

Гормонально-неактивная аденома гипофиза: современные подходы к диагностике и лечению

Шомуродова Мохинур Фахриддин кизи.

Ташкентский международный университет Кимё. Студент факультета <Лечебное дело>, 3-го курса.

Анотация: Гормонально-неактивная аденома гипофиза — неоднородная группа, состоящая из различных опухолей. Такие опухоли либо не обладают секреторным потенциалом. Либо имеют его, но выраженным в недостаточной, для выявления в крови уровня соответствующих гормонов передней доли гипофиза и развития специфической клинической картины, степени. Медикаментозная терапия гормонально-неактивных аденом основана на наличии рецепторов к соматостатину и дофамину в клетках аденомы гипофиза. Представлены данные о технологиях стереотаксической радиохирургии лучевой терапии.

Ключевые слова: гормонально-неактивные аденомы гипофиза; гипофиз; анатомия; стереотаксическая радиохирургия; консервативная терапия; зрительный дефицит.

Гормонально-неактивные аденомы – это доброкачественные новообразования гипофиза, возникающие из аденогипофизарных клеток и не имеющие клинических или биохимических признаков избытка гормонов. Эта группа опухолей составляет, по разным данным, 14–54% от общего числа аденом гипофиза (вторые по частоте после пролактином), распространенность составляет 7:100 тыс. населения, причем большинство из них являются макроаденомами [1]. Неактивные аденомы гипофиза, в отличие от гормонально-активных, редко диагностируются на стадии, так называемых, эндоселлярных. В тех случаях когда опухоль находится в пределах турецкого седла и чаще являются случайной находкой. Это объясняется стертой клинической картины в этот период заболевания.

Одним из ранних симптомов является умеренная гиперпролактинемия, обусловленная гиперпролактинемическим или гипогонадотропным гипогонадизмом.

Диагностика.

Клиническая картина заболевания определяется локализацией опухоли. Пациенты в большинстве случаев (19–95%) испытывают головную боль из-за растяжения твердой мозговой оболочки, содержащей болевые рецепторы; в случае если опухоль распространяется на пещеристый синус, вследствие действия на центральную часть хиазмы может возникать битемпоральная гемианопсия (41%); имеют место и другие дефекты полей зрения. Также выявляются поражение глазодвигательного, блокового и отводящего нервов в зависимости от направления роста опухоли, височная эпилепсия, гидроцефалия, ликворея, окклюзия внутренней сонной артерии (более редкие) [2]. Если в опухоли возникает кровоизлияние или ишемия, то может возникать состояние называемое апоплексией (встречается в 2–12% случаев аденом гипофиза). Она проявляется синдромом апоплексии гипофиза, включающим в себя внезапную резкую головную боль, снижение остроты зрения или изменения его полей, гипопитуитаризм, офтальмопарез, тошноту, расстройства психического состояния [3].

Для диагностики гормонально-неактивных аденом гипофиза проводится боковая рентгенография черепа, КТ и/или МРТ исследование. При отсутствии на снимках признаков роста опухоли или отсутствии нарушений зрения при продолжающемся росте применяют выжидательную тактику, для пациентов с неоперабельными аденомами или серьезными осложнениями используется радиотерапия, а в остальных случаях показано хирургическое лечение. Проводится обследование такими специалистами, как нейроофтальмолог, отоневролог, невролог, нейрохирург.

Лучевая терапия.

Облучение опухолей гипофиза в настоящее время производится несколькими методами, могут применяться как радиотерапевтические

(широкопольное облучение двух-, трехпольное, ротационный метод), так и радиохирургические комплексы лечения. Для каждого вида новообразований селлярной и параселлярной областей существуют свои показатели к дозам облучения, причем они различаются для первичного и послеоперационного облучения опухолей. Лучевая терапия может быть представлена фракционированной конформной радиотерапией и стереотаксической радиохирургией, которая подразделяется на одномоментную (для воздействия высокой дозой облучения; показана большая эффективность в отношении гормонпродуцирующих аденом) и фракционированную (для воздействия на крупные новообразования) [4]. Стереотаксическая радиохирургия может использоваться при неполном удалении опухоли после субтотальной резекции, возобновлении ее роста, невозможности провести хирургическое лечение [5]. Одним из направлений стереотаксической радиохирургии является использование гамма-ножа. Доза облучения менее 12 Гр считается малоэффективной, но может использоваться в случае повторной операции и для обеспечения интактности зрительных нервов и хиазмы [6]. Для ожидаемого максимального эффекта с минимальным уровнем осложнений, у пациентов с новообразованиями селлярной и параселлярной областей, нужны определенные критерии, такие как — новообразование в объеме не должно превышать 30мм³ и расстоянием до хиазмы и зрительных нервов должно быть не менее 5мм.

Заключение. Вследствие отсутствия патологической секреции гормонов клиническая картина гормонально-неактивных аденом гипофиза определяется лишь локализацией опухоли, а самыми распространенными симптомами будут являться головная боль и нарушения зрения, зачастую возникающие при уже существенных размерах опухоли. В связи с этим важны ранняя диагностика гормонально-неактивных аденом гипофиза, разработка современных подходов к лечению и профилактика осложнений с учетом характера распространения опухоли и ее соотношения с различными анатомическими образованиями.