

Приобретенная недостаточность гормона роста у взрослых, клинические подходы и возможности коррекции

Вакс В.В.², Герасименко О.А.¹, Дзеранова Л.К.¹

¹ФГУ Эндокринологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

²The Oxford Centre for Diabetes, Endocrinology and Metabolism, Churchill Hospital, Oxford

Проблема недостаточности гормона роста у детей хорошо изучена и в течение многих лет рассматривалась как заболевание детского возраста. Однако в последние годы активно обсуждается физиологическая роль ГР у взрослых. Показано, что недостаточность гормона роста у взрослых может проявляться клинически и приводить к серьезным метаболическим нарушениям, которые требуют своевременной диагностики и лечения. Соматотропный гормон (СТГ) впервые был получен в 1985 г. на основе рекомбинантной ДНК с последовательностью аминокислот, идентичной человеческому СТГ [1]. Начиная с этого времени, стали проводиться исследования по изучению влияния заместительной терапии препаратами гормона роста у взрослых. Окончательно рекомбинантный гормон роста был одобрен для использования при соматотропной недостаточности (СТГН) взрослых только около 10 лет спустя – в 1996 г. На сегодняшний день объем наблюдений и клинических рандомизированных испытаний, посвященных данной проблеме, невелик. Целый ряд вопросов остается открытым, в частности, необходимость проведения заместительной терапии препаратами ГР у взрослых с СТГ-дефицитом с учетом довольно высоких затрат на стоимость лечения таких пациентов.

Физиология гормона роста у взрослых

СТГ является одним из основных регуляторов метаболизма, осуществляющим свое действие в различных органах, тканях, системах в течение всей жизни посредством как прямого воздействия, так и опосредованно, через основных периферических посредников – инсулиноподобные факторы роста 1 и 2 типов (ИРФ-I и ИРФ-II). Показано, что ИРФ по химическому строению сходны с инсулином, вырабатываются в печени и воздействуют на специфические рецепторы на поверхности клеток. Различают два типа рецепторов – 1-го и 2-го типа. Содержание и соотношение обоих рецепторов широко варьирует в различных тканях. Концентрация ИРФ-I в сыворотке крови имеет прямую корреляцию с содержанием СТГ.

Показано, что с возрастом секреция гормона роста закономерно снижается, начиная с 20 лет, и каждую последующую декаду жизни количество СТГ уменьшается примерно на 14% [1]. Причем вначале выработка гормона уменьшается в дневные часы, тогда как ночью

количество СТГ остается неизменным, затем отмечается уменьшение секреции и в ночные часы.

В течение всей жизни СТГ стимулирует хондрогенез и минерализацию костной ткани, рост тканей и органов, увеличивает мышечный анаболизм, гликогенолиз и глюконеогенез, проявляет контринсулярную активность, усиливает мобилизацию свободных жирных кислот, абсорбцию кальция и фосфатов в желудочно-кишечном тракте, увеличивает реабсорбцию фосфатов в почках, уменьшает выделение калия и натрия [17].

Основное действие СТГ направлено на регуляцию обмена белков и процессов, связанных с ростом и развитием организма. Под влиянием СТГ усиливается синтез белка в костях, хрящах, мышцах, печени и других внутренних органах, увеличивается количество РНК, синтез ДНК и общее число клеток, повышается синтез орнитиндекарбоксилазы, контролирующей синтез полиаминов и ДНК-зависимой РНК-полимеразы, ускоряется транспорт аминокислот внутрь клетки через клеточную мембрану, уменьшается катаболизм белка, проявляющийся снижением уровня остаточного азота и мочевины в организме и положительным азотистым балансом [1].

СТГ, воздействуя на хондроциты посредством местного увеличения продукции ИРФ-I, стимулирует синтез эпифизарного хряща, оказывая тем самым влияние на рост кости в длину. В связи с активацией периостального роста увеличивается ширина и толщина костей. Одновременно с этим, под влиянием СТГ растут и другие тканевые структуры организма, включая соединительную ткань, мышцы и внутренние органы [18].

После завершения роста СТГ продолжает оставаться одним из важных компонентов системы регуляции метаболизма костной ткани и поддержания ее минеральной плотности. СТГ повышает обмен костной ткани посредством усиления остеобразования через активацию остеобластов, содержащих рецепторы как к СТГ, так и к ИРФ-I.

Действуя через ИРФ-I, СТГ, активирует 1 α -гидроксилазу почек, увеличивая превращение транспортной формы витамина D в его активный метаболит – кальцитриол, вследствие чего усиливается абсорбция кальция и фосфатов в кишечнике и реабсорбция фосфатов в почках [19].

На жировой обмен СТГ оказывает преходящее (в течение первых 30–40 мин) инсулиноподобное действие, что проявляется усилением процессов липогенеза. Однако

в дальнейшем, наоборот, усиливаются процессы липолиза и мобилизации жира из депо, что приводит к повышению в плазме крови свободных жирных кислот. Липолитический эффект обусловлен уменьшением размера зрелых адипоцитов, что приводит к общему сокращению объема жировой ткани [20].

На углеводный обмен СТГ оказывает кратковременное (в течение первых 30–40 мин) инсулиноподобное действие – повышается поглощение и утилизация глюкозы жировыми и мышечными клетками, подавляется глюконеогенез, что приводит к незначительному снижению содержания глюкозы в крови. Диабетогенное действие СТГ при длительном эффекте заключается в стимуляции α -клеток поджелудочной железы, секретирующих глюкагон, активации глюконеогенеза и подавлении утилизации глюкозы жировой и мышечной тканями, а также в активации ферментов, разрушающих инсулин. Компенсация диабетогенного действия СТГ осуществляется за счет повышения секреции инсулина, что сопровождается гиперинсулинемией, которая при истощении резервных возможностей β -клеток поджелудочной железы может смениться гипoinsулинемией, абсолютной инсулиновой недостаточностью и развитием сахарного диабета [21].

СТГ принимает участие в регуляции водно-солевого обмена в организме посредством усиления реабсорбции солей в тубулярном аппарате почек (антинатрийуретический эффект) и повышении активности плазменного ренина (через ренин-ангиотензиновую систему).

Показано активирующее влияние СТГ на ЦНС, которое может быть обусловлено увеличением уровня эндорфинов в мозге [22].

Этиология недостаточности гормона роста у взрослых

СТГ-недостаточность (СТГН) у взрослых является одним из проявлений гипопитуитаризма, причем секреция гормона роста нарушается в первую очередь под воздействием какого-либо патологического процесса в гипоталамо-гипофизарной области. Недостаточность гормонов аденогипофиза развивается в следующей последовательности – вначале нарушается секреция СТГ, затем – гонадотропинов: ЛГ и ФСГ, потом – ТТГ, АКТГ, и в последнюю очередь – пролактин [1].

По данным KIMS – крупного фармако-эпидемиологического исследования пациентов взрослого возраста, страдающих гипопитуитаризмом и получающих заместительную терапию гормоном роста, – наиболее частой причиной приобретенного дефицита гормона роста у взрослых являются аденомы гипофиза. Общепринято мнение, что микроаденомы гипофиза крайне редко приводят к гипопитуитаризму, тем не менее, показано, что у 42% пациентов с гормонально-неактивной микроаденомой гипофиза при проведении стимуляционного теста с аргинином и гонадотропин-рилизинг гормоном (ГРГ) уровень СТГ ниже 4,1 мг/л [29] (для данного теста пограничное значение СТГ составляет 4,1 мг/л; прим. автора). Примерно в 30% случаев СТГ-недостаточность развивается вследствие гормонально-неактивной аденомы гипофиза, в 11% – на фоне пролактиномы [2]. Примерно в 13% случаях приобретенный дефицит гормона роста развивается на фоне краниофарингиомы. Способы ле-

чения (нейрохирургическая операция, лучевая терапия, химиотерапия), как правило, не только не позволяют добиться нормализации нарушенных функций, но, напротив, ведут к нарастанию проявлений гипопитуитаризма. Примерно у 50% пациентов, перенесших транссфеноидальное удаление аденомы гипофиза, отмечается дефицит по крайней мере одного гипофизарного гормона [29]. Облучение головного мозга в дозе 40 Гр и выше практически в 100% случаев осложняется СТГН. К другим, более редким причинам дефицита гормона роста относятся черепно-мозговые травмы, инфекции центральной нервной системы (ЦНС) (менингит, энцефалит и т.д.), поражения сосудистого генеза (в частности – синдром Шиена). Идиопатическая СТГН у взрослых встречается крайне редко [29].

СТГН у взрослых не проявляется ярко выраженной симптоматикой и требует определенной «клинической настороженности» [23]. Взрослые пациенты с признаками гипоталамо-гипофизарных расстройств, перенесшие нейрохирургическое вмешательство или облучение головного мозга, а также лица, страдающие СТГН с детства, являются группой риска возникновения СТГН во взрослом возрасте.

Распространенность СТГН у взрослых мало изучена и составляет примерно около 10 случаев на 1 000 000 населения в год [24]. В последние годы, благодаря совершенствованию нейрохирургии, лучевой и химиотерапии, значительно увеличилась продолжительность жизни пациентов с объемными образованиями гипофиза, в связи с чем число больных с приобретенной СТГН неуклонно растет.

Диагностика СТГН у взрослых

Согласно Консенсусу по диагностике СТГН у взрослых от 1997 г., а также клиническим рекомендациям Американской Ассоциации эндокринологов (ААСЕ) от 2009 г., диагностика недостаточности гормона роста осуществляется следующим образом.

1. Диагностика СТГН обязательно должна проводиться у взрослых пациентов с гипоталамо-гипофизарными заболеваниями или имеющих в анамнезе СТГН с детства или подросткового возраста [1].
2. СТГН у взрослых пациентов с соответствующей клинической симптоматикой устанавливается на основании определения уровня СТГ в ходе стимуляционных тестов.
3. Инсулинотолерантный тест (ИТТ) рекомендуется как «золотой стандарт» в обследовании взрослых пациентов с предполагаемой СТГН. Пик уровня СТГ менее 3 мг/л в ответ на инсулин-индуцированную гипогликемию выявляет выраженную СТГН. Имеются данные, что ИТТ представляет определенную опасность у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также со склонностью к судорогам [2]. Альтернативой ИИТ могут быть стимуляционные пробы с гонадотропин-рилизинг гормоном (ГРГ) и аргинином, проба с глюкагоном и, реже, проба изолированно с аргинином. Тесты с ГРГ-аргинином и ИТТ являются наиболее чувствительными и специфичными среди всех стимуляционных тестов [2, 29]. При этом, проба с ГРГ-аргинином, по сравнению с ИТТ, лучше

переносится и не вызывает ряд побочных эффектов. Пограничное значение СТГ для теста с ГРГ-аргинином составляет 4,1 мг/л, при 95% чувствительности и 91% специфичности; в ИГТ — 5,1 мг/л, при 96% чувствительности и 92% специфичности [29].

4. Для пациентов с необратимыми поражениями гипоталамо-гипофизарной системы и с пангипопитуитаризмом (недостаточность как минимум трех гипофизарных гормонов), у которых уровень ИРФ-1 находится ниже референтных интервалов (для соответствующего пола и возраста) в отсутствие лечения гормоном роста, СТГ недостаточность крайне вероятно — в этой ситуации стимуляционные тесты не проводятся [3].
5. Пациентам с гипопитуитаризмом, имеющим дефицит двух и более гормонов передней доли гипофиза, проводится только один стимуляционный тест, так же как и больным, которым диагноз СТГН был установлен в детстве или подростковом возрасте [3].
6. Пациентам, имеющим дефицит одного гипофизарного гормона или у которых подозревается наличие изолированной СТГН, необходимо проведение двух стимуляционных тестов.
7. Травма головного мозга, а также аневризматическое субарахноидальное кровоизлияние считаются в настоящее время общепризнанными причинами СТГН у взрослых, хотя данное состояние может носить транзиторный характер. В соответствии с этим, стимуляционные диагностические пробы рекомендовано проводить по меньшей мере через 1 год после происшествия.

Роль инсулиноподобного фактора роста-1 (ИРФ-1) в диагностике СТГ-недостаточности у взрослых

Поскольку продукция ИРФ-1 в печени и, следовательно, его концентрация в крови зависят от уровня СТГ, определение ИРФ-1 в крови используется как показатель, косвенно характеризующий секреторную функцию соматотрофов. У пациентов, страдающих СТГН, уровень ИРФ-1, как правило, снижен. Это особенно характерно для пациентов, имеющих СТГН с детства. У больных с СТГН с началом во взрослом возрасте отсутствует зависимость между снижением уровня СТГ и ИРФ-1. В небольшом проценте случаев СТГН с детства и у 20–30% больных с СТГН с началом во взрослом возрасте уровень ИРФ-1 может оставаться в пределах референтных значений. В настоящее время принято считать, что у взрослых пациентов значительное снижение уровня ИРФ-1 в сочетании с недостаточностью нескольких гипофизарных гормонов с высокой долей вероятности может служить одним из критериев наличия СТГН. Нормальная концентрация ИРФ-1 в сыворотке крови не может являться поводом для исключения диагноза СТГН. В случае наличия сомнительных результатов, единственным и полноценным диагностическим критерием является тест на стимуляцию секреции СТГ.

Клинические проявления недостаточности гормона роста у взрослых

Характерными признаками наличия СТГН у взрослых являются изменения пропорциональности телосложения за счет отложения жира на животе и уменьшения тощей

массы тела, уменьшение мышечной силы и выносливости; снижение уровня основного обмена, снижение минеральной плотности кости, нарушение сократительной функции сердца, увеличение уровня холестерина, истончение и сухость кожных покровов, уменьшение потоотделения, нарушения сна, психологические нарушения.

Пропорциональность телосложения.

У взрослых больных с приобретенной СТГН происходит перераспределение соотношения мышечной и жировой ткани — снижается мышечная масса, увеличивается отложение жировой ткани в подкожном депо и в висцеральных полостях (абдоминальное ожирение), в результате чего значительно повышается соотношение «талия-бедро» [20, 25].

Назначение терапии ГР взрослым больным с приобретенной СТГН приводит к уменьшению жировой массы с ее перераспределением из центральных в периферические депо, увеличению тощей массы, общего количества воды (при практически неизменной общей массе тела), что обусловлено анаболическим, липолитическим и антинатрийуретическим действием СТГ [26, 27].

В исследовании, проведенном В.В. Ваксом с соавт., показано, что на фоне лечения препаратом ГР больных с приобретенной СТГН во взрослом возрасте в течение 6 месяцев изменяется процентное соотношение между мышечной и жировой тканью в сторону его нормализации [1].

В ходе других исследований также отмечено снижение количества жировой ткани на фоне значительного увеличения мышечной массы тела [23].

Минеральная плотность костной ткани и костный метаболизм.

У взрослых с приобретенной СТГН выявляется снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ), повышается вероятность развития остеопороза и риск переломов.

Снижение МПКТ отмечается как в трубчатых костях, так и в трабекулярной ткани позвоночника и более выражено у пациентов, имеющих СТГН с детства, т.е. в большей степени зависит от возраста начала заболевания, чем от его длительности. Остеопороз отмечается примерно у 20% взрослых пациентов с приобретенной СТГН, тогда как среди пациентов с СТГН с детства — у 35% [2]. Среди больных с СТГН отмечается высокая частота переломов, которая снижается на фоне длительной терапии ГР [28].

Увеличение МПКТ у больных СТГН обнаруживается, как правило, через 18 и более месяцев лечения препаратами ГР. В начале лечения отмечается усиление костной резорбции (с увеличением количества структур костной перестройки и образованием неминерализованной костной ткани), в дальнейшем наблюдается усиление процессов формирования кости.

Сердечно-сосудистая система.

У взрослых пациентов с приобретенной СТГН по данным эхокардиографии выявляется снижение индекса массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) за счет уменьшения толщины его стенки и межжелудочковой перегородки.

Длительная заместительная терапия ГР приводит к увеличению конечного диастолического и ударного объемов левого желудочка сердца, по-видимому, за счет увеличения массы миокарда левого желудочка (свидетельствует об анаболическом эффекте СТГ не только на скелетные мышцы, но и на миокард) [3].

В.В. Ваксом и соавт. при анализе данных эхокардиографии через 6 месяцев лечения ГР было установлено статистически значимое увеличение ММЛЖ с $146,35 \pm 45,5$ г до $169,42 \pm 52,1$ г ($p=0,05$), а также индекса ММЛЖ с $68,5 \pm 13,4$ до $77,5 \pm 29,3$ г/м² ($p=0,08$). Динамики фракции выброса выявлено не было ($44,3 \pm 2,3\%$ и $45,1 \pm 2,7\%$, $p=0,28$) [1].

Эпидемиологические исследования показывают, что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди больных с СТГН почти в 2 раза выше, чем в популяции. В основном причиной смерти являются различного рода нарушения церебрального кровообращения, особенно среди женщин [3].

У взрослых больных с СТГН отмечается снижение фибринолитической активности — уменьшение активности ингибитора активатора плазминогена (РАИ-1) и уровня фибриногена, что также может способствовать развитию атеросклероза [1]. В ряде исследований показано, что у взрослых больных с СТГН выявляется артериальная гипертензия [4].

При СТГН у взрослых нарушается метаболизм липопротеинов. По сравнению со здоровыми людьми, у 80% больных СТГН на фоне избыточной массы тела (по показателю ИМТ) обнаруживается повышение концентрации общего холестерина, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов и снижение концентрации липопротеинов высокой плотности (ЛПВП). Установлено, что у взрослых пациентов с СТГН определяется большее количество атероматозных бляшек в сонных и бедренных артериях, по сравнению с контрольной группой [4].

Данные по изменению липидного обмена после начала лечения ГР весьма разнообразны. В некоторых исследованиях указывается на снижение уровней общего холестерина, ЛПНП, отношения ЛПНП/ЛПВП уже через 2 месяца заместительной терапии ГР [6]. В других работах не отмечено значимого эффекта назначения ГР на улучшение липидного спектра крови в течение первого года терапии [7]. По данным Gibney J. с соавт. [8], после 10-летнего наблюдения за больными, получавшими заместительную терапию ГР, обнаружилось значительное снижение ЛПНП, тогда как в контрольной группе положительной динамики показателя не наблюдалось, при этом уровень ЛПВП достоверно увеличился в обеих группах.

В.В. Ваксом с соавт. установлено, что через 6 месяцев терапии ГР наблюдается статистически значимое снижение уровня триглицеридов: $6,45 \pm 7,54$ ммоль/л и $4,8 \pm 2,8$ ммоль/л ($p=0,026$) и статистически недостоверные изменения уровня общего холестерина ($15,3 \pm 5,2$ ммоль/л и $16,4 \pm 4,4$ ммоль/л), ЛПНП ($11,2 \pm 5,2$ ммоль/л и $11,4 \pm 4,7$ ммоль/л), ЛПВП ($2,5 \pm 0,75$ ммоль/л и $2,73 \pm 0,8$ ммоль/л) в крови [1].

Таким образом, полученные в исследованиях данные показывают антиатерогенный эффект терапии ГР, что, вероятно, при длительном лечении может приво-

дить к снижению риска развития сердечно-сосудистых катастроф.

Водно-солевой обмен

У взрослых больных с приобретенной СТГН, в результате отсутствия антинаatriуретического действия СТГ и стимуляции ренин-ангиотензиновой системы, снижается задержка натрия и уменьшается общее количество жидкости в организме, в основном за счет внеклеточной жидкости. Изменение объема циркулирующей жидкости ведет к уменьшению сердечного выброса, изменению венозного кровотока, снижению температурной толерантности, скорости клубочковой фильтрации и почечного кровотока. Данные изменения водно-солевого обмена нивелируются после начала терапии ГР (экскреция альбумина при этом не изменяется).

Углеводный обмен.

У взрослых больных, страдающих СТГН, обнаружено снижение запасов гликогена в печени, однако гипогликемия натощак обнаруживается реже, чем у детей. У пациентов с нормальной массой тела уровень инсулина и глюкозы натощак остается нормальным, тогда как у пациентов с ожирением выявляется гиперинсулинемия, что свидетельствует об инсулинорезистентности [2]. После начала терапии ГР может отмечаться значительное повышение уровня глюкозы, инсулина и С-пептида натощак, но через 6 месяцев показатели снижаются до исходных значений.

Толерантность к физическим нагрузкам.

При СТГН у взрослых значительно снижено максимальное потребление кислорода во время физической нагрузки и физическая активность [9]. Низкая толерантность к физическим нагрузкам обусловлена снижением мышечной массы и мышечной силы, а также нарушением функции сердца и терморегуляции вследствие снижения теплоотдачи [10]. Терапия ГР приводит к повышению максимального потребления кислорода и максимальной энергоотдаче, увеличению мышечной массы и силы [11].

Психологическое состояние.

Под термином «качество жизни» принято понимать уровень социального и психологического благополучия, оцениваемый самим пациентом [5].

Взрослые больные с СТГН часто имеют проблемы психосоциального характера — ухудшение качества жизни, взаимоотношений с окружающими людьми в семье и на работе. Взрослые пациенты страдают от «провалов памяти», снижения способности концентрировать внимание, снижения работоспособности, отсутствия инициативы, раздражительности [12, 13]. В настоящее время для оценки качества жизни используется специализированный опросник, разработанный для пациентов с СТГН [13, 14].

Важно также учитывать влияние на психологическое состояние больного таких аспектов, как хроническое (в течение многих лет, а иногда и всей жизни) течение заболевания, нейрохирургическое вмешательство, лучевую терапию, необходимость проведения пожизненной заместительной гормональной терапии. Лечение ГР приводит

к улучшению самочувствия и повышению жизненной активности. В исследовании В.В. Вакса с соавт. отмечено статистически значимое улучшение качества жизни через 6 месяцев лечения ГР (исходно — $11,4 \pm 1,1$ положительных ответов, через 6 месяцев терапии — $4,9 \pm 0,7$, соответственно, $p=0,001$) [1].

Механизмы, через которые происходит улучшение качества жизни у взрослых пациентов с приобретенной СТГН на фоне терапии ГР, остаются неясными, хотя имеется несколько гипотез. В первую очередь, это факторы, связанные с повышением физической выносливости, увеличением мышечной массы и силы мышц, улучшением функции левого желудочка сердца. Другими механизмами, лежащими в основе улучшения качества жизни, могут быть непосредственное улучшение биохимических процессов в мозге и нормализация объема внеклеточной жидкости. Интересным является тот факт, что улучшение показателей качества жизни наблюдается у пациентов, получающих ГР в низких дозах, которые не оказывают значительного влияния на динамику ИРФ-I в сыворотке крови. Предполагается, что одинаковая эффективность терапии ГР, как в течение нескольких месяцев, так и на протяжении нескольких лет, обусловлена непосредственным эффектом СТГ на мозг. Возможность прямого влияния СТГ на функцию центральной нервной системы обосновывается повышением концентрации β -эндорфина и снижением гомованилиновой кислоты (метаболита дофамина), наряду с увеличением уровня ИРФ-I в цереброспинальной жидкости на фоне лечения ГР взрослых больных с приобретенной СТГН. Подобные процессы наблюдаются при успешной терапии депрессивных заболеваний.

Общая смертность в группе пациентов с гипопитуитаризмом достоверно выше, чем в общей популяции, однако роль СТГН в этом вопросе до конца не изучена [29].

Лечение СТГН у взрослых

Показания для назначения заместительной терапии ГР

Все взрослые пациенты с СТГН являются потенциальными кандидатами для назначения заместительной терапии препаратами ГР [1]. Целью такой терапии является устранение уже имеющихся метаболических нарушений и профилактика новых. Решение о начале заместительной терапии ГР следует принимать в каждом конкретном случае индивидуально, учитывая выраженность и тяжесть клинических симптомов, наличие сопутствующих заболеваний, возможность выполнения пациентом самостоятельных ежедневных инъекций.

В России зарегистрированы и разрешены к использованию следующие рекомбинантные препараты гормона роста человека: Растан® (Фармстандарт, Россия), Нордитропин® НордиЛет® (Ново Нордиск, Дания), Хуматроп® (Лилли Франс, Франция), Генотропин® (Веттер Фарма-Фертигунг ГмбХ и Ко.КГ, Германия), Сайзен® (Индустрия Фармасьютика Серано С.А., Италия). Централизованно гормон роста закупается для обеспечения детей, страдающих гипопитарным нанизмом, в рамках программы «7 нозологий». Потребность на 2010–2011 гг. была полностью удовлетворена за счет закупки отечественного препарата гормона роста Растан®.

Основные принципы заместительной терапии ГР у взрослых

- До назначения препаратов ГР пациенты с гипопитуитаризмом должны быть компенсированы соответствующим назначением препаратов глюкокортикоидов, гормонов щитовидной железы, мужских или женских половых гормонов, препаратов вазопрессина [1].
- Стартовые дозы различны для возрастных групп — в возрасте до 30 лет — $0,4–0,5$ мг/сут, 30–60 лет — $0,2–0,3$ мг/сут, старше 60 лет — $0,1–0,2$ мг/сут [3]. У пациентов с сахарным диабетом или нарушением толерантности к глюкозе используются только низкие дозы ГР — $0,1–0,2$ мг/сут [3]. Инъекции препаратов ГР выполняются во второй половине дня, ближе к вечеру (20–22 часов), подкожно в живот или бедро [16].
- Титрация дозы осуществляется с периодичностью в 1–2 месяца, вводимую дозу увеличивают на $0,1–0,2$ мг/сут, ориентируясь на клинический ответ, уровень ИРФ-I и глюкозы крови, наличие побочных эффектов.
- Целью терапии является поддержание уровня ИРФ-I в середине диапазона нормальных значений для соответствующего пола и возраста при отсутствии побочных эффектов.

В исследовании, проведенном В.В. Ваксом и соавт., большинству больных (52%) для нормализации уровня ИРФ-I требовалось введение $0,53$ мг ГР, одинаковому количеству больных (по 19%) — $0,4$ или $0,67$ мг и только по 5% — $0,27$ мг или $0,8$ мг. Средняя терапевтическая доза ГР в ходе лечения составила $0,53 \pm 0,023$ мг п/к ежедневно ($0,27–0,8$ мг). В перерасчете на массу тела это соответствовало 6 мкг/кг (медиана $0,005$ мг/кг/сут, $2,7–12$ мкг/кг/сут).

- Через 6 мес после достижения поддерживающей дозы необходимо комплексное обследование. Выполняется оценка клинического статуса, наличия побочных эффектов, исследование уровня ИРФ-I в сыворотке крови, а также уровня глюкозы натощак [3]. Липидный профиль рекомендовано исследовать ежегодно. Оценка качества жизни проводится каждые 6 или 12 мес. В случае отклонений в значениях МПКТ до начала лечения (по результатам рентгеновской денситометрии), исследование необходимо повторить через 2–3 года. При наличии опухоли гипоталамо-гипофизарной системы или остаточной опухолевой ткани после операции необходимо контрольное МРТ-исследование головного мозга 1 раз в 8–12 мес [1].
- Поскольку потребность в ГР с возрастом снижается, доза препарата должна корректироваться у пациентов пожилого и старческого возраста [1]. В случае возникновения побочных эффектов доза ГР должна быть уменьшена до минимально переносимой. Продолжительность заместительной терапии ГР зависит от клинического эффекта — при отсутствии улучшения клинического состояния пациента после 2 лет терапии показано прекращение лечения [3].

Побочные эффекты и риски, связанные с заместительной терапией ГР

В ходе первых научных исследований, посвященных терапии ГР, как правило, использовались большие дозы

препарата, что приводило к серьезным побочным эффектам. В дальнейшем, с уменьшением лечебной дозы ГР, побочные эффекты стали отмечаться гораздо реже, что улучшило безопасность и переносимость заместительной терапии ГР [15]. Большинство побочных эффектов связаны с метаболическим действием ГР, являются дозозависимыми, транзиторными, и наблюдаются в течение первых трех месяцев терапии, что, как правило, не требует отмены препарата [1, 2]. Одним из наиболее распространенных осложнений является задержка жидкости (5–18% пациентов), которая клинически может проявляться парестезиями, миалгией, скованностью в суставах, артралгиями, периферическими отеками и т.д. Остаются определенные сомнения относительно влияния ГР на риск онкологических процессов — как на возникновение новых, так и на рецидив предшествующих. В ходе крупных исследований (National Cooperative Growth Study, KIGS) показано, что терапия ГР не повышает риск возникновения или рецидива опухоли, однако абсолютным противопоказанием к проведению терапии СТГ является наличие активного злокачественного процесса [2, 29]. Лечение СТГ у пациентов с сахарным

диабетом может потребовать коррекции доз сахароснижающих препаратов [2], так как ГР снижает чувствительность периферических тканей к инсулину. Следует отметить, что ухудшение контроля гликемии, как правило, выражено незначительно и быстро проходит [29]. Также рекомендован мониторинг функции щитовидной железы и надпочечников в ходе терапии ГР [29].

Таким образом, в комплексную реабилитационную терапию взрослых пациентов с гипопитуитаризмом, развившимся на фоне опухоли гипофиза с последующим ее хирургическим лечением и/или лучевой/химиотерапией, кроме традиционной заместительной терапии глюкокортикоидами, тиреоидными препаратами и препаратами половых гормонов, может быть включена заместительная терапия гормоном роста. Лечение ГР способствует уменьшению клинических проявлений СТГН, что ведет к увеличению плотности костной ткани и мышечной массы, снижению веса, улучшению показателей сердечно-сосудистой системы (массы миокарда левого желудочка, сердечного выброса), нормализации уровня липидов крови, а также к улучшению социальной адаптации и качества жизни больных.

Литература

1. Диагностика и лечение приобретенной недостаточности гормона роста у взрослых / И.И. Дедов, В.В. Вакс, Е.И. Марова. — М., 2001.
2. Evaluation and treatment of Adult Growth Hormone Deficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline // *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. — V. 91. — P. 1621–1634
3. AACE Medical Guidelines for clinical practice for growth hormone use in growth hormone deficient adults and transition patients — 2009 Update // *ENDOCRINE PRACTICE*. — 2009. — V. 15 (Suppl 2) September/October.
4. Markkussis V., Beshyah S.A., Fisher C., Sharp P., Nicolaidis A.N., Johnston D.G. Detection of premature atherosclerosis by high-resolution ultrasonography in symptom-free hypopituitary adults // *Lancet*. — 1992. — № 340. — P. 1188–1192.
5. McGauley G.A., Cuneo R.C., Salomon F., Sonksen P.H. Psychological well-being before and after growth hormone treatment in adults with growth hormone deficiency // *Horm Res*. — № 33. — P. 52–54.
6. Binnerts A., Swart G.R., Wilson J.H.P. et al. The effect of growth hormone administration in growth hormone deficient patients on bone, protein, carbohydrate and lipid homeostasis as well as on body composition // *Clin Endocrinol*. — 1992. — № 37. — P. 79–87.
7. Jorgensen J.O.L., Pedersen S.A., Thuesen L. et al. Beneficial effects of growth hormone in GH-deficient adults // *Lancet*. — 1989. — № 1. — P. 1221–5.
8. Gibney J., Wallace J.D., Spinks T. et al. The effect of 10 years of recombinant human growth hormone (GH) in adult GH-deficient patients // *J Clin Endocrinol Metab*. — 1999. — № 84. — P. 2596–2602.
9. Taafe D.R., Pruitt L., Reim J., Hintz R., Buttereld G., Hoffman A.R., Marcus R. Effect of recombinant human growth hormone on the muscle strength response to resistance exercise in elderly men // *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. — 1994. — № 79. — P. 1361–1366.
10. Bengtsson B-A., Eden S., Lonn L. et al. Treatment of adults with growth hormone (GH) deficiency with recombinant human GH // *J Clin Endoc Metab*. — 1993. — № 76. — P. 309–315.
11. Powrie J., Weissberger A., Sonksen P. Growth hormone replacement therapy for growth hormone-deficient adults // *Drugs*. — 1995. — № 49. — P. 656–663.
12. Burman P., Deijen J.B. Quality of life and cognitive function in patients with pituitary insufficiency // *Psychother Psychosom*. — 1998. — № 67. — P. 154–167.
13. McGauley G.A., Cuneo R.C., Salomon F. et al. Growth hormone deficiency and quality of life // *Horm Res*. — 1996. — № 45. — P. 34–37.
14. Hunt S.M., McKenna S.P., Doward L.C. Preliminary report on the development of a disease-specific instrument for assessing quality of life of adults with growth hormone deficiency // *Acta Endocrinol*. — 1993. — № 128. — P. 37–40.
15. Hoffman A.R., Strasburger C.J., Zagar A., Blum W.F., Kehely A., Hartman M.L. T002 Study Group. Efficacy and tolerability of an individualized dosing regi-
16. Ho K.Y., Evans W.S., Blizzard R.M., et al. Effects of sex and age on the 24-hour profile of growth hormone secretion in man: importance of endogenous estradiol concentrations // *J Clin Endocrinol Metab*. — 1987. — № 64. — P. 51–58.
17. AACE Clinical practice Guidelines for growth hormone use in adults and children // *Am Ass Clin Endocrinol and Am Coll Endocrinol*. — 1998.
18. Cuneo R.C., Salomon F., Wiles C.M. et al. Skeletal muscle performance in adults with growth hormone deficiency // *Horm Res*. — 1990. — № 33. — P. 55–60.
19. Rosen T., Wiren L., Wilhelmsen L., Wiklund I., Bengtsson B.A. Decreased physiological well-being in adult patients with growth hormone deficiency // *Clin Endocrinol*. — 1994. — № 40. — P. 111–116.
20. Binnerts A., Deurenberg P., Swart G.R. et al. Body composition in growth hormone-deficient adults // *Am J Clin Nutr*. — 1992. — № 55. — P. 918–923.
21. Cuneo R.C., Salomon F., McGauley G.A., Sonksen P.H. The growth hormone deficiency syndrome in adults // *Clin Endocrinol*. — 1992. — № 37. — P. 387–397.
22. Baum H.B.A., Katznelson L., Sherman J.C. et al. Effects of physiological growth hormone (GH) therapy on cognition and quality of life in patients with adult-onset GH deficiency // *J Clin Endoc Metab*. — 1998. — № 83. — P. 3184–3189.
23. Powrie J., Weissberger A., Sonksen P. Growth hormone replacement therapy for growth hormone-deficient adults // *Drugs*. — 1995. — № 49. — P. 656–663.
24. Hoffman D.M., O'Sullivan A.J., Baxter R.C., Ho K.K.Y. Diagnosis of growth hormone deficiency in adults // *Lancet*. — 1994. — № 343. — P. 1064–1068.
25. Rosen T., Bosaeus I., Tolli J. et al. Increased body fat mass and decreased extracellular fluid volume in adults with growth hormone deficiency // *Clin Endocrinol*. — 1993. — № 38. — P. 63–71.
26. Hoffman D.M., O'Sullivan A.J., Freund J., Ho K.K. Adults with growth hormone deficiency have abnormal body composition but normal energy metabolism // *J Clin Endoc Metab*. — 1995. — № 80. — P. 72–77.
27. Snel Y.E., Doerga M.E., Brummer R.J. et al. Resting metabolic rate, body composition and related hormonal parameters in growth hormone-deficient adults before and after growth hormone replacement therapy // *Eur J Endocrinol*. — 1995. — № 133. — P. 445–450.
28. Wuster C., Abs R., Bengtsson B-A. et al. The influence of growth hormone (GH) deficiency, GH replacement therapy and other aspects of hypopituitarism on bone mineral density and fracture rate: evidence from a large-scale pharmacoepidemiological survey // *KIMS abstracts*. — 1999.
29. Evaluation and treatment of Adult Growth Hormone Deficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline // *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. — 2011. — № 96 (6). — P. 1587–1609

Вакс В.В.

Герасименко О.А.

Дзеранова Л.К.