

Амергулов И.И., Павлова М.Г.1, Сыч Ю.П.1, Боброва Е.И.2

1 ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

2 МСЧ 95 ЦМСЧ 119 ФМБА России, Москва

## ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА И НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ

**Актуальность.** Совершенствование протоколов лечения значительно увеличило продолжительность жизни пациентов с Ходжкинской (ЛХ) и неходжкинскими (НХЛ) лимфомами. Вместе с этим увеличивается риск развития отдалённых последствий химиолучевой терапии (ХЛТ), в том числе и патологии щитовидной железы (ЩЖ). Первичный гипотиреоз развивается у 17,2% таких пациентов; узловой зоб – у 20,69%; рак ЩЖ – у 3,45%; диффузный токсический зоб – у 3,45%. Также есть сообщения о увеличении риска развития нарушения углеводного обмена и патологии околощитовидных желёз.

**Цель исследования.** Определить структуру эндокринной патологии среди обратившихся к эндокринологу пациентов после комбинированного лечения ЛХ и НХЛ

**Методы исследования.** 11 пациентов, прошедших лечение по поводу ЛХ в возрасте 8 (2 пациента; у одного – лечение рецидива в 20 лет), 10 (рецидивы в 15 лет и в 42 года), 15, 16, 17, 20, 24 (рецидив в 28 лет), 28, 35 и 37 лет. 3 пациента, пролеченных по поводу В-клеточных НХЛ в возрасте 6, 44 и 46 лет (+ лечение рецидивов в 48 и 57 лет). 1 пациент, пролеченный по поводу Т-клеточной лимфомы в возрасте 12 лет. Все протоколы лечения включали полихимиотерапию (ПХТ) и лучевую терапию (ЛТ) на область выше диафрагмы (шея и область средостения)

**Результаты.** Преобладающей эндокринной патологией после комбинированного лечения ЛХ и НХЛ (10 пациентов из 15 – 66,7%) оказался узловой зоб. У 8 пациентов (80%) узлы оказались либо неподозрительным по ультразвуковым признакам (TIRADS 2), что не потребовало выполнения тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ), либо доброкачественными (коллоидный зоб) по результатам цитологического исследования и выявлялись спустя 2-29 лет после проведения ХЛТ. У 2-х пациентов (20%), по результатам гистологического исследования, были выявлены папиллярная микрокарцинома (спустя 23 года после ХЛТ в возрасте 17 лет) и папиллярная карцинома более 1 см (спустя 8 лет после ХЛТ в возрасте 8 лет). Ни у кого из пациентов не было метастазов в регионарные лимфоузлы шеи. Вторым по частоте эндокринным заболеванием среди пациентов, прошедших лечение по поводу ЛХ и НХЛ стал гипотиреоз, не связанный с тиреоидэктомией (6 пациентов из 15 (40%)). При этом у 2-х из них гипотиреоз развился до проведения ХЛТ, у одной пациентки – через 5 лет после первой манифестации подострого тиреоидита; рецидив подострого тиреоидита произошёл через 7 лет после первого курса ХЛТ. Ещё у одной пациентки гипотиреоз диагностирован сразу после ХЛТ. У оставшихся 3-х гипотиреоз выявлен через 2, 5 и 26 лет после первого курса ХЛТ. У 3 пациентов из 15 (26,6%) через 10, 18 и 34 года после первого курса ХЛТ в возрасте 44, 42 и 38 лет соответственно было диагностировано нарушение толерантности глюкозе по результатам перорального глюкозотолерантного теста. Ещё у одного пациента сахарный диабет 2 типа был диагностирован до начала проведения ХЛТ в возрасте 32-х лет. У 2-х из 15 пациентов (13,3%) через 37 и 38 лет после проведения ХЛТ выявлен первичный гиперпаратиреоз, по поводу которого проведено оперативное лечение. В обоих случаях подтверждена аденома правой верхней околощитовидной железы. Ещё 5 пациентов наблюдались у эндокринолога по поводу вторичного гиперпаратиреоза вследствие недостаточности витамина D.

**Выводы.** ХЛТ по поводу ЛХ и НХЛ может приводить к развитию различных эндокринных нарушений в отдалённом периоде после лечения. Известно, что ЛТ на область шеи в СОД >25 Гр повышает риск развития гипотиреоза, а в дозе >25 Гр – узлов и рака ЩЖ. Однако, причинно-следственные связи ХЛТ с другими эндокринными заболеваниями до конца не изучены, и требуют проведения дополнительных исследований.