мл; тестостерон 2,12 нг/мл). Первичный гипотиреоз, медикаментозная компенсация (ТТГ 2,00 мкМЕ/мл на 62,5 мкг левотироксина).

Выводы. Синдром ПТС – самостоятельная клиническая нозология с характерными структурными изменениями гипофиза, сочетающаяся с соответствующими клинико-лабораторными проявлениями, в том числе патологией ЩЖ, гиперпролактинемией, ожирением. Для оптимизации ведения пациентов целесообразен сбор и систематизация данных пациентов с ПТС, базовая диагностическая оценка у субклинических пациентов.