ЭНДОКРИННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕДУЛЛОБЛАСТОМ В ДЕТСКОМ И МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

¹Павлова М.Г., ¹Сыч Ю.П., ²Боброва Е.И., ³Губернаторова Е.Е., ¹Целовальникова Т.Ю., ⁵Мазеркина Н.А.,
⁴Желудкова О.Г., ¹Голоунина О.О., ¹Матевосян Т.А.

¹ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва

²МСЧ 95 ЦМСЧ 119 ФМБА России, Москва

³Больница Центросоюза Российской Федерации, Москва

⁴ГБУЗ НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Москва

⁵ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Москва

ЦЕЛЬ: оценить распространенность эндокринных нарушений после комплексного лечения медуллобластомы (МБ) у пациентов разных возрастных групп.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: обследовано 80 пациентов (37 мужчин; 43 женщины), перенесших оперативное лечение МБ мозжечка с последующим краниоспинальным облучением (КСО) и полихимиотерапией (ПХТ) или без нее. В I группу вошли 52 пациента, которым лечение проводилось до 16 лет. Возраст на момент лечения составил 11 лет [9;14], возраст на момент обследования 20 лет [19;22,5], продолжительность ремиссии 10 лет [7;13]. II группа — 28 пациентов, получивших лечение от 17 до 48 лет. Возраст на момент лечения 25 лет [21,5;30,5], на момент обследования 27 лет [25;33,5], продолжительность ремиссии 3 года [2;6].

Проведено определение гормонов крови, УЗИ щитовидной железы (ЩЖ) с тонкоигольной аспирационной биопсией (ТАБ) при выявлении узловых образований. Для исключения надпочечниковой и соматотропной недостаточности проведен тест с инсулиновой гипогликемией или глюкагоном.

РЕЗУЛЬТАТЫ: СТГ-дефицит выявлен у 47 пациентов (73,4%), гипотиреоз у 44 (57,1%), узловой зоб у 15 (20,8 %). В 3-х случаях (I группа) обнаружен рак ЩЖ (фолликулярный и папиллярный), потребовавший проведение тиреоидэктомии. Гипогонадизм выявлен у 51 пациента (71,8 %), вторичная надпочечниковая недостаточность у 29 из 64 обследованных (46%), нарушение толерантности к глюкозе у 4-х (6,6 %). Отмечалась взаимосвязь между возрастом на момент лечения и частотой гипотиреоза: шансы его развития увеличивались в 3,52 раза (95% ДИ: 1,67–7,39) при лечении в возрасте до 16 лет. Выявлена связь между длительностью ремиссии и рисками развития дефицита функции гипофиза и ЩЖ: через 5 и более лет ремиссии риск СТГ — недостаточности возрастал в 3,42 раза (95% ДИ: 1,01–11,64), а риск гипотиреоза — в 9,42 раза (95% ДИ: 2,88–30,6). У пациентов получивших КСО в дозе более 35 Гр риск гипотиреоза повышался в 1,96 раз (95% ДИ: 1,18–3,26). ПХТ (4 и более курсов) увеличивала риск развития гипогонадизма в 3,63 раза (95% ДИ: 1,163–11,36).

ВЫВОДЫ: лучевая и ПХТ МБ приводит к большому количеству эндокринных расстройств. Чаще всего развивается дефицит СТГ и гипотиреоз. При длительном наблюдении отмечается нарастание выраженности эндокринных изменений, что требует динамического обследования у эндокринолога с целью своевременного выявления и коррекции нарушений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: злокачественные новообразования; медуллобластома; СТГ-дефицит; гипогонадизм; гипотиреоз; отдаленные последствия.