

го уровня гликированного гемоглобина у всех пациентов на разных этапах была проведена коррекция сахароснижающей терапии. В результате через 2 года наблюдения 2 человека получали инсулинотерапию (базальный инсулин + инсулин короткого действия), 11 пациентов получали терапию препаратами сульфонилмочевины + метформин, 7 пациентам проводилась комбинированная терапия (препараты СМ+метформин+инкретины).

Средний уровень гликированного гемоглобина у пациентов, получающих инсулин, составил 7,9 %.

Добавление метформина к препаратам сульфонилмочевины позволило снизить гликированный гемоглобин на 0,6 % и он в среднем составил 8,2 %.

У пациентов, которым проводилось лечение с использованием инкретинов, гликированный гемоглобин в среднем составил 6,9 %, т.е. снизился на 1,9 %.

Вывод

В реальной амбулаторной практике регулярно проводится коррекция сахароснижающей терапии, но целевые значения гликированного гемоглобина в большинстве случаев не достигаются. В основном используются препараты сульфонилмочевины, метформин, базальный инсулин, инсулин короткого действия, т.е. те препараты, которые входят в стандартный перечень льготных препаратов для больных сахарным диабетом. Использование инкретинов в лечении сахарного диабета в комбинации с препаратами сульфонилмочевины и метформином позволило достичь лучших результатов в достижении компенсации углеводного обмена. Вероятно, это связано с комплексным действием лекарственных препаратов на разные звенья патогенеза сахарного диабета.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ГИПОФИЗА

Сизова Е.Г., Васьков В.М., Шамов А.Ю., Лещинский А.В.

*ГБОУ ВПО Уральская Государственная Медицинская академия
Минздрава России, МАУ ГКБ №40, г.Екатеринбург*

Актуальность.

Хирургическое лечение аденом гипофиза в городе Екатеринбурге начали проводить с 2006 года, отдаленные же результаты этого лечения неизвестны. Под опухолями аденогипофиза понимают – опухоли, исходящие из передней доли гипофиза. Они могут быть злокачественными и доброкачественными.

От 22 до 30 % всех внутричерепных опухолей составляют аденомы гипофиза. В основном аденома гипофиза обнаруживается у лиц в возрасте 20-40 лет, у женщин несколько чаще. Аденомы гипофиза могут сочетаться

с опухолями, исходящими из других желез внутренней секреции и клеток АПУД- системы. В зависимости от размера различают микроаденомы (диаметр меньше 10 мм) и макроаденомы гипофиза, которые могут существенно различаться по клиническому течению и реакции на различные виды терапии. Аденомы гипофиза чаще являются солидными опухолями с хорошо различимой капсулой (однако у микроаденом капсула менее выражена или даже совсем отсутствует). У большинства аденом гипофиза нет морфологических признаков злокачественности, однако многие из них проявляют склонность к прорастанию в твердую мозговую оболочку головного мозга и окружающие гипофиз структуры.

Современная классификация аденом гипофиза основывается на сопоставлении клинической симптоматики и величин концентрации тропных гормонов в крови с иммунно-гистохимической и электронно-микроскопической характеристикой опухоли. Различают гормонально – активные и гормонально – неактивные аденомы гипофиза. Гормонально – неактивные аденомы гипофиза (синоним: онкоцитомы, ноль-клеточные опухоли) одни из наиболее часто встречающихся (25-43%) среди всех опухолей гипофиза, не сопровождающиеся клиническими симптомами гиперкортицизма, акромегии и тиреотоксикоза, и до появления симптомов, связанных с воздействием большой опухоли на окружающие ее структуры, являются клинически «немыми» опухолями. Гормонально – активные продуцируют тропные гормоны гипофиза; развитие подобных опухолей указывают повышение концентрации этих гормонов в сыворотке крови и наличие выраженного клинического синдрома, являющегося следствием гиперпродукции того или иного гормона. К гормонально – активным относят пролактиномы, соматотропиномы, кортикотропиномы, тиреотропиномы, гонадотропиномы и др.

Около половины всех гормонально – активных опухолей составляют пролактиномы. Примерно у 1/3 больных с аденомами гипофиза диагностируют соматотропиномы, относительно нечасто встречаются смешанные опухоли- пролактосоматотропиномы и пролактокортикотропиномы. Остальные аденомы гипофиза относятся к редко встречающимся опухолям.

Цель.

Изучить отдаленные результаты хирургического лечения аденом гипофиза, провести скрининг на наличие каких либо проявлений гипофизарной недостаточности, оценить связь установленных нарушений с клинико – лабораторными данными у пациентов.

Задачи исследования: изучение частоты встречаемости гипофизарной недостаточности у пациентов после хирургического лечения.

Материалы и методы: В период с 2010 по 2012 годы прооперировано по регистру 99 пациентов, всем разослана подробная анкета с вопросами (ответы прислали 18 человек), исследование проведено по 54 историям болезни

нейрохирургического отделения МАУ ГKB №40; все пациенты оперированы транссфеноидальным доступом; среди оперированных аденом гипофиза у 72(73%) пациентов по МРТ обнаружена макроаденома, у 6(6%) пациентов микроаденома, у 9(16,6%) пациентов отмечался рецидив опухоли.

Возраст пациентов от 24 лет до 61 года, среди них 36 женщин и 18 мужчин.

Клинические симптомы до операции: хиазмальный синдром проявился у 45 пациентов(83%), у 37(68%) отмечался цефалгический синдром, у 5(9,2%) женщин нарушение или отсутствие месячных, у 10(18,5%) изменение внешности(увеличение размеров кистей и стоп), у 2(3,7%)- прибавка в весе, у 1(1,8%) нарушение носового дыхания, у 6(11,1%) пациента отмечалось повышенное давление.

При осмотре гормонального статуса пациентов у 14(26%) отмечалось повышение уровня пролактина(макс. До 2128,0 мМЕ/л), у 4(7,4%) повышение СТГ и у 2(3,7%) ИФР-1, у 4(7,4%) повышенный кортизол, у 2(3,7%) сниженный тестостерон, у 1(1,8%) снижение ФСГ+ЛГ, у 2(3,7%) повышенный ТТГ, у 1(1,8%) отмечалось повышение ДГЭА.

По биохимическому анализу у 6(11,1%) пациентов отмечалось снижение уровня калия, у 3-х натрия, у 9 пациентов (16,6%)повышение уровня глюкозы крови(НТГ, СД в анамнезе).

Гистологически у 42 пациентов(78%) – это хромофобная аденома, у 2 четко недифференцированная опухоль из светлых клеток(3,7%), у 1- эозинофильная аденома(1,8%).

По МРТ картине опухоль у 34(63%) располагалась супраселлярно, у 26(48%) параселлярно, у 12(22%) инфраселлярно, у 15(28%) эндоселлярно, у 3(5,5%) экстраселлярно, у 14(26%) интраселлярно.

Неактивная опухоль обнаружена у 48 пациентов(89%), активная у 6(11,1%).

СТГ- продуцирующая аденома выявлена у 7 пациентов(17,9%), ПРЛ- продуцирующая у 5 (9,3%), кортикотропинома у 4 пациентов(7,4%), пациенты с развитием несахарного диабета -3(5,5%), пациенты получающие ЗГТ-5(9,3%), послеоперационный гипопитуитаризм у пациентов с рецидивами аденом- 7(12,9%).

Из проведенного анкетирования получены следующие данные:

Все исследуемые оперированы по поводу аденомы гипофиза(100%), после операции все обращались к эндокринологу(100%); всем проводился МРТ- контроль и другие обследования, у 15(83%) пациентов отмечаются проявления парциального(частичного) гипопитуитаризма- развитие вторичного гипотиреоза(снижение уровня ТТГ, выпадение волос на голове) и соматотропной недостаточности(прибавка в весе на 20 кг, апатия, агрессия, снижение самооценки) или развитие СТГ- недостаточности и вторичного гипокортицизма(обмороки, снижение артериального давления до 80/40 мм.рт.ст.) или гонадотропной недостаточности(снижение либидо, отсутствие волос на теле; у 2-х изолированный гипопитуитаризм(11,1%)- раз-

вите вторичного гипотиреоза(снижение уровня ТТГ), и соматотропной недостаточности(мышечная слабость, прибавка в весе).

Все пациенты, нуждающиеся в ЗГТ получают ее.

Пациентов с гипопитуитаризмом можно выделить в 2 группы:

1. Группа с легкой степенью гипофизарной недостаточности: 6 пациентов(33,3%)- головные боли, головокружения; 2 пациентов с проявлениями артериальной гипотензии(11,1%);

2. Группа со средне- тяжелой степенью гипофизарной недостаточности: 10 пациентов с проявлениями развития вторичного гипотиреоза, гипокортицизма, соматотропной или гонадотропной недостаточности(55,5%).

Выводы:

1. По данным анкетирования у 18(100%) выявлены проявления гипофизарной недостаточности; с легкой степенью 8(44,4%) пациентов, со средне- тяжелой 10(55,5%) пациентов.
2. Все пациенты компенсированы, сохранена способность к трудовой деятельности, социально реабилитированы.
3. Пациентам, после хирургического лечения по поводу аденом гипофиза, необходим строгий диспансерный контроль, для своевременного выявления и лечения проявлений гипофизарной недостаточности
4. У 10(55,5%) пациентов не выполнен стандарт обследования.
5. Пациент должен быть предупрежден о результатах проводимого хирургического лечения и сотрудничать с врачом.

Список литературы

1. Академик РАН и РАМН И.И.Дедов, член-корреспондент РАМН Г.А. Мельниченко, Эндокринология, национальное руководство, Москва, 2012г, стр.595-607.
2. А.Ю.Григорьев, В.Н.Азизян Эндоскопическая хирургия аденом гипофиза, М-2011г., стр.24-46.
3. М.Л.Кирилук, д.м.н., профессор кафедры факультативной терапии Одесского государственного медицинского университета, руководитель группы восстановительного лечения эндокринных заболеваний Украинского НИИ медицинской реабилитации и курортологии МЗ Украины. Статья: Аденомы гипофиза: современные возможности лечения. Медицинская газета «Здоровье Украины»2001-2013, номер 2/1 за февраль 2008г., стр.29-30.
4. <http://w.w.w.medzapros.ru>- Гипопитуитаризм.
5. <http://medicedu.ru>
6. <http://endokrynologia.narod.ru>
7. <http://dic.academic.ru>