

*IV Международная (74 Всероссийская) научно-практическая конференция  
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

3.Халимова Д.Р. Клинико-соматометрические варианты олигоменореи у юных // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2011. - №4. – с. 65-74.

4.Ящук А.Г. Формирование репродуктивной системы девочек-подростков в современных условиях / А.Г. Ящук, Л.А. Даутова, К.Н. Иванова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2012. - №6. - с. 30-44.

УДК 616.432

**Кива А.П., Майтесян М.М., Шуракова К.Л., Звычайный М.А.  
СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С  
ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ И/ИЛИ АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА**

Кафедра акушерства и гинекологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Муниципальное автономное учреждение «Городская клиническая больница  
№40», «Городской эндокринологический центр»  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kiva A.P., Maytesyan M.M. Shurakova K.L., Zvychnyi M.A.  
THE CONDITION OF WOMEN'S REPRODUCTIVE SYSTEM  
ASSOCIATED WITH HYPERPROLACTINAEMIA AND/OR PITUITARY  
ADENOMA**

Department of nervous diseases, neurosurgery and medical genetics  
Ural State Medical University  
Municipal autonomous healthcare institution «Clinical City Hospital № 40», «City  
Endocrinology Center»  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: kivanastysha@gmail.com

**Аннотация.** В статье рассмотрены клинические проявления гиперпролактинемии, менструальная функция, особенности акушерско-гинекологического анамнеза и гормональный профиль у 30 женщин, из которых были сформированы 2 исследуемые группы: в 1-ю группу вошли 15 пациенток с гиперпролактинемией без аденомы гипофиза (средний возраст 28,5 лет); во 2-ю – 15 пациенток с аденомой гипофиза и гиперпролактинемией (средний возраст 29,9 лет).

**Annotation.** The article presents clinical manifestations of hyperprolactinemia, menstrual function, features of obstetric and gynecological anamnesis, hormonal profile in 30 women, which were divided into 2 groups: 1st group included 15 patients with pituitary adenoma and hyperprolactinemia (average age 29,9 years); 2nd one included 15 patients without pituitary adenoma with hyperprolactinemia (average age 28,5 years).

**Ключевые слова:** аденома гипофиза, гиперпролактинемия, репродуктивная система, гормоны.

**Keywords:** pituitary adenoma, hyperprolactinemia, reproductive system, hormones.

### **Введение**

Согласно данным разных авторов распространенность патологической гиперпролактинемии колеблется от 10 до 30 случаев на 100 тысяч человек, встречается у 5% женщин репродуктивного возраста [1]. Микроаденомы гипофиза обнаруживают в 1,5 - 26,7% исследований прижизненных биопсий. Этиология гиперпролактинемии представлена опухолевым и неопухолевым генезами. Среди пролактином наиболее часто встречаются микропролактиномы [3]. Гиперпролактинемия вызывает нарушение циклического выделения гонадотропинов, уменьшение частоты и амплитуды «пигов» секреции ЛГ, ингибирование действия гонадотропинов на половые железы, что приводит к женской инфертильности, проявляющейся дисменореей [4, 5]. Кроме того, повышенный уровень ПРЛ в фолликулярной жидкости угнетает фолликулогенез, блокирует рецепторы к ЛГ в яичниках [2].

**Цель исследования** - оценка состояния репродуктивной системы у женщин с гиперпролактинемией и/или аденомой гипофиза.

### **Материалы и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ клинического регистра 30 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет (средний возраст 29 лет) с гиперпролактинемией и/или аденомой гипофиза в анамнезе (уровень ПРЛ выше 550 мМЕ/л), обратившихся на консультативный прием в МАУ «ГКБ №40» «Городской эндокринологический центр» г. Екатеринбурга. Сформированы две исследуемые группы по 15 человек, критериями выборки в которых были: в первой (I) группе - повышение пролактина, лабораторно подтвержденное минимум в двух пробах, и отсутствие на ядерно-магнитной резонансной томографии (яМРТ) органической патологии гипофиза; во вторую (II) группу вошли пациенты с гормонсекретирующими аденомами гипофиза, подтвержденными на яМРТ и так же подтвержденной гиперпролактинемией.

У всех пациенток оценивались результаты лабораторного исследования уровня гормонов: общего пролактина, ФСГ, ЛГ, тестостерона, эстрадиола на 5-7 день менструального цикла и прогестерона на 22-24 день менструального цикла, либо на фоне аменореи, а также клинические проявления гиперпролактинемии, менструальная функция, особенности акушерско-гинекологического анамнеза.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В ходе исследования менструальной функции двух групп пациенток для всех оказался характерным гипоменструальный синдром, однако, характер его проявления отличался в исследуемых группах: для пациенток I группы было чаще характерно наличие олигоменореи - у 46,7%, в то время как для женщин II

группы – аменореи I - у 20%, аменореи II - у 20% и гипоменореи у 26,7%, что, возможно, связано с различным уровнем пролактина в группах сравнения (табл. 1).

Таблица 1

<b>Гипоменструальный синдром – 100%</b>			
<b>1 группа (без аденомы) (n = 15) (n/%)</b>		<b>2 группа пациенток (с аденомой) (n = 15) (n/%)</b>	
<b>Аменорея I</b>	1 (6,7%)	<b>Аменорея I</b>	<b>3 (20%)</b>
<b>Аменорея II</b>	1 (6,7%)	<b>Аменорея II</b>	<b>3 (20%)</b>
<b>Олигоменорея</b>	<b>7 (46,7%)</b>	<b>Олигоменорея</b>	1 (6,7%)
<b>Опсоменорея</b>	1 (6,7%)	<b>Опсоменорея</b>	2 (13,3%)
<b>Гипоменорея</b>	2 (13,3%)	<b>Гипоменорея</b>	<b>4 (26,7%)</b>
<b>Альгоменорея</b>	3 (20%)	<b>Альгоменорея</b>	2 (13,3%)

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза установлено: наличие первичного бесплодия, вторичного бесплодия, угрозы прерывания беременности и самопроизвольного выкидыша соответственно у 13,3%, 6,7%, 6,7%, 13,3% пациенток I группы. В то время как у обследуемых II группы выявлено первичное бесплодия у 20%, угроза прерывания беременности у 13,3%, самопроизвольный выкидыш у 33,3% женщин.

При анализе гормонального фона те или иные отклонения в уровне исследуемых гормонов наблюдались у преобладающего большинства пациенток как в I, так и во II группе. Однако, следует отметить, что у обследованных с аденомой гипофиза нарушения гормонального гомеостаза диагностировались более часто и были более выраженными. Абсолютно у всех пациенток был обнаружен высокий уровень пролактина, но у женщин II группы наблюдались более высокие значения (1697 мМЕ/л), чем у I группы (1159 мМЕ/л). В обеих группах была выявлена тенденция к снижению гонадотропных гормонов: снижение ФСГ в I группе - у 46,7% пациенток, во II группе - у 60%; снижение уровня ЛГ в I группе - у 60% женщин, во II группе - у 80%. В связи с недостатком гонадотропных гормонов возникает дисфункция яичников, которая лабораторно подтверждается снижением половых гормонов, а именно: эстрадиол в находится ниже нормы у 100% пациенток в обеих группах. Прогестерон также был снижен в I группе - у 66,7%, во II группе - у 86,7%. Достоверных различий в уровне тестостерона в исследуемых группах обнаружено не было (табл. 2).

Таблица 2

Гормон	1 группа (без аденомы) (n = 15)			2 группа пациенток (с аденомой) (n = 15)		
	Норма	Тенденция к снижению либо ниже нормы	Повышение	Норма	Тенденция к снижению либо ниже нормы	Повышение
Пролактин	0	0	15 (100%) ~ 1159 мМЕ/л	0	0	15 (100%) ~ 1697 мМЕ/л
ФСГ	7 (46,7%)	<b>7 (46,7%)</b>	1 (6,7%)	5 (33,3%)	<b>9 (60%)</b>	1 (6,7%)
ЛГ	5 (33,3%)	<b>9 (60%)</b>	0	2 (13,3%)	<b>12 (80%)</b>	1 (6,7%)
Эстрадиол	0	<b>15 (100%)</b>	0	0	<b>15 (100%)</b>	0
Прогестерон	4 (26,7%)	<b>10 (66,7%)</b>	1 (6,7%)	2 (13,3%)	<b>13 (86,7)</b>	0
Тестостерон	<b>11 (73,3%)</b>	0	4 (26,7%)	<b>13 (86,7%)</b>	2 (13,3%)	0

### Выводы

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать вывод, что отклонение в клинко-функциональном состоянии репродуктивной системы у женщин с гиперпролактинемией и микроаденомой гипофиза и без неё имеют одинаковую направленность, однако, при наличии опухоли носят более выраженный характер, что диктует необходимость обязательного проведения яМРТ гипофиза всем пациенткам с гиперпролактинемией для определения дальнейшей тактики их ведения.

### Список литературы:

1. Клинические рекомендации «Гиперпролактинемия» / Под редакцией Е.Н. Андреевой, С.Ю. Воротниковой, Е.Н. Гриневой // Москва. - 2016. – 30 с.
2. Вагапова Г.Р. Основные клинические проявления и принципы диагностики синдрома гиперпролактинемии / Г.Р. Вагапова // Практическая медицина. – 2010. – №2. – С. 110-114.
3. Мельниченко Г.А. Федеральные клинические рекомендации по гиперпролактинемии: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и методы лечения / Г.А. Мельниченко, Л.К. Дзеранова, Е.А. Пигарова, С.Ю. Воротникова // Проблемы эндокринологии. – 2013. – № 6. – С. 19-26.
4. Себко Т.В. Гиперпролактинемия / Т.В. Себко, Л.А. Хейдар, С.С. Конеева // Российский медицинский журнал. – 2016. – Т.22. – №5. – С. 250-259.
5. Серов В.Н. Гинекологическая эндокринология / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.В. Овсянникова. – М.: МЕДпресс-информ, 2017. – 95 с.

**Клыкова Е. С., Новиков Е. И., Фомина И.В.  
АДГЕЗИВНЫЙ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ, ВЫЯВЛЕННЫЙ ВО  
ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

Кафедра акушерства и гинекологии  
ФГБОУ ВО Тюменский Государственный Медицинский Университет  
Минздрава России, г. Тюмень, Россия

**Klykova E.S., Novikov E.I., Fomina I.V.  
PREMORBID FACTORS OF PELVIC ADHESION DETECTED  
DURING THE OPERATION OF THE CAESARIAN SECTION**

Department of Obstetrics and Gynecology  
Tyumen State Medical University of the Ministry of Health of Russia, st.  
Tyumen, Russia

E-mail: elizavetaklykova@mail.ru

**Аннотация.** Целью исследования было изучить возможные факторы риска развития адгезивного пельвиоперитонита и их влияние на течение оперативного вмешательства (операции кесарева сечения). Ретроспективно было проанализировано 1780 историй родов женщин, родоразрешенных путем КС в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень за 2017-2018 гг. Все пациентки (n=1780) были разделены на 2 группы: в группу 1 (n=1592) вошли пациентки без спаечного процесса в малом тазу. Выявлена статистически достоверно значимые отличия между группами пациенток в продолжительности операции, времени извлечения плода, частотой соматической патологии и определенных осложнений беременности. Выявлено, что наличие адгезивного пельвиоперитонита достоверно увеличивает длительность извлечения ребёнка и продолжительность операции в целом, а также выявлены основные факторы его развития: ожирение, ПРПО, многоводие и маловодие.

**Annotation.** The aim of the study was to study the possible risk factors for the development of pelvic adhesion and their influence on the course of surgery (cesarean section). In retrospect, 1780 histories of childbirth of women delivered by the cesarean section (CS) were analyzed in Perinatal Center in Tyumen for 2017–2018 year. All patients (n = 1780) were divided into 2 groups: group 1 (n = 1592) included patients without adhesions in the pelvis. Revealed statistically significant differences between groups of patients in the duration of the operation, fetal extraction time, the frequency of somatic pathology and certain complications of pregnancy. It was revealed that the presence of adhesive pelvioperitonitis significantly increases the duration of the child's extraction and the duration of the