

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 «пиков» секреции ЛГ, ингибирование действия гонадотропинов на половые железы, что приводит к женской infertility, 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 клинико-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.