

**УДК 616.4:615.1/4**

Р.Б. Базарбекова (д.м.н., проф.), А.К. Досанова (к.м.н.), Е.К. Дюсембеков (д.м.н.)

АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования», г. Алматы, Казахстан

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОТРОПИНОМАМИ

Акромегалия - тяжелое нейроэндокринное заболевание, которое при отсутствии адекватной терапии приводит к ранней инвалидизации и преждевременной смерти. Несмотря на совершенствование методов лечения, смертность в данной когорте больных в 2-4 раза превышает таковую в популяции. В основном этому заболеванию подвержены женщины. Положительным эффектом лечения принято считать достижение целей биохимического контроля акромегалии, однако реально ситуацию значительно отягощает наличие у пациентов различных осложнений и сопутствующих заболеваний, существенно снижающих их качество жизни (КЖ).

**Цель исследования.** Изучить отдаленные результаты лечения и качество жизни пациентов с соматотропиномами.

**Материалы и методы.** Нами было обследовано 60 пациентов в возрасте от 20 до 62 лет, пролеченных по поводу акромегалии. Всем им была выполнена трансназальная трансфеноидальная аденомэктомия с применением нейронавигатора. Медикаментозную терапию в дополнение к хирургическому методу лечения получали все 60 пациентов, и заключалась она в использовании аналога соматостатина - соматуллина. Причем, 31 пациент (1 группа) из дополнительных методов получил только медикаментозную терапию, 29 человек (2 группа) прошли также лучевую терапию. Оценка КЖ нами производилась с применением опросников ASBQ и AcroQoL.

**Результаты и их обсуждение.** Корреляционный анализ не выявил достоверной связи между КЖ и полом пациентов ( $r = 0,1$ ), не было выявлено зависимости КЖ и от возраста пациентов ( $r = 0,09$ ).

В послеоперационном периоде через 1-3 месяца произошло достоверное повышение КЖ пациентов с соматотропиномами по всем параметрам. Далее, спустя несколько лет после операции КЖ пациентов 1 группы продолжало значимо улучшаться. Пациенты же 2 группы, которым дополнительно была произведена лучевая терапия, не имели достоверной разницы по физической активности, выносливости и боли в сравнении с данными через 1-3 месяца после операции.

Анализ данных опросника AcroQoL методом Уилкоксона выявил улучшение КЖ в обеих группах как через несколько месяцев, так и через несколько лет после операции. Однако у пациентов группы 2 не выявлено достоверных изменений по показателю самовосприятие через 1-3 месяца после операции, которое в дальнейшем улучшилось. Важно отметить, что у пациентов группы 2 достоверно улучшившееся КЖ по параметру физические аспекты через 1-3 месяца после аденомэктомии в дальнейшем значимо не менялось.

**Выводы.** 1. Качество жизни пациентов с соматотропиномами, перенесших различные виды лечения, значительно улучшается после проведенного нейрохирургического лечения.

2. В дальнейшем качество жизни улучшается при использовании в качестве дополнительного лечения аналогов соматостатина, в меньшей степени - лучевой терапии.

**Ключевые слова:** отдаленные результаты, качество жизни, акромегалия.

Акромегалия представляет собой тяжелое нейроэндокринное заболевание, которое при отсутствии адекватной терапии приводит к ранней инвалидизации и преждевременной смерти. Несмотря на совершенствование методов лечения, смертность в данной когорте больных в 2-4 раза

превышает таковую в популяции [1]. В основном этому заболеванию подвержены женщины [2].

Акромегалия является медленно прогрессирующим заболеванием, поэтому ее диагностика в начале заболевания затруднительна. По данным

Древалъ А.В. с соавт., она диагностируется в среднем через 6-8 лет от ее начала [3].

Положительным эффектом лечения принято считать достижение целей биохимического контроля акромегалии [3], однако реально ситуацию значительно отягощает наличие у пациентов различных осложнений и сопутствующих заболеваний, существенно снижающих их качество жизни (КЖ). К факторам, снижающим КЖ пациентов с данным заболеванием, относят изменение внешности, депрессию, головные боли, артралгии, снижение либидо, сексуальную дисфункцию и т.д. [4, 5].

В лечении акромегалии используются хирургический, лучевой, медикаментозный и комбинированный методы. Каждый из них способен как улучшить, так и ухудшить КЖ пациентов [1]. Так, например, хирургический и лучевой методы лечения приводят к развитию гипопитуитаризма [1], медикаментозный - к нарушениям углеводного обмена, образованию камней желчного пузыря и др. [6].

Если в 80-е годы прошлого века основным критерием эффективности нейрохирургического лечения больных, в том числе с аденомами гипофиза, был показатель летальности, который в то время составлял 2,5% [7], то в настоящее время в связи со снижением послеоперационной летальности результаты лечения, как правило, оцениваются по степени радикальности проведенной операции, вероятности рецидива опухолей и КЖ пациентов [8]. Базовыми инструментами при оценке КЖ служат специальные опросники [8].

### Цель исследования

Изучить качество жизни пациентов с соматотропиномами, получивших в разные сроки различные виды терапии.

### Материал и методы

Нами было обследовано 60 пациентов в возрасте от 20 до 62 лет, пролеченных по поводу акромегалии. Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

### ПОЛО-ВОЗРАСТНОЙ СОСТАВ ПРООПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Возраст, лет	Женщины 44/73,3%		Мужчины 16/26,7%		Оба пола	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
До 20	0	0	1	6,3	1	
20-29	7	15,9	2	12,5	9	
30-39	10	22,7	4	25,0	14	
40-49	8	18,2	5	31,3	13	
50-59	15	34,1	4	25,0	19	
Старше 60	4	9,1	0	0	4	
Всего	44	100	16	100	60	100%

Как видно из таблицы 1, в нашем исследовании почти втрое (в 2,74 раза) преобладали женщины. Среди женщин наибольшее число заболевших (34,1%) было в возрастной группе от 50 до 59 лет, среди мужчин - в возрасте 40-49 лет (31,3%).

Оценка размеров аденом гипофиза производилась согласно классификации Кадашева Б.А. [9] (табл. 2).

Таблица 2

### РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПО РАЗМЕРАМ АДЕНОМ ГИПОФИЗА

Вид аденомы гипофиза	Микроаденомы (до 15 мм)	Небольшие (16 – 25 мм)	Средние (26 – 35 мм)	Большие (36 – 59 мм)	Гигантские (60 мм и более)
Соматотропинома	16/ %	17	27	-	-

Все пациенты были пролечены в 2007-2017 гг. Всем им была выполнена трансназальная транс-

феноидальная аденомэктомия с применением нейронавигатора BRAINLAB.



Оперативное вмешательство у 48 (80%) пациентов проведено в условиях городской клинической больницы №7 г. Алматы, Казахстан, 12 (20%) больных были прооперированы в других медицинских учреждениях.

По данным нашей клиники тотальная аденомэктомия производится в 75% случаев. В настоящее

исследование были включены только пациенты, которым по тем или иным причинам не удалось произвести тотальную аденомэктомию.

Лучевая и медикаментозная терапии применялись в качестве дополнительных методов лечения (табл. 3).

Таблица 3

### ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ, ПРИМЕНЯВШИЕСЯ ДЛЯ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОТРОПИНОМАМИ

Виды лечения	Хирургическое удаление + медикаментозное	Хирургическое удаление + лучевая терапия + медикаментозное
Тип аденомы	1 группа	2 группа
Соматотропинома	31	29

Медикаментозную терапию в дополнение к хирургическому методу лечения получали все 60 пациентов, и заключалась она в использовании аналога соматостатина - соматуллина.

Причем, 31 пациент (1 группа) из дополнительных методов получил только медикаментозную терапию, 29 человек (2 группы) прошли также лучевую терапию (табл. 3).

Лучевая терапия производилась с использованием линейного ускорителя True Beam Radiotherapy System (компании Varian Medical Systems, Inc.) со стандартным фракционированием (25-30 сеансов, СОД 45-50 Гр).

Оценка КЖ нами производилась с применением опросников ASBQ и AcroQoL.

Опросник ASBQ [8] предназначен для оценки КЖ больных, получивших лечение по поводу различных образований основания черепа, к которым относятся и АГ.

Данный опросник содержит вопросы, ответы на которые дают представление о различных аспектах жизни больного. Вопросы опросника сгруппированы в блоки: для оценки общей продуктивности – 6 вопросов, физической активности – 7, выносливости (энергичности) – 7, боли – 3, эмоций – 5, а также специфических симптомов (обоняния, вкуса, зрения и т.д.) – 7.

Ответы оцениваются по пятибалльной шкале, при этом негативный ответ соответствует 1 баллу, позитивный – 5 баллам. Структура опросника позволяет детально оценить влияние различных факторов на КЖ в целом и на различные его составляющие.

Опросник AcroQoL предназначен специально для оценки КЖ больных с соматотропиномами

[3]. Ответы пациента оцениваются по пятибалльной шкале Ликерта. Чем выше сумма баллов, тем выше КЖ.

Данный опросник содержит 22 вопроса, которые разделены на две шкалы (группы), определяющие психологические (14 вопросов) и физические (8 вопросов) аспекты жизни. В свою очередь, психологическая шкала состоит из двух частей, каждая из которых имеет 7 пунктов: первая часть оценивает влияние на КЖ внешнего вида, вторая – влияние болезни на личную жизнь пациента.

Вопросы, касающиеся частоты возникновения симптома, имеют возможные варианты ответов в диапазоне «Всегда» – «Никогда». Для вопросов относительно степени согласия пациента с неким утверждением предлагаются ответы от «Полностью согласен/а» до «Полностью не согласен/а».

Для стандартизации результатов опроса разработчики предлагают использование следующей формулы:

$$\text{КЖ (баллы)} = [(X - \min) / (\max - \min)] \times 100,$$

где X – сумма ответов пациента, max и min – максимально и минимально возможные суммы баллов по данному параметру. Минимальная и максимальная сумма баллов для оценки общего КЖ составляют 22 и 110 баллов соответственно. При оценке физического состояния возможный диапазон ответов составляет от 8 до 40, психологического – от 14 до 70, внешнего вида и взаимоотношений – от 7 до 35 баллов.

Тестирование по опросникам ABSQ и AcroQoL осуществлено трижды. Первое тестирование, определявшее КЖ до операции, проводилось ка-

тамнестически у 42/70%, путем непосредственного опроса - у 18/30% пациентов.

Второе заполнение опросников, оценивавшее КЖ через 1-3 мес. после операции, у 40/66,7% пациентов проведено также катamnестически, у 20/33,3% - путем непосредственного опроса.

Третье тестирование проводилось у всех пациентов путем непосредственного интервьюирования в период от 1 года до 10 лет после операции (медиана 63 месяца).

### Методы статистической обработки данных

Статистическая обработка результатов проводилась методом Уилкоксона. Также проводился корреляционный анализ. Для наглядности выстраивались графики - арадары, в которых минимальный балл соответствовал 1, а максимальный - 5 с использованием пакета программ Microsoft Excel.

### Результаты

Корреляционный анализ не выявил достоверной связи между КЖ и полом пациентов ( $r = 0,1$ ), не было выявлено зависимости КЖ и от возраста пациентов ( $r = 0,09$ ).

На нижепредставленных рисунках 1 и 2 представлено КЖ пациентов с соматотропиномами в дооперационном периоде, в первые 1-3 месяца

и через несколько лет после операции согласно опросника ASBQ. На каждой оси показано среднее значение КЖ по описанным ранее блокам, при этом более высокий балл указывает на более высокий уровень КЖ: максимально высокий балл - 5, минимальный - 0.

Как видно из графика 1, очень низкое КЖ, имевшее место у всех больных с соматотропиномами до операции (внутренний фиолетовый многоугольник), через 1-3 месяца после операции значительно повысилось (красный и зеленый многоугольники).

Несколько иные результаты нами были получены при оценке КЖ спустя несколько лет после операции, что напрямую было связано с использованными методами лечения. Так, пациенты 1 группы, имели относительно неплохое КЖ, в целом сопоставимое с показателями в первые 1-3 месяца после операции. Пациенты же 2 группы, которым в составе тройной терапии была произведена лучевая терапия, имели более низкие показатели КЖ в отношении физической активности, выносливости и боли. Эмоциональная сфера вопреки ожиданиям пострадала в наименьшей степени во всех временных промежутках у всех обследованных больных (рис. 1 и 2).

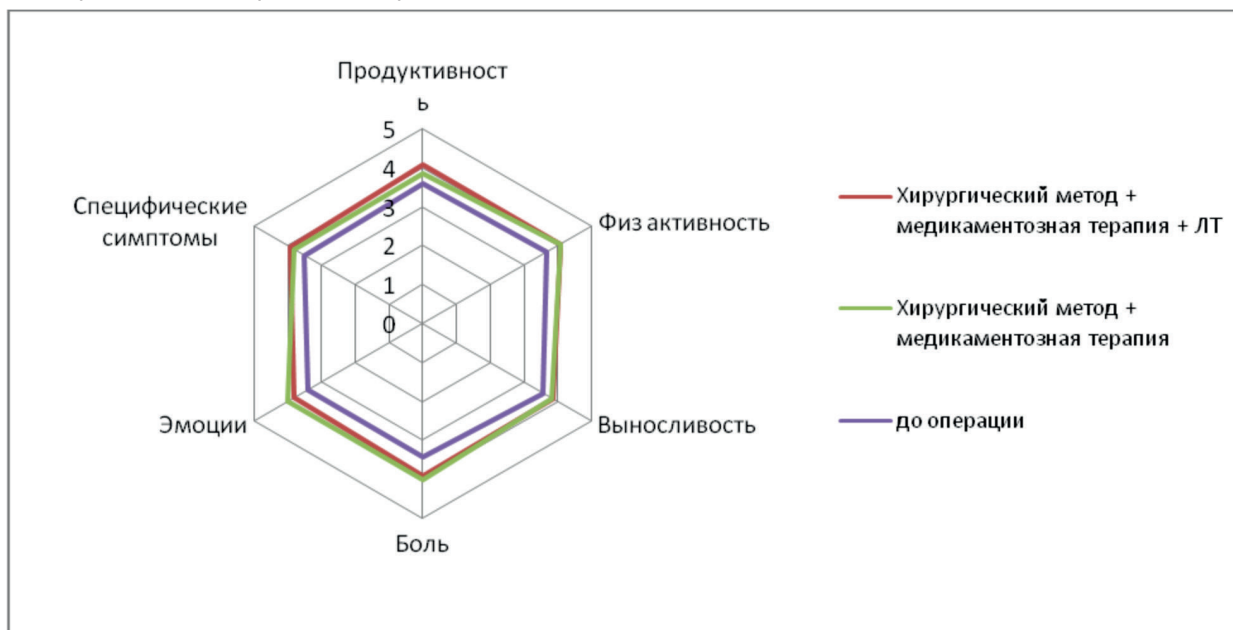


Рисунок 1 – Качество жизни пациентов с соматотропиномами согласно опросника ASBQ до и через 1-3 месяца после операции

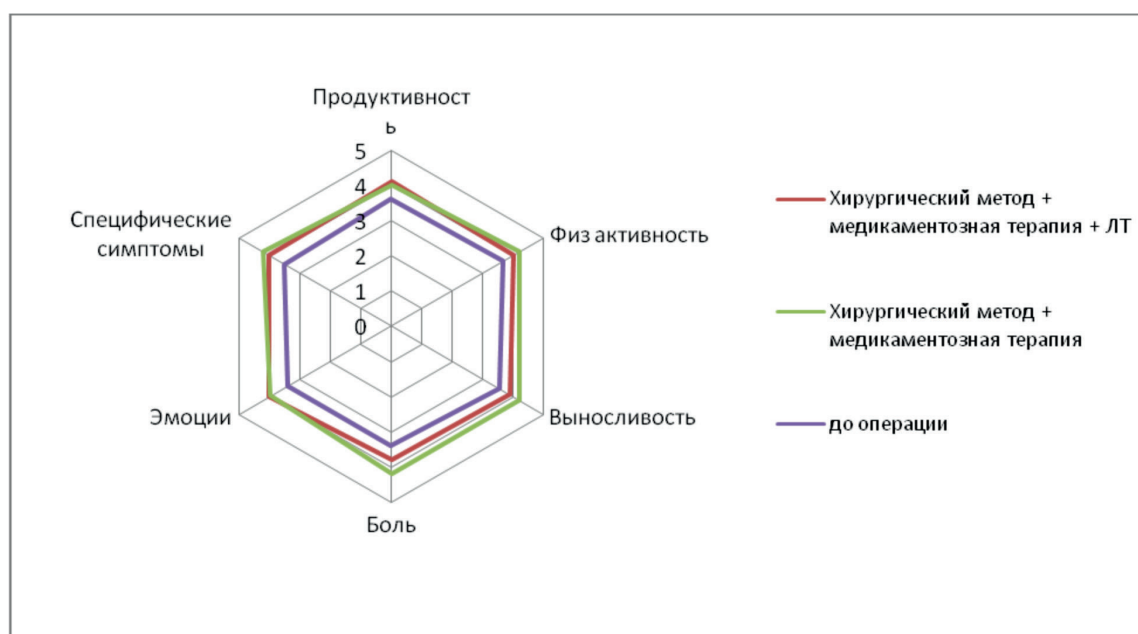


Рисунок 2 – Качество жизни пациентов с соматотропиномами согласно опросника ASBQ до операции и через несколько лет после операции

Полученные данные были подтверждены проведением анализа результатов опроса по опроснику ASBQ методом Уилкоксона. Из таблицы 4 видно, что в послеоперационном периоде через 1-3 месяца произошло достоверное повышение КЖ пациентов с соматотропиномами по всем параметрам. Далее, спустя несколько лет

после операции КЖ пациентов 1 группы продолжало значимо улучшаться. Пациенты же 2 группы, которым дополнительно была произведена лучевая терапия, не имели достоверной разницы по физической активности, выносливости и боли в сравнении с данными через 1-3 месяца после операции (табл. 4).

Таблица 4

#### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОТРОПИНОМАМИ СОГЛАСНО ОПРОСНИКА ASBQ ДО ОПЕРАЦИИ И ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО ЛЕТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Сроки оценки КЖ	Группа 1			Группа 2		
	p1	p2	p3	p1	p2	p3
<b>Блоки</b>						
Продуктивность	0,001	0,002	0,0001	0,0001	0,021	0,0001
Физическая активность	0,0001	0,011	0,0001	0,0001	0,015	0,1
Выносливость	0,0001	0,002	0,0001	0,0001	0,092	0,11
Боль	0,0001	0,004	0,0001	0,007	0,007	0,6
Эмоции	0,0001	0,005	0,0001	0,001	0,007	0,001
Специфические симптомы	0,0001	0,002	0,0001	0,001	0,002	0,0001

p1 - при сравнении данных до операции и через 1-3 месяца после нее

p2 - при сравнении данных через 1-3 месяца и через несколько лет после нее

p3 - при сравнении данных до операции и через несколько лет после нее

Анализ данных опросника AcroQoL методом Уилкоксона выявил улучшение КЖ в обеих груп-

пах как через несколько месяцев, так и через несколько лет после операции. Однако у пациентов

группы 2 не выявлено достоверных изменений по показателю самовосприятие через 1-3 месяца после операции, которое в дальнейшем улучшилось. Важно отметить, что у пациентов группы

2 достоверно улучшившееся КЖ по параметру физические аспекты через 1-3 месяца после аденомэктомии в дальнейшем значимо не менялось (табл. 5).

Таблица 5

### АНАЛИЗ ДАННЫХ ПО ОПРОСНИКУ ASCROQL

Сроки оценки КЖ	Группа 1			Группа 2		
	p1	p2	p3	p1	p2	p3
Блоки						
Самовосприятие	0,0001	0,0001	0,0001	0,502	0,001	0,002
Личные взаимоотношения	0,001	0,0001	0,002	0,005	0,001	0,001
Физические аспекты жизни	0,0001	0,0001	0,0001	0,001	0,101	0,001

p1 - при сравнении данных до операции и через 1-3 месяца после нее

p2 - при сравнении данных через 1-3 месяца и через несколько лет после нее

p3 - при сравнении данных до операции и через несколько лет после нее

### Заключение

Несмотря на то, что АГ в целом характеризуются как «доброкачественные», они значительно снижают КЖ больных, приводя к тяжелым медицинским и социальным последствиям. Залогом хорошего КЖ после операции является тотальное удаление опухоли [10, 11].

Нами показано, что достоверной связи между КЖ и полом, а также возрастом пациентов с соматотропиномами нет.

Анализ данных опросника ASBQ показал значительное повышение КЖ всех пациентов с соматотропиномами через 1-3 месяца после операции. Однако через несколько лет после операции КЖ напрямую зависит от использованного дополнительного метода лечения. Так, у пациентов, получивших лучевую терапию, КЖ было хуже по показателям физическая активность, выносливость и боль. Важно отметить, что эмоциональная сфера у пациентов обеих групп пострадала в наименьшей степени во всех временных промежутках.

Наши данные согласуются с результатами исследования КЖ Чудаковой И.В., в котором также показано, что КЖ больных с аденомами гипофиза, повысившись в ближайшие после оперативного лечения месяцы, затем стабилизируется и не изменяется на протяжении длительного периода времени [12].

Детальное изучение результатов ответов на вопросы специфического опросника AscroQoL обследованных нами пациентов выявило значимое улучшение КЖ в обеих группах как спустя несколько месяцев, так и через несколько лет после операции, за исключением показателя «физические аспекты жизни».

Похожие результаты показаны и в исследовании Древаль А.В. с соавт. Выявлено, что КЖ пациентов с акромегалией согласно опросника AscroQoL в целом не зависит от уровня инсулиноподобного фактора роста 1-го типа и не различается у пациентов с контролируемым и неконтролируемым течением заболевания. При сравнении пациентов с впервые выявленной акромегалией с получавшими ранее какое-либо лечение, достоверные различия выявлены лишь по параметрам «общее качество жизни связанное со здоровьем» и «физическое состояние» [4].

В Консенсусе по лечению акромегалии, 2018 также прописано, что использование специфического опросника AscroQoL имеет ограниченное значение, вероятно, в связи с его недостаточной объективностью [11].

В целом улучшение КЖ пациентов с соматотропиномами после трансназальной аденомэктомии с дальнейшим применением медикаментозной терапии рекомендуется и отечественными

учеными. Так, в работе Акшулакова С.К. с соавт. представлены положительные результаты применения трансфеноидальной хирургии у пациентов данной категории, сопровождающиеся низким риском развития различных интра- и послеоперационных осложнений [13].

Акшулаковым С.К. с соавт. проведено исследование, показавшее положительное влияние на динамику психических расстройств использования в послеоперационном периоде медикаментозного лечения акромегалии [14].

### Выводы

1. Качество жизни пациентов с соматотропиномами, перенесших различные виды лечения значительно улучшается после проведенного нейрохирургического лечения.

2. В дальнейшем качество жизни улучшается при использовании в качестве дополнительного лечения аналогов соматостатина, в меньшей степени - лучевой терапии.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анциферов М.Б., Алексеева Т.М., Пронин В.С. Современные аспекты фармакотерапии эндокринных заболеваний под ред. Анциферова М.Б. Сборник избранных научно-методических статей журнала «Фарматека» // Московский Регистр больных акромегалией: отдаленные результаты наблюдения. - 2017. - С. 167-172.
2. Вербовой А.Ф., Сульдина Т.В. Случай семейной акромегалии // Проблемы эндокринологии. - 2011. - 2. - Т. 57. - С. 36.
3. Древаль А.В., Покрамович Ю.Г., Тишенина Р.С. Эффективность аналога соматостатина длительного действия Октреотида-депо в лечении больных с активной фазой акромегалии // Проблемы эндокринологии. - 2014. - 60(3):10-4. doi: 10.14341/probl201460310-14
4. Древаль А.В., Покрамович Ю.Г., Иловайская И.А., Гилязова А.Д. Качество жизни больных акромегалией на основании данных опросника AcroQoL // Альманах клинической медицины. - 2018. - 46(3). - С. 233-239.
5. Mangupli R., Camperos P., Webb S.M. Biochemical and quality of life responses to octreotide-LAR in acromegaly // Pituitary. - 2014. - 17(6). - P. 495-9. doi: 10.1007/s11102-013-0533-x
6. Дедов И.И., Мельниченко Г.А, Рожинская Л.Я. и др. Клинические рекомендации акромегалия: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения, М, 2014.
7. Файзулаев Р.Б. Гигантские аденомы гипофиза: клиника, диагностика, хирургическое лечение. Автореф. дисс.докт.мед.наук. - М, 2009. - 40 с.
8. Кадашева А.Б., Черкаев В.А., к.ф.н. Шифрин М.А. и др. Качество жизни больных с доброкачественными опухолями передних и средних отделов основания черепа после операции и в катамнезе // Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко. - 2015. - 2. - т. 79. - С. 44-54.
9. Аденомы гипофиза: клиника, диагностика, лечение / Под ред. проф. Б.А. Кадашева. - М., 2007. - 368 с.
10. Калинин П.Л., Кадашев Б.А., Фомичев Д.В, Кутин М.А., Астафьева Л.И. Клинические рекомендации «Хирургическое лечение аденом гипофиза», 2014. - 27 с.
11. Melmed Sh., Bronstein M.D., Chanson Ph. et all. A Consensus Statement on acromegaly therapeutic outcomes // Nature Reviews Endocrinology. - 2018. - 14 (9). - P. 552-61.
12. Чудакова И.В. Качество жизни больных зрелыми немозговыми интракраниальными опухолями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Н. Новгород, 2009. - 131 с.
13. Акшулаков С.К., Рыскельдиев Н.А., Тельтаев Д.К., Мустафин Х.А., Оленбай Г.И., Жумадильдина А.Ж. Трансфеноидальная эндоскопическая хирургия опухолей основания черепа и головного мозга // Нейрохирургия и неврология Казахстана. -2010. -№1 (18). - С.3-5.
14. Акшулаков С.К., Изаилова Н.Т., Телтаев Д.К. Влияние препарата Соматулин на динамику психических расстройств при аденомах гипофиза, сопровождающихся акромегалией // Нейрохирургия и неврология Казахстана. - 2009. - № 2,3 (15,16). - С. 17.

Р.Б. Базарбекова (м.ғ.д., проф.), А.К. Досанова (м.ғ.к.), Е.Қ. Дүйсембеков (м.ғ.д.)

«Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті» АҚ, Алматы қ., Қазақстан

## СОМАТОТРОПИНОМАСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДІҢ ҰЗАҚ МЕРЗІМДІ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ӨМІР СҮРУ САПАСЫ

Акромегалия - бұл жеткілікті дәрежеде ем болмаған кезде ерте мүгедектікке және мерзімінен бұрын өлімге әкелетін ауыр нейроэндокринді ауру. Емдеу әдістерінің жақсарғанына қарамастан, науқастардың осы тобында өлім жалпы популяцияға қарағанда 2-4 есе жоғары. Бұл ауруға көбінесе әйелдер бейім. Акромегалияны емдеуде биохимиялық бақылауға қол жеткізу емнің оң әсері деп саналады, бірақ іс жүзінде пациенттердің өмір сүру сапасын (ӨС) едәуір төмендететін әртүрлі асқынулар мен қатар жүретін аурулардың болуы айтарлықтай нашарлатады.

**Зерттеу мақсаты:** соматотропиномасы бар пациенттерді емдеудің ұзақ мерзімді нәтижелері мен өмір сүру сапасын зерттеу.

**Материалдар мен тәсілдер.** Акромегалия бойынша емделген 20 жастан 62 жасқа дейінгі 60 науқасты тексердік. Олардың барлығына нейронавигатор көмегімен трансфеноидтық аденомэктомия жасалды. 60 пациенттің барлығы хирургиялық емдеу әдісіне қосымша медикаментозды ем қабылдады және ол соматостатин аналогы - соматуллинді қолданудан тұрады. 31 науқас (1-топ) қосымша әдістерден медикаментозды ем қабылдады, 29 адам (2-топ) сәулелі терапиядан өтті. ASBQ және AcroQoL сауалнамаларын қолдану арқылы ӨС бағаладық.

**Нәтижелер және оны талқылау.** Корреляциялық талдау ӨС мен пациенттердің жынысы арасындағы сенімді байланысты анықтаған жоқ ( $r=0,1$ ), сонымен қатар ӨС пациенттердің жасына да байланысты емес ( $r = 0,09$ ).

Операциядан кейінгі кезеңде 1-3 айдан кейін барлық параметр бойынша соматотропиномасы бар пациенттердің ӨС-да айтарлықтай жоғарылауы байқалды. Әрі қарай, операциядан кейін бірнеше жыл өткен соң, 1-ші топтағы пациенттердің ӨС айтарлықтай жақсарды. Қосымша сәулелі терапия жасалынған 2-ші топтағы пациенттерде 1-3 айлық операциядан кейінгі деректермен салыстырғанда физикалық белсенділік, төзімділік пен ауырлықта айтарлықтай айырмашылық болған жоқ.

AcroQoL сауалнамасын Уилкоксон әдісімен талдау операциядан кейін бірнеше айдан кейін де, бірнеше жылдан кейін де екі топта да ӨС жақсарғанын көрсетті. Алайда, 2-ші топтағы пациенттерде операциядан кейінгі 1-3 ай ішінде өзін-өзі қабылдау тұрғысынан айтарлықтай өзгерістер байқалмады, кейіннен ол одан әрі жақсарды. Аденомэктомиядан кейінгі 1-3 ай ішінде физикалық аспектілері бойынша ӨС жақсарған 2-ші топтағы пациенттерде болашақта айтарлықтай өзгермегенін атап өткен жөн.

**Қорытындылар.** 1. Нейрохирургиялық емдеуден кейін әр түрлі емдеу түрлерін өткен соматотропиномасы бар науқастардың өмір сүру сапасы едәуір жақсарады.

2. Қосымша ем ретінде соматостатин аналогтарын қолданған кезде өмір сүру сапасы одан әрі жақсарады, ал радиациялық терапияда - аз дәрежеде.

**Негізгі сөздер:** ұзақ мерзімді нәтижелер, өмір сүру сапасы, акромегалия.

R.B. Bazarbekova , A.K. Dosanova, E.K. Dyusembekov

JSC "Kazakh Medical University of Continuing Education", Almaty, Republic of Kazakhstan

## LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH SOMATOTROPINOMAS

Acromegaly is a severe neuroendocrine disease, which in the absence of adequate therapy leads to early disability and premature death. Despite the improvement of treatment methods, mortality in this cohort of patients is 2-4 times higher than that in the population. Mostly women are affected by this disease. The



achievement of the goals of biochemical control of acromegaly is considered to be a positive effect of treatment, but in reality the situation is aggravated by the presence in patients of various complications and concomitant diseases that significantly reduce their quality of life (QOL).

**Purpose of the study.** To study the long-term results of treatment and quality of life of patients with growth hormones in terms of quality of life.

**Materials and methods.** We examined 60 patients aged 20 to 62 years treated for acromegaly. All of them underwent a transnasal transphenoid adenectomy using a neuronavigator. In addition to the surgical method of treatment, drug therapy was received by all 60 patients, and it consisted in the use of the somatostatin analogue - somatullin. 31 patients (1 group) from additional methods received only drug therapy, 29 people (2 groups) also received radiation therapy. We evaluated QOL using ASBQ and AcroQoL questionnaires.

**Results and its discussion.** Correlation analysis did not reveal a reliable relationship between QOL and the sex of patients ( $r = 0.1$ ), and QL was also not dependent on the age of patients ( $r = 0.09$ ).

In the postoperative period, after 1-3 months, there was a significant increase in the QOL of patients with somatotropinomas in all respects. Further, several years after surgery, the QOL of patients of group 1 continued to significantly improve. Patients of the 2nd group, to whom radiation therapy was additionally performed, did not have a significant difference in physical activity, endurance and pain compared with the data after 1-3 months of surgery.

The analysis of the AcroQoL questionnaire by Wilcoxon's method revealed an improvement in QOL in both groups both several months and several years after the operation. However, in patients of group 2, no significant changes were revealed in terms of self-perception in 1-3 months after surgery, which further improved. It is important to note that in patients of group 2, significantly improved QOL in terms of the parameter physical aspects within 1-3 months after an adenectomy did not significantly change in the future.

**Conclusions.** 1. The quality of life of patients with somatotropinomas who underwent various types of treatment is significantly improved after neurosurgical treatment. 2. The quality of life is further improved when somatostatin analogues are used as an additional treatment, to a lesser extent - radiation therapy.

**Keywords:** long-term results, quality of life, acromegaly.