

**УДК 616.4**

Е.К. Дюсенбеков, А.К. Досанова, Р.Б. Базарбекова

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

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПРОЛЕЧЕННЫХ ПО ПОВОДУ
ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА**

Аденомы гипофиза представляют собой наиболее часто встречающиеся опухоли хиазмально-селлярной области и составляют 18% всех новообразований головного мозга [1]. Несмотря на то, что аденомы гипофиза являются доброкачественными новообразованиями, 25–55 % из них обладают инвазивным характером роста, проникая в окружающие структуры [2], что безусловно, негативно сказывается на качестве их жизни (КЖ).

Цель исследования: изучить качество жизни пациентов, получивших различные виды терапии по поводу гормонально-активных аденом гипофиза (пролактиномы, соматотропиномы, кортикотропиномы).

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 240 пациентов, находящихся на диспансерном учете по поводу гормонально-активных аденом гипофиза в поликлиниках г. Алматы. Большую часть обследованных составили пациенты с пролактиномами (66,7%), четверть пациентов были с соматотропиномами (25%) и меньше всего - с кортикотропиномами (8,3%). Пациенты с пролактиномами в подавляющем большинстве находились на монотерапии препаратами каберголина (63,1%), остальные (36,9%), помимо медикаментозной терапии, были подвергнуты трансназальной аденомэктомии. Все пациенты с соматотропиномами и кортикотропиномами были оперированы путем трансназальной трансфеноидальной аденомэктомии. В качестве дополнительных методов лечения использовались медикаментозная и лучевая терапии. Для оценки КЖ пациентов с гормонально-активными аденомами гипофиза использовался опросник ASBQ.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного нами исследования выяснилось, что КЖ пациентов с пролактиномами оказалось достоверно выше во все временных промежутках, чем у больных с акромегалией и БИК.

КЖ пациентов с акромегалией было выше, чем у больных БИК по всем показателям за исключением параметров эмоции и специфические симптомы. В динамике через 1-3 месяца и несколько лет после операции состояние пациентов с акромегалией оказалось значимо выше, чем больных с БИК по всем параметрам.

Выводы. 1. В целом КЖ пациентов с пролактиномами оказалось достоверно выше во все временных промежутки, чем у больных с акромегалией и БИК. 2. КЖ до операции пациентов с соматотропиномами достоверно выше, чем больных с кортикотропиномами по всем показателям, кроме параметров эмоции и специфические симптомы. В динамике через 1-3 месяца и несколько лет после операции состояние пациентов с акромегалией оказалось значимо выше, чем больных с БИК по всем параметрам.

Ключевые слова: гормонально-активные аденомы гипофиза, качество жизни.

Аденомы гипофиза представляют собой наиболее часто встречающиеся опухоли хиазмально-селлярной области и составляют 18% всех новообразований головного мозга. Среди всех аденом гипофиза наиболее часто встречаются пролактиномы и гормонально-неактивные опухоли гипофиза (35%), на втором месте по распространенности находятся соматотропиномы (13-15%), реже встречаются кортикотропиномы (8-10%),

гонадотропиномы (7-9%) и тиреотропиномы (1%), а также смешанные формы [1].

Несмотря на то, что аденомы гипофиза являются доброкачественными новообразованиями, 25–55 % из них обладают инвазивным характером роста, проникая в окружающие структуры (пазуха основной кости, кавернозный синус и др.) [2], что безусловно, негативно сказывается на показа-

телях здоровья пациентов и снижают их качество жизни (КЖ).

Широкое внедрение в практику при лечении гормонально-активных аденом гипофиза трансназальной трансфеноидальной аденомэктомии привело к улучшению исходов операций и повышению КЖ пациентов с указанной патологией. Так, по данным Borg A. с соавт., анализ базы данных Ovid MEDLINE (с 1950 по 25 августа 2015 г.) выявил 82 исследования с включением 7460 случаев, в которых показано снижение частоты послеоперационных осложнений у пациентов, оперированных трансназальным доступом [3].

О КЖ обычно судят по нескольким параметрам: психологическое, социальное, физическое и духовное благополучие. Единых общеприменимых критериев и норм исследования КЖ не существует. Базовым инструментом при проведении

исследования КЖ служат специально разработанные для каждого раздела медицины опросники.

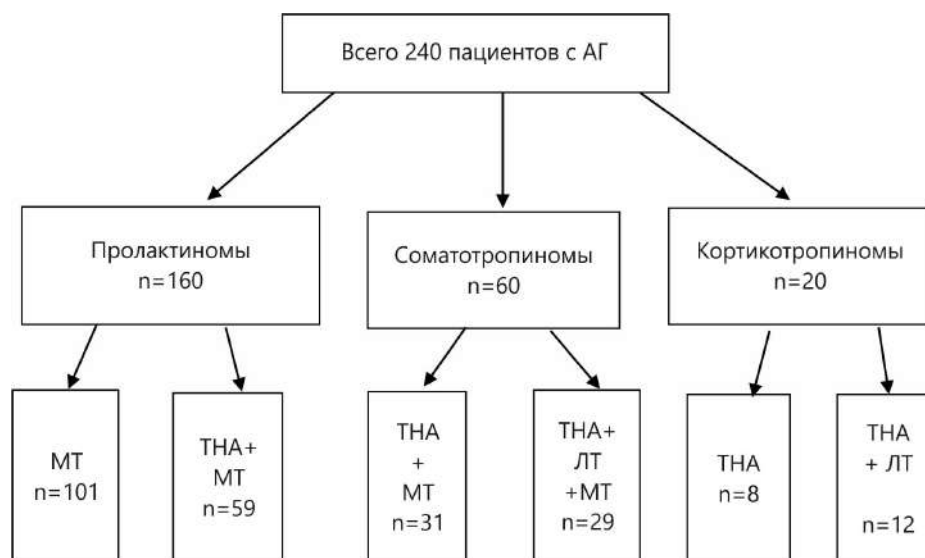
При оценке КЖ больных с опухолями основания черепа используются различные опросники, один из которых Anterior Skull Base Questionnaire (ASBQ). Он обладает высокой валидностью и удобен в применении [4].

Цель: изучить качество жизни пациентов, получивших различные виды терапии по поводу гормонально-активных аденом гипофиза (пролактиномы, соматотропиномы, кортикотропиномы).

Материал и методы исследования

Нами было обследовано 240 пациентов, находящихся на диспансерном учете по поводу гормонально-активных аденом гипофиза в поликлиниках г. Алматы. На схеме 1 представлено распределение пациентов по виду аденом гипофиза и методам лечения.

Схема 1.



ТНА – трансназальная аденомэктомия

MT – медикаментозная терапия

ЛТ – лучевая терапия

Как видно из схемы 1, большую часть обследованных составили пациенты с пролактиномами (160/66,7%), четверть пациентов были с соматотропиномами (60/25%) и меньше всего - с кортикотропиномами (20/8,3%).

Пациенты с пролактиномами в подавляющем большинстве находились на монотерапии препаратами каберголина (101/63,1%), остальные (59/36,9%), помимо медикаментозной терапии, были подвергнуты трансназальной аденомэктомии вследствие развития неврологических и/или

офтальмологических осложнений основного заболевания.

Все пациенты с соматотропиномами были оперированы путем трансназальной трансфеноидальной аденомэктомии с использованием нейронавигатора с последующим лечением аналогами соматостатина. В связи с отсутствием достаточного подавления секреции соматотропного гормона в качестве дополнительного лечения у 29/48,3% пациентов использовалась лучевая терапия (ЛТ). Остальные больные, по разным при-

чинам, не получившие ЛТ продолжали прием аналогов соматостатина (31/51,7%).

Что касается пациентов с кортикотропиномами, то все они были подвергнуты трансназальной аденомэктомии с применением нейронавигатора. В связи с отсутствием подавления выработки АКТГ 12/60% пациентов получили ЛТ, остальные 8/40% по различным причинам не получали какой-либо терапии (схема 1).

Наиболее часто АГ выявлялись у лиц молодого и зрелого возраста. Частота аденом гипофиза среди женщин во всех возрастных группах была более, чем в три раза выше, чем среди мужчин (табл. 1-3).

Среди пациентов с пролактиномами преобладали женщины репродуктивного возраста 105/84,7%. Среди мужчин большее количество составили пациенты в возрасте 40-59 лет - 27/75% (табл.1).

Таблица 1

ПОЛО-ВОЗРАСТНОЙ СОСТАВ БОЛЬНЫХ С ПРОЛАКТИНОМАМИ

Пролактинома						
Возраст, лет	Распределение больных по полу					
	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
До 20	0	-	12	9,7	12	7,5
20-29	5	13,9	23	18,5	28	17,5
30-39	3	8,3	48	38,7	51	31,9
40-49	12	33,3	34	27,4	46	28,8
50-59	15	41,7	5	4,1	20	12,5
Старше 60	1	2,8	2	1,6	3	1,8
Всего	36	100	124	100	160	100

В таблице 2 наглядно прослеживается преобладание женщин с соматотропиномами (44/73,3%) над мужчинами 16/26,%. Наиболее часто соматотропиномы встречались в возрасте 30-59 лет. Среди

женщин пациентов указанного возраста было 33/75%, среди мужчин - 13/81,2%.

Таблица 2

ПОЛО-ВОЗРАСТНОЙ СОСТАВ ПРООПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С СОМАТОТРОПИНОМАМИ

Соматотропиномы						
Возраст, лет	Распределение больных по полу					
	Женщины 44/73,3%		Мужчины 16/26,7%		Оба пола	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
До 20	0	0	1	6,3	1	1,7
20-29	7	15,9	2	12,5	9	15
30-39	10	22,7	4	25,0	14	23,3
40-49	8	18,2	5	31,3	13	21,7
50-59	15	34,1	4	25,0	19	31,7
Старше 60	4	9,1	0	0	4	6,6
Всего	44	100	16	100	60	100%

Как видно из таблицы 3, большую часть обследованных с кортикотропинами составили женщины (85,7%). Около половины их были в возрасте 20-29 лет, по 17,6% пациентов было в возрасте

16-20 и 30-39 лет. Среди мужчин 66,7% составили пациенты в возрасте 30-39 лет. Таким образом, подавляющее большинство наблюдавшихся составляли лица наиболее работоспособного возраста.

Таблица 3

ПОЛО-ВОЗРАСТНОЙ СОСТАВ ПРООПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С КОРТИКОТРОПИНОМАМИ

Кортикотропинома						
Возраст, лет	Число больных по полу					
	Мужчины-14,3%		Женщины-85,7%		Оба пола	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
18- 20	0	0	3	17,6	3	15
20-29	0	0	8	47,1	8	40
30-39	2	66,7	3	17,6	5	25
40-49	0	0	2	11,8	2	10
50-59	0	0	1	5,9	1	5
Старше 60	1	33,3	0	0	1	5
Всего	3	100	17	100	20	100

Для оценки КЖ пациентов с гормонально-активными аденомами гипофиза использовался опросник ASBQ, который состоит из 6 блоков вопросов, направленных на оценку различных составляющих жизни пациента, таких как продуктивность, выносливость, физическая активность, выносливость, боль, эмоции и специфические симптомы. Ответы на вопросы в каждом блоке оценивались на пятибалльной шкале Ликерта, в которой 1-минимальный, 5- максимальный балл. Чем выше была сумма баллов, тем выше оценивалась КЖ опрошенных пациентов.

Заполнение опросника производилось трижды: до операции/начала медикаментозного ле-

чения, через 1-3 месяца после операции/начала медикаментозного лечения и через несколько лет после операции/начала медикаментозного лечения. Последний для пациентов с различными АГ был разным и составил для пациентов с пролактиномами в период от 1 до 3 лет (медиана 22 месяца), с соматотропинами - от 1 до 6 лет (медиана 23 месяца), с кортикотропинами - от 1 до 6 лет (медиана 28 месяцев).

Опросник ASBQ заполнялся в некоторых случаях катamnестически, в иных - путем непосредственного опроса (табл. 4).

Таблица 4

СРОКИ И МЕТОДЫ ЗАПОЛНЕНИЯ ОПРОСНИКОВ ASBQ У ПАЦИЕНТОВ С ГОРМОНАЛЬНОАКТИВНЫМИ АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА

Метод заполнения опросника	До операции/начала лечения		Через 1-3 месяца		Через несколько лет	
	Катamnестически	Непосредственный опрос	Катamnестически	Непосредственный опрос	Катamnестически	Непосредственный опрос
Тип аденомы						
Пролактинома	24/15%	136/85%	22/13%	138/86,3%	-	160/100%
Соматотропинома	46/76,7%	14/23,3%	44/73,3%	16/26,7%	-	60/100%
Кортикотропинома	18/90%	2/10%	8/40%	12/60%	-	20/100%

Методы статистической обработки данных

Корреляционный анализ с определением χ^2 для выявления корреляции между заболеваемостью, полом и возрастом пациентов.

Для сравнения несвязанных групп применялся непараметрический дисперсионный анализ по Краскелу-Уоллису. Парное сравнение групп больных проводили с применением U-критерия Манна-Уитни. Статистически значимой считали $p < 0,05$.

Результаты

Анализ полученных данных выявил, что КЖ пациентов с пролактиномами до операции был достоверно выше, чем у пациентов с соматотропиномами (акромегалией). Через 1-3 месяца отмечено более высокое КЖ пациентов с пролактиномами по параметрам боль и эмоции. Спустя несколько лет после операции сохраняется достоверно более высокое КЖ пациентов с пролактиномами в сравнении с пациентами с акромегалией по всем параметрам (табл. 5).

Таблица 5

**СРАВНЕНИЕ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАКТИНОМАМИ
И АКРОМЕГАЛИЕЙ СОГЛАСНО ОПРОСНИКА ABSQ МЕТОДОМ МАННА-УИТНИ**

Сроки оценки КЖ Блоки	До операции/начала лечения (p1)	Через 1-3 месяца после операции/ начала лечения (p2)	Через несколько лет после операции/ начала лечения (p3)
Продуктивность	0,007	0,773	0,009
Физическая активность	0,0001	0,721	0,046
Выносливость	0,0001	0,073	0,0001
Боль	0,0001	0,025	0,0001
Эмоции	0,0001	0,005	0,0001
Специфические симптомы	0,0001	0,629	0,0001

p1 - при сравнении данных пациентов с пролактиномой и соматотропиномой до операции/начала лечения

p2 - при сравнении данных пациентов с пролактиномой и соматотропиномой через 1-3 месяца после операции/начала лечения

p3 - при сравнении данных пациентов с пролактиномой и соматотропиномой через несколько лет после операции/начала лечения

Сравнение показателей пациентов с пролактиномами и кортикотропиномами выявило достоверно более высокое КЖ пациентов с пролактиномами по всем шести параметрам как до опера-

ции, так и через 1-3 месяца и несколько лет после нее (табл. 6).

Таблица 6

**СРАВНЕНИЕ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАКТИНОМАМИ
И БИК СОГЛАСНО ОПРОСНИКА ABSQ МЕТОДОМ МАННА-УИТНИ**

Сроки оценки КЖ Блоки	До операции/ начала лечения (p1)	Через 1-3 месяца после операции/ начала лечения (p2)	Через несколько лет после операции/ начала лечения (p3)
Продуктивность	0,0001	0,006	0,0001
Физическая активность	0,0001	0,001	0,0001



Выносливость	0,014	0,0001	0,0001
Боль	0,0001	0,0001	0,0001
Эмоции	0,0001	0,0001	0,0001
Специфические симптомы	0,0001	0,0001	0,0001

p1 - при сравнении данных пациентов с пролактиномой и БИК до операции/начала лечения

p2 - при сравнении данных пациентов с пролактиномой и БИК через 1-3 месяца после операции/начала лечения

p3 - при сравнении данных пациентов с пролактиномой и БИК через несколько лет после операции/начала лечения

Сравнительная оценка КЖ пациентов с акромегалией и БИК показала, что до операции КЖ пациентов с соматотропиномами было выше по всем показателям за исключением двух па-

раметров - эмоции и специфические симптомы. В дальнейшем через 1-3 месяца и через несколько лет состояние пациентов с акромегалией оказалось значимо выше, чем с БИК (табл. 7).

Таблица 7

СРАВНЕНИЕ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ И БИК СОГЛАСНО ОПРОСНИКА AVSQ МЕТОДОМ МАННА-УИТНИ

Сроки оценки КЖ Блоки	До операции/ начала лечения (p1)	Через 1-3 месяца после операции/ начала лечения (p2)	Через несколько лет после операции/ начала лечения (p3)
Продуктивность	0,0001	0,018	0,0001
Физическая активность	0,015	0,006	0,002
Выносливость	0,0001	0,0001	0,004
Боль	0,001	0,003	0,0001
Эмоции	0,741	0,0001	0,003
Специфические симптомы	0,732	0,0001	0,029

p1 - при сравнении данных пациентов с акромегалией и БИК до операции

p2 - при сравнении данных пациентов с акромегалией и БИК через 1-3 месяца после операции

p3 - при сравнении данных пациентов с акромегалией и БИК через несколько лет после операции

Обсуждение

В результате проведенного нами исследования выяснилось, что КЖ пациентов с пролактиномами оказалось достоверно выше во все временных промежутках, чем у больных с акромегалией и БИК.

КЖ пациентов с акромегалией было выше, чем у больных БИК по всем показателям за исключением параметров эмоции и специфические симптомы. В динамике через 1-3 месяца и несколько лет после операции состояние пациентов с акромегалией оказалось значимо выше, чем больных с БИК по всем параметрам.

Полученные данные можно объяснить тем, что достижение ремиссии при лечении пациентов с акромегалией и БИК не всегда возможно [5].

В лечении же пролактином на сегодняшний день достигнуты хорошие показатели. Так, по данным Дзерановой Л.К., применение каберголина в лечении пролактином приводит к нормализации уровня пролактина у женщин в 70%, восстановлению менструального цикла в репродуктивном возрасте в 16,1%, купированию галактореи в 63%; у мужчин - в 86%, восстановлению нарушенных половых функций в 65% случаев [6].



Аналогичные данные были получены в кросс-секционном исследовании, в котором оценивались 278 пациентов с аденомами гипофиза (n=81 акромегалия, n=45 БИК, n=92 пролактинома, n = 60 ГНАГ. Боль изучалась с использованием анкет для скрининга ноцицептивных и нейропатических компонентов боли (rain DETECT), определения тяжести боли, качества, продолжительности, местоположения и оценки воздействия боли на инвалидность (оценка инвалидности мигрени, MIDAS) и КЖ. Зафиксирована высокая распространенность телесных болей (n = 180/65%) и головная боль (n = 178/64%). Важно отметить, что при кортикотропиномах чаще выявлялась боль различной локализации (n = 34/76%). Головная боль встречалась одинаково часто у пациентов с макро- и микроаденомами (68 против 60%, p=0,266). Согласно rain DETECT, у большинства пациентов был ноцицептивный болевой компонент (n = 193/80%). Несмотря на высокую распространенность головной боли, 72% сообщили о незначительной или вообще не связанной с головной болью инвалидности (MIDAS). Невропатическая боль и связанная с болью инвалидность коррелировали с депрессией и нарушением КЖ [7].

Кроме того, при лечении акромегалии и БИК зачастую прибегают к использованию лучевой те-

рапии, что не может не оказать своего негативно-го влияния на головной мозг. В частности, использование радиационной терапии нередко приводит к развитию гипопитуитаризма, повреждения зрительных нервов, развитию судорог и лучевого некроза мозговой ткани. В работе Никитиа К.В. показано, что проведение радиотерапии по поводу интракраниальных объемных образований чревато появлением лучевых повреждений головного мозга, которые могут проявляться в виде участков некроза в различных отделах головного мозга и других морфологических изменений тканей, таких как периваскулярные фиброзы, телеангиоэктазии, тромбозы и кровоизлияния [8].

Выводы

1. В целом КЖ пациентов с пролактиномами оказалось достоверно выше во все временных промежутки, чем у больных с акромегалией и БИК.

2. КЖ до операции пациентов с соматотропиномами достоверно выше, чем больных с кортикотропиномами по всем показателям, кроме параметров эмоции и специфические симптомы. В динамике через 1-3 месяца и несколько лет после операции состояние пациентов с акромегалией оказалось значимо выше, чем больных с БИК по всем параметрам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жестикова М.Г., Кан Я.А., Шоломов И.И. Современные методы лечения аденом гипофиза // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011. - Т. 7. - № 1. - С. 112-114.
2. Калинин П.Л., Фомичев Д.В., Кутин М.А. и др. Эндоскопическая эндоназальная хирургия аденом гипофиза (опыт 1700 операций) // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. - 2012. - 3. - С. 26-33.
3. Borg A., Kirkman M.A., Choi D. Endoscopic Endonasal Anterior Skull Base Surgery: A Systematic Review of Complications During the Past 65 Years // World Neurosurg. - 2016. - 95. - P. 383-391. doi: 10.1016/j.wneu.2015.12.105
4. Кадашева А.Б., Черкаев В.А., 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.
5. Григорьев А.Ю. Нейрохирургическое лечение пациентов с болезнью Иценко-Кушинга и акромегалией: автореферат дис. докт. мед. наук. - М, 2011. - 35 с.
6. Дзеранова Л.К. Синдром гиперпролактинемии у женщин и мужчин: клиника, диагностика, лечение : автореферат дис. ... докт. мед. наук. - М, 2007. - 54 с.
7. Dimopoulou C., Athanasoulia A.P., Hanisch E. Clinical characteristics of pain in patients with pituitary adenomas // Eur J Endocrinol. - 2014. - 171(5). - P. 581-91.
8. Никитин К.В. Локальные лучевые повреждения головного мозга после радиотерапии и радиохимирургии интракраниальных объемных образований: автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2010. - 24 с.

Е.Қ. Дүйсенбеков, А.Қ. Досанова, Р.Б. Базарбекова

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

ГИПОФИЗДІҢ ГОРМОНДЫҚ БЕЛСЕНДІ АДЕНОМАЛАРЫМЕН ЕМДЕЛЕТІН ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ӨМІР САПАСЫ

Гипофиз аденомалары - хиазма аймағының ең көп таралған ісіктері және мидың барлық ісіктерінің 18% құрайды [1]. Гипофиздің аденомалары қатерлі ісіктер болып табылатындығына қарамастан, олардың 25–55% қоршаған тіндерге еніп, өсудің инвазивті сипатына ие [2], бұл олардың өмір сапасына теріс әсер етеді.

Мақсаты: гормоналды-белсенді гипофиздік аденомаларға (пролактинома, соматотропинома, кортикотропинома) терапияның әр түрлі түрлерін алған науқастардың өмір сүру сапасын зерттеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Біз Алматы клиникаларында гормоналды-белсенді гипофиздік аденомаларға клиникалық тексеруден өткен 240 науқасты тексердік. Көбінесе пролактиномасы бар науқастар (66,7%) қаралды, олардың төрттен бірі соматотропиномамен (25%), ең алдымен кортикотропиномамен (8,3%). Пролактиномасы бар науқастардың басым көпшілігі каберголинді препараттармен монотерапия (63,1%), қалғаны (36,9%), дәрілік терапиядан басқа, трансназалды аденомэктомия жасалды. Соматотропиномалар мен кортикотропиномамен ауыратын науқастардың барлығына трансценоидтық аденомэктомия жасалды. Емдеудің қосымша әдістері ретінде дәрілік және радиациялық терапия қолданылды. Гипофиздің аденомасы бар гормондық белсенді науқастардың өмір сапасы бағалау үшін ASBQ сауалнамасы пайдаланылды.

Нәтижелер және талқылау. Біздің зерттеуіміздің нәтижесі бойынша пролактиномасы бар науқастардың өмір сапасы барлық уақыт аралықтарында акромегалия мен кортикотропиномамен науқастарына қарағанда едәуір жоғары екендігі белгілі болды.

Акромегалиямен ауыратын науқастардың өмір сапасы эмоциялар мен нақты белгілерден басқа барлық жағынан кортикотропиномамен ауыратын науқастарға қарағанда жоғары болды. Динамикада, операциядан кейін 1-3 айдан кейін және бірнеше жылдан кейін, акромегалиясы бар науқастардың жағдайы барлық жағынан кортикотропиномамен ауыратындарға қарағанда едәуір жоғары болды.

Қорытындылар 1. Жалпы алғанда, пролактиномасы бар науқастардың өмір сапасы барлық уақыт аралықтарында акромегалия және кортикотропинома науқастарына қарағанда едәуір жоғары болды. 2. Соматотропиномасы бар науқастарға операциядан бұрын өмір сапасы, кортикотропиндермен ауыратын науқастарға қарағанда, эмоциялар мен ерекше белгілерден басқа, айтарлықтай жоғары. Динамикада, операциядан кейін 1-3 айдан кейін және бірнеше жылдан кейін, акромегалиясы бар науқастардың жағдайы барлық жағынан кортикотропиномамен ауыратындарға қарағанда едәуір жоғары болды.

Негізгі сөздер: гормондық-белсенді гипофиз аденомалары, өмір сапасы.

Е.К. Dyusenbekov, A.K. Dossanova, R.B. Bazarbekova

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

QUALITY OF LIFE FOR PATIENTS TREATED FOR HORMONE-ACTIVE PITUITARY ADENOMAS

Pituitary adenomas are the most common tumors of the chiasmoseillar region and account for 18% of all neoplasms of the brain [1]. Despite the fact that pituitary adenomas are benign neoplasms, 25–55% of them have an invasive nature of growth, penetrating the surrounding structures [2], which certainly negatively affects the quality of their life (QOL).

Objective: to study the quality of life of patients who received various types of therapy for hormonal-active pituitary adenomas (prolactinomas, growth hormones, corticotropinomas).



Material and research methods. We examined 240 patients undergoing clinical examination for hormonal-active pituitary adenomas in clinics of Almaty. Patients with prolactinomas (66.7%) were most often examined, a quarter of the patients were with somatotropinomas (25%), and least of all with corticotropins (8.3%). The overwhelming majority of patients with prolactinomas were monotherapy with cabergoline preparations (63.1%), the rest (36.9%), in addition to drug therapy, underwent transnasal adenectomy. All patients with somatotropinomas and corticotropins were operated on by transnasal transsphenoid adenectomy. As additional treatment methods, drug and radiation therapy were used. To assess the QOL of patients with hormone-active pituitary adenomas, the ASBQ questionnaire was used.

Results and its discussion. As a result of our study, it turned out that the QOL of patients with prolactinomas was significantly higher at all time intervals than in patients with acromegaly and corticotropinoma.

The QOL of patients with acromegaly was higher than in patients with NIR in all respects except for the parameters of emotion and specific symptoms. In dynamics, after 1-3 months and several years after surgery, the condition of patients with acromegaly was significantly higher than patients with corticotropinoma in all respects.

Summary. 1. In general, the QOL of patients with prolactinomas was significantly higher at all time intervals than in patients with acromegaly and corticotropinoma. 2. QOL before surgery for patients with somatotropinomas is significantly higher than for patients with corticotropins in all respects, except for the parameters of emotion and specific symptoms. In dynamics, after 1-3 months and several years after surgery, the condition of patients with acromegaly was significantly higher than patients with NIR in all respects.

Keywords: hormone-active pituitary adenomas, quality of life.