

Гилев А.А.,

студент

6 курс, лечебный факультет

Пермский Государственный Медицинский Университет им. академика

Е.А. Вагнера

Россия, г. Пермь

Лусевич А.И.,

студентка

4 курс, лечебный факультет

Пермский Государственный Медицинский Университет им. академика

Е.А. Вагнера

Россия, г. Пермь

Щербакова Е.С.,

студентка

4 курс, лечебный факультет

Пермский Государственный Медицинский Университет им. академика

Е. А. Вагнера

Россия, г. Пермь

СИНДРОМ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ

Аннотация: В статье рассматриваются: описание гормона пролактина, секреция пролактина, значение пролактина в организме человека, определение гиперпролактинемии, причины и клинические проявления при этом синдроме, методы лечения гиперпролактинемии.

Ключевые слова: пролактин, гиперпролактинемия, бесплодие, гипофиз.

Annotation: The article discusses: description of the prolactin, prolactin secretion, the value of prolactin in the human body, definition of

hyperprolactinemia, causes and clinical manifestations of this syndrome, methods of treatment of hyperprolactinemia.

Key words: *prolactin, hyperprolactinemia, infertility, pituitary gland.*

Пролактин – полипептидный гормон, который состоит из 198 аминокислот. Главное физиологическое значение данного гормона – запуск и регулирование процессов лактогенеза, а также участие в эндокринной функции репродуктивной системы [1].

Пролактин образуется в специфических клетках гипофиза – пролактотропоцитах (пролактофорах). Секреция пролактина регулируется ионами кальция, цАМФ и допамин – гормон гипоталамуса, одна из функций которого – ингибирование синтеза пролактина. В отсутствие допамина секреция пролактина является автономным процессом [2]. Образование и секреция пролактина происходит также в клетках эндометрия, плаценты эпителиальных клетках тонкой кишки и раковых клетках легких и почек. Выработка пролактина усиливается во время сна и при стрессе, у женщин в дополнение ко всему роль играет эстрогеновый статус. Секреция пролактина возрастает в период беременности, и если женщина после родов не кормит грудью, то концентрация опускается до нормы в течение 7 дней, но при кормлении уровень пролактина начинает падать через 3 месяца. У мужчин верхней границей нормы считается значение 300 мЕд/л, а 500 мЕд/л – у небеременных женщин. Нижнюю границу концентрации в плазме определить затруднительно [1].

Гиперпролактинемия – распространенное эндокринное нарушение, рассматриваемое как важнейшая причина женского и мужского бесплодия, импотенции, нарушения менструального цикла. Наблюдается у 15-30% женщин, обращающихся по поводу вторичной аменореи, и у 70% - по поводу бесплодия [2].

Выделяют первичную и вторичную гиперпролактинемию, а также бессимптомную.

Первичная может возникнуть в результате поражения и дисфункции гипоталамо-гипофизарной системы, воспалительные процессы и травмы в области этой системы, повреждение ножки гипофиза, пролактинсекретирующие опухоли гипофиза, микро- и макроаденомы, акромегалия, Болезнь Иценко-Кушинга и другие причины [3].

Вторичную гиперпролактинемию могут вызвать такие факторы, как гипотиреоз, климактерия, предменструальный синдром, синдром поликистозных яичников, постоянный психогенный стресс, саркоидоз, операции и воспалительные заболевания в области грудной клетки, частое выскабливание полости матки, а также эффекты лекарственных препаратов – транквилизаторов, стероидные контрацептивы, простагландины, эстрогены и др [2].

В основе патогенеза первичной гипоталамо-гипофизарной гиперпролактинемии – нарушение ингибирования секреции пролактина дофамином из-за дисфункции гипоталамуса [5]. Постоянная стимуляция выработки пролактина приводит вначале к гиперплазии пролактотропоцитов, а затем к формированию микро- и макроаденом гипофиза – пролактином.

При частом выскабливании слизистой тела матки гиперпролактинемия является следствием повреждения внутриматочных рецепторов [2].

Опухолевидные образования, воспалительные процессы, артериовенозные аномалии и травмы в области гипоталамуса могут нарушать синтез дофамина и его выделение. Также транспорт дофамина в гипофиз может нарушиться при воспалительных процессах, опухолях или травмах ножки гипофиза.

Одним из главных симптомов гиперпролактинемии является галакторея – это как и единичные капли молозива, так и струйное отделение молока. Другие симптомы касаются изменений функции яичников – ановуляция,

недостаточность лютеиновой фазы, нерегулярные менструации и аменорея. И у женщин, и у мужчин встречаются такие проявления, как бесплодие, нарушение либидо, ожирение, только у мужчин – гинекомастия.

Небольшое повышение уровня пролактина у женщин с высокой концентрацией эстрогенов не рассматривается как диагностически важное. Если не выявлено никаких физиологических или связанных с лекарствами причин, при уровне пролактина в плазме более 700 мЕд/л пациенту показано дальнейшее обследование. У пациентов с микроаденомами концентрация обычно не превышает 5000 мЕд/л. Однако пролактинсекретирующие опухоли диаметром > 10 мм обычно ассоциируются с концентрацией пролактина > 5000 мЕд/л.

Существует несколько динамических тестов для выявления пролактинсекретирующих опухолей. Это и пробы с метоклопромидом – антагонистом дофамина, проба с парлоделом – агонистом дофамина, но, чаще всего, определяется реакция пролактина на введение ТРГ, которая снижена у большинства пациентов с пролактиномами [4]. При успешном диагностировании опухоли – обязательно следует оценить возможную недостаточность секреции других гормонов передней доли гипофиза. При малых размерах опухолевидного образования другие функции гипофиза, как правило, не нарушены.

Для поиска опухоли гипофиза прибегают к инструментальным методам диагностики. Необходим рентгенологический снимок турецкого седла. Одним из ранних рентгенологических симптомов развития опухоли гипофиза является неровность участка внутреннего контура костной стенки при неизменной структуре костей свода черепа [4].

Также в диагностике прибегают к помощи компьютерной томографии с методикой усиления с помощью контрастного вещества, когда удается диагностировать «пустое» турецкое седло – синдром, при котором турецкое седло увеличено в размере по отношению к гипофизу. Данный синдром часто

обнаруживают у больных галактореей и различными нарушениями менструального цикла.

Лечение пациентов с гиперпролактинемией может быть консервативным или хирургическим в зависимости причины заболевания.

Большинство больных с небольшими пролактинсекретирующими опухолями лечат бромкриптином или каберголином, который является агонистом дофамина [5]. Лечение бромкриптином проводится всю жизнь, но установлено, что у некоторых пациентов после отмены препарата не возникает гиперпролактинемия. При варианте с большой опухолью шансы на излечение невелики, но у 75% больных, лечащихся бромкриптином, опухоль редуцируется, и содержание пролактина в крови снижается [2]. Лекарственная терапия также может использоваться при подготовке к оперативному лечению.

Операция может принести облегчение, но вероятность рецидива велика. Под хирургическим выздоровлением понимают нормализацию уровня пролактина в течение 2 часов после операции и появление овуляции в последующие 40 дней. Частота наступления беременности после хирургического лечения достигает 40% [2].

Некоторым пациентам показана лучевая терапия, направленная на подавление активности аденомы гипофиза.

Таким образом, мы видим, чем неблагоприятен синдром гиперпролактинемии. Можно с уверенностью сказать, что частота встречаемости данного недуга со временем будет только возрастать. К счастью, существуют эффективные методы лечения гиперпролактинемии, особенно, если синдром и его причины выявлены как можно раньше.

Список литературы:

1. Маршалл В. Дж. Клиническая биохимия, 6-е изд., перераб. и доп. / Маршалл В. Дж., Бангерт С.К. / Пер. с англ. – М.: Издательский дом Бином, 2019. – 408 с., ил.
2. Радзинский В. Е. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А. М. Фукса. – ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000 с.: ил.
3. Себко Т.В. Гиперпролактинемия / Себко Т.В., Хейдар Л.А., Конеева С.С. // Российский медицинский журнал. – 2016. - 22(5). - 250—259
4. Дедов И.И. Алгоритмы диагностики и лечения болезней эндокринной системы. / Дедов И.И. – Москва, Издательство «Медицина», 1995. – 5-16.
5. Мельниченко Г.А. Особенности клинической симптоматики и лечения различных форм гиперпролактинемии. // Актуальные проблемы современной эндокринологии (Санкт-Петербург, 01-05 июня 2001 г.) – Санкт-Петербург, 2001. - 455-456.