БОЛЕЗНЬ ИЦЕНКО–КУШИНГА. ТРУДНЫЕ ШАГИ К ДИАГНОЗУ

Шандалова И.В., Шимохина О.Н., Матвеева И.А., Руденко Т.Ю., Гржибовская О.Я.

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н. Бурденко», Пенза

ЦЕЛЬ: оценить возможности достижения ремиссии при своевременной диагностике, использовании новых методов лечения при болезни Иценко–Кушинга по данным регистра Пензенской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: в регистре Пензенской области состоит 213 пациентов с нейроэндокринными опухолями гипоталамо-гипофизарной области. Из них с болезнью Иценко–Кушинга (кортикотропинома) — 16 человек (7,5%). Средний возраст пациентов 40 лет (от 21 года до 64 лет); 2 мужчин (12,5%), 14 женщин (87,5%). К диагнозу больные шли от 1 года до 4 лет, наблюдаясь у травматологов — ортопедов, ревматологов кардиологов, неврологов, окулистов.

РЕЗУЛЬТАТЫ: на момент постановки диагноза:

1) характерная внешность (перераспределение подкожно-жирового слоя по кушингоидному типу, матронизм, стрии) — 14 чел. (87,5%);

2) стероидный сахарный диабет — 11 человек (68,8%), нарушенная толерантность к углеводам — 5 человек (31,3%);

3) стероидная кардиомиопатия — 6 человек (37,5%);

4) артериальная гипертензия — 15 человек (93,8%);

5) нарушение менструального цикла — 8 человек (50%);

6) остеопороз — 7 человек (43,8%);

7) остеопения — 2 человека (12,5%); боли в костях — 8 человек (50%); боли в суставах — 8 человек (50%);

8) мышечная слабость — 9 человек (56,3%); общая слабость — 13 человек (81,3%).

У 16 пациентов обнаружена аденома гипофиза (кортикотропинома): микроаденома — 12 человек (75%), макроаденома — 4 человека (25%); эндоселлярный рост аденомы — 2 человек (50%), параселлярный рост — 1 человек (25%), супраселлярный рост — 1 человек (25%). Клинико-лабораторные методы, подтверждающие гиперкортицизм — 16 человек (100%)

Все пациенты были направлены в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» г. Москвы. Лечение: эндоскопическое трансназальное удаление аденомы произведено 13 пациентам (81,3%), повторное эндоскопическое трансназальное удаление аденомы — 4 пациентам (30,8%), 1 пациенту (6,25%) проведена двусторонняя адреналэктомия, 3 пациентам (18,75%) — протонотерапия, 2 пациентам (12,5%) — гамма-нож; у одной пациентки (6,25%) произошло кровоизлияние в аденому гипофиза, развилась вторичная надпочечниковая недостаточность, требующая проведения заместительной терапии. Стадии ремиссии достигли 11 человек (68,8%), неполной ремиссии — 2 человека (12,5%). Отсутствует ремиссия у 3 человек (18,8%), одному пациенту после двукратного эндоскопического трансназального удаления аденомы гипофиза и лучевой терапии (гамма-нож), при отсутствии ремиссии заболевания, назначено медикаментозное лечение препаратом Пасиреотид.

ВЫВОДЫ: сложность и многообразие клинических проявлений кортикотропиномы — опухоли гипоталамо-гипофизарной области ведет порой к несвоевременной постановке диагноза, развитию тяжелых осложнений, в связи с чем необходимо ориентировать прежде всего врачей первичного звена здравоохранения на выявление данной патологии на ранней стадии заболевания. Раннее выявление и адекватное лечение нейроэндокринных опухолей гипоталамо-гипофизарной области позволяют добиться хороших результатов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезнь Иценко–Кушинга; регистр; аденома гипофиза; ремиссия.