



Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Иркутский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра эндокринологии, клинической фармакологии и иммунологии

Гиперпролактинемия. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение



Пролактин

- Полипептидный гормон, стимулирующий пролиферацию молочной железы и секрецию молока.
- Пролактин вырабатывается в передней доле гипофиза, небольшое количество синтезируется периферическими тканями. При беременности вырабатывается также в эндометрии. Во время беременности пролактин поддерживает существование жёлтого тела и выработку прогестерона, стимулирует рост и развитие молочных желёз и образование молока. Это один из гормонов, способствующих формированию полового поведения. Пролактин регулирует водно-солевой обмен, задерживая выделение воды и натрия почками, стимулирует всасывание кальция. В целом пролактин активизирует анаболические процессы в организме. Среди других эффектов можно отметить стимуляцию роста волос. Пролактин оказывает также модулирующее воздействие на иммунную систему.

- Суточная секреция пролактина имеет пульсирующий характер. Во время сна его уровень растет. После пробуждения концентрация пролактина резко уменьшается, достигая минимума в поздние утренние часы. После полудня уровень гормона нарастает. В отсутствие стресса, суточные колебания уровня находятся в пределах нормальных значений. Во время менструального цикла в лютеиновую фазу уровень пролактина выше, чем в фолликулиновую. С 8-й недели беременности уровень пролактина повышается, достигая пика к 20 - 25 неделе, затем снижается непосредственно перед родами и вновь увеличивается в период лактации.

- Содержание пролактина:
- Женщины репродуктивного возраста: 3-31 нг/мл (60-620 мЕД/мл)
- Мужчины: 2 -19 нг/мл (40-380 мЕД/мл) коэффициент пересчета = 20

Гиперпролактинемия – повышение уровня сывороточного пролактина.

Синдром гиперпролактинемии – клинический синдром, обусловленный избытком пролактина, проявляющийся гипогонадизмом в сочетании с патологическим отделяемым из молочных желез(не всегда).
Синонимы: гиперпролактинемический гипогонадизм, синдром персистирующей галактореи-аменореи

гиперпролактинемия

• В норме развивается при:

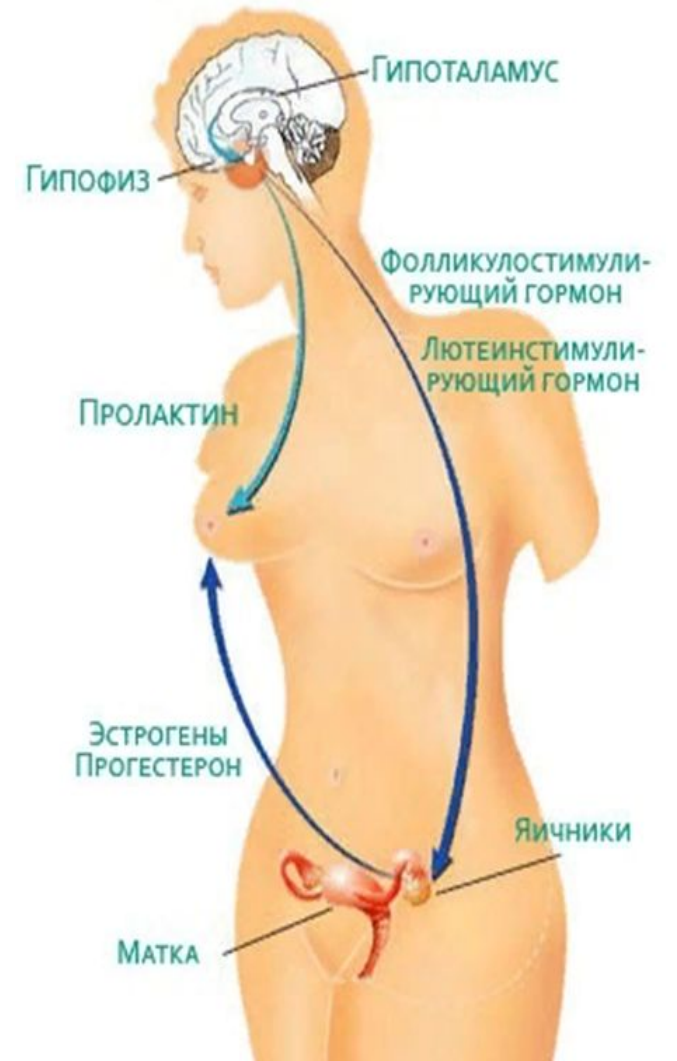
- беременности
- лактации
- стрессе

• Патологическая возникает при:

- аденомах передней доли гипофиза
- гипотиреозе
- травмах головного мозга
- приеме некоторых лекарственных средств

Клиническая картина у женщин

- Нарушения менструального цикла (90%): олигоменорея, аменорея;
- Бесплодие (до 70%);
- Галакторея (65-70%);
- Увеличение массы тела, ожирение (40%);
- Снижение либидо, аноргазмия;
- Нарушения в эмоциональной сфере;
- Переломы (остеопороз).



Клиническая картина у мужчин

- Эректильная дисфункция, импотенция (85%);
- Снижение либидо (60-70%);
- Бесплодие (20-30%);
- Гинекомастия (до 20%);
- Галакторея (0.5 – 8%);
- Нарушения в эмоциональной сфере



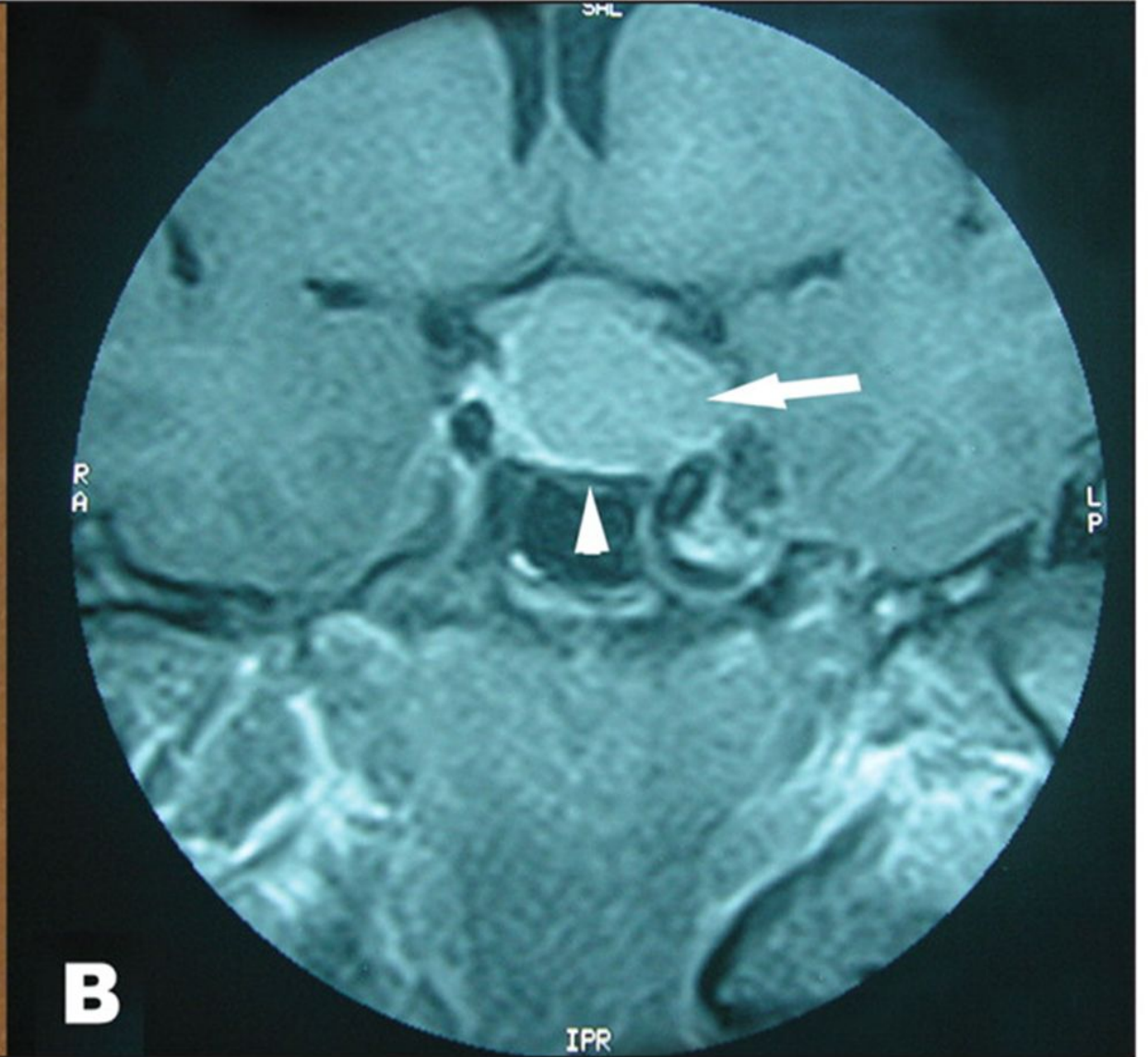
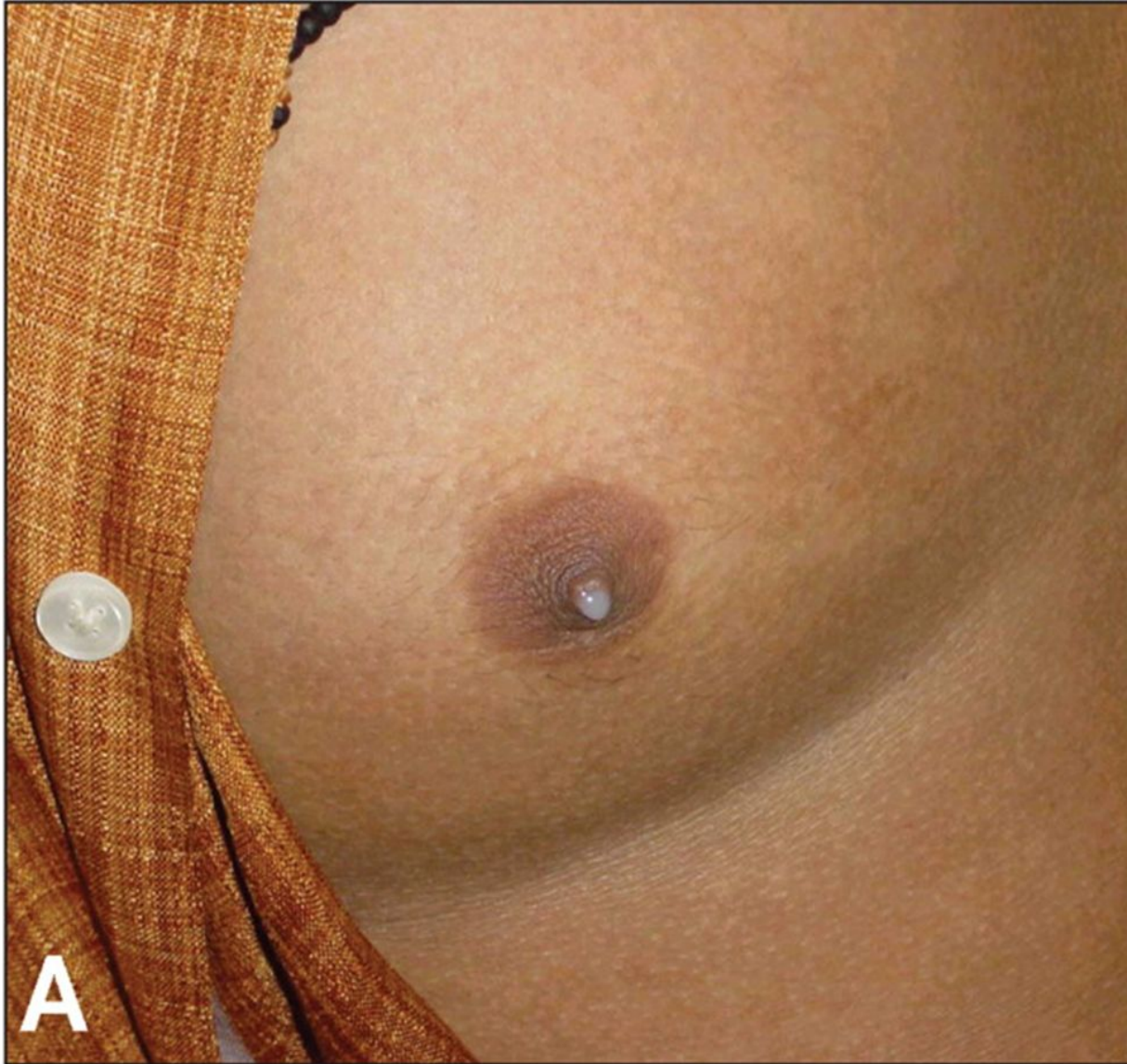
Стадии гинекомастии:

-Развивающаяся (пролиферирующая)

-Промежуточная (созревания)

-Фиброзная

M-26 лет

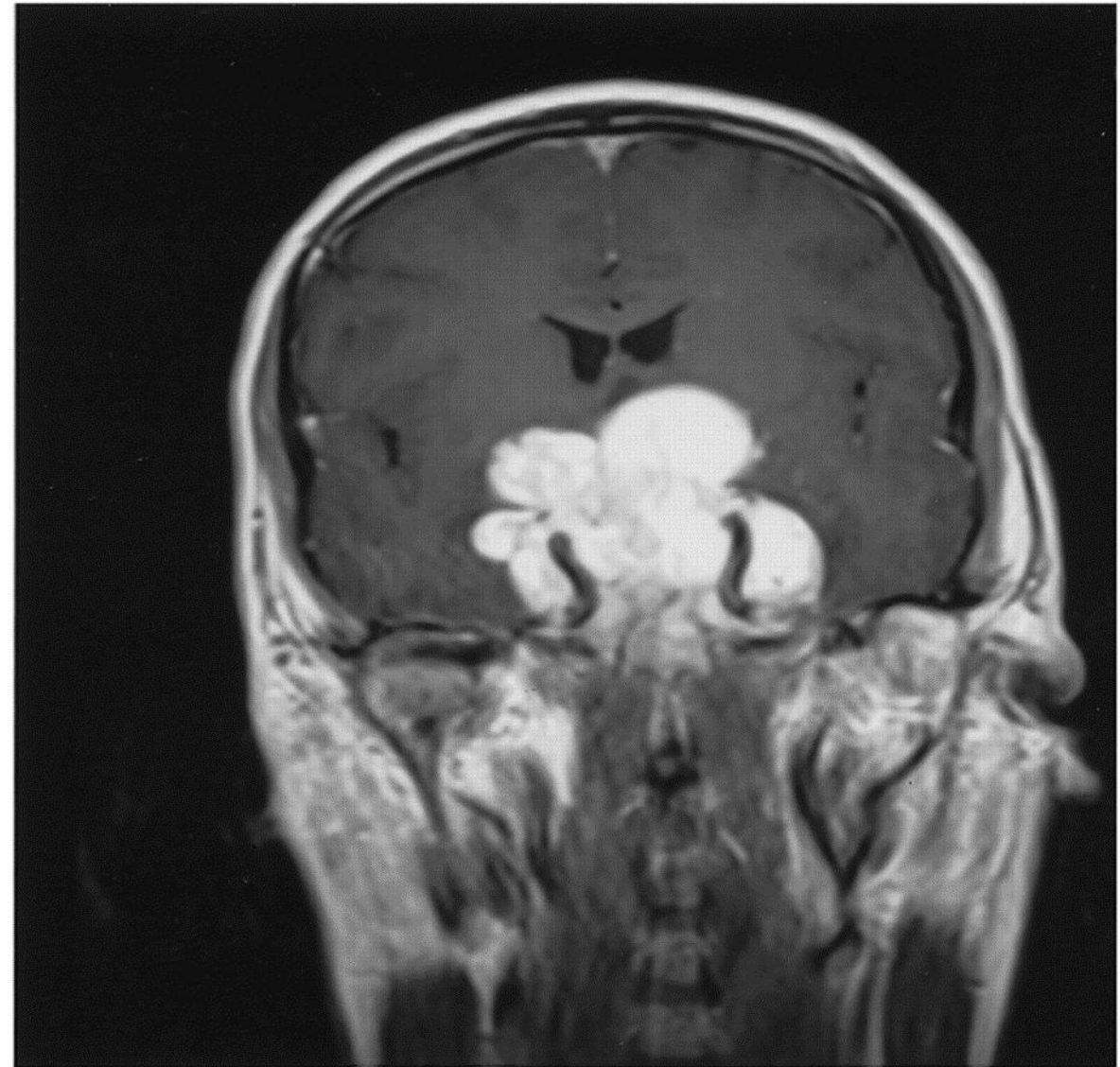
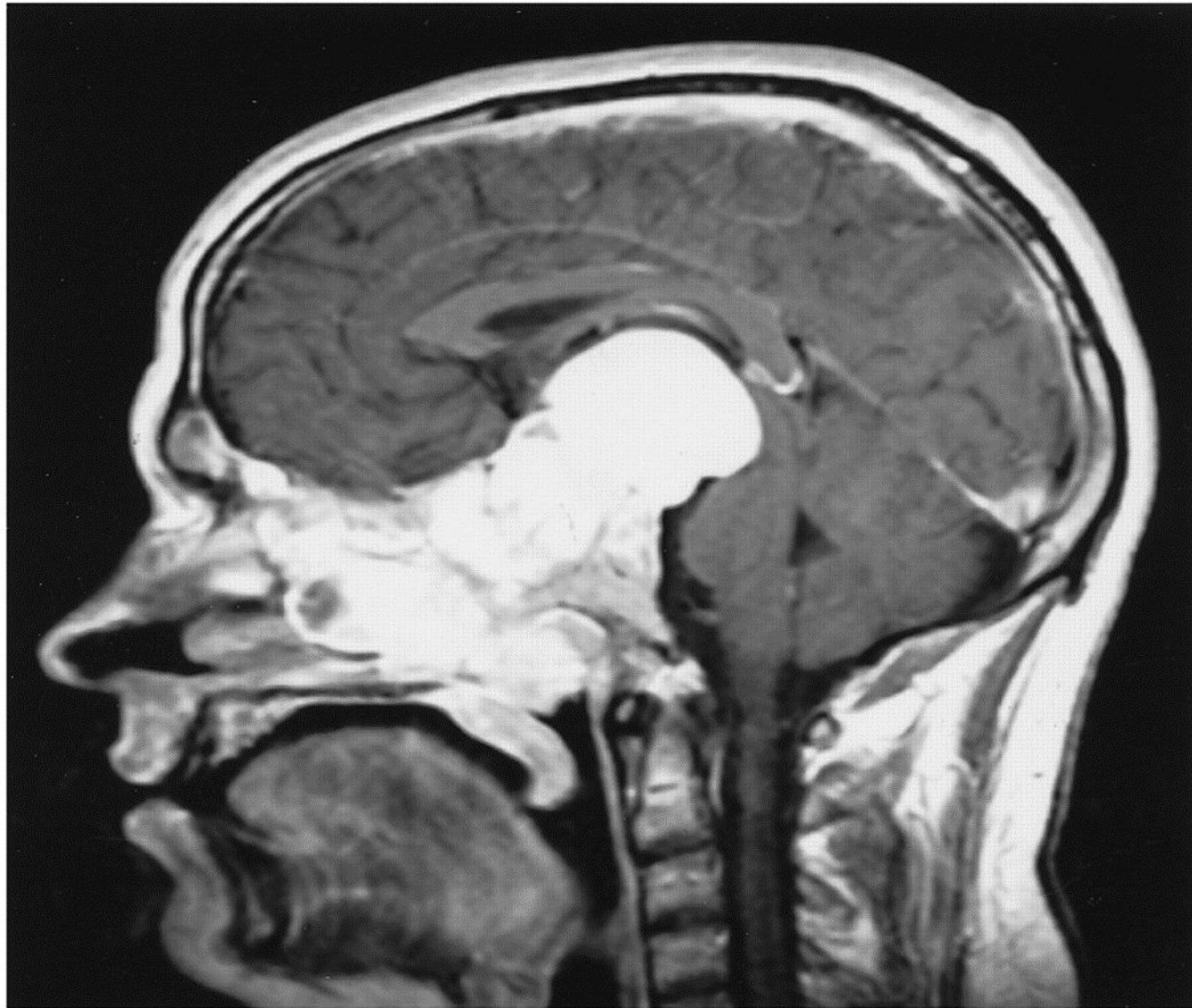


Клиническая картина, обусловленная Ростом опухоли

- Снижение остроты зрения
- Битемпоральная верхнеквадрантная или полная гемианопсия
- Повышение ВЧД
- Головная боль
- Паралич черепных нервов (III, IV, VI)
- Гипопитуитаризм
- Судороги
- Ликворея
- Несахарный диабет

Пролактинома

- Является самой частой (40%) гормон-продуцирующей опухолью гипофиза;
- Микропролактиномы (менее 10 мм) наблюдаются в 90%, в 20 раз чаще наблюдаются у женщин;
- Макропролактиномы (более 10 мм) – 10% всех пролактином, выявляются одинаково часто как у мужчин, так и женщин;
- Как правило уровень пролактина положительно коррелирует с размером опухоли.



Эффект-крюка

Пациент, 27 лет с головной болью, битемпоральной гемианопсией, расстройством памяти, нарушениями походки и импотенцией.

Уровень пролактина 78 нг\мл

МРТ: гигантская дольчатого строения опухоль с супра- и параселлярным ростом, которая сдавливает 3 желудочек и базальные ганглии, средний мозг. Инвазия в кавернозные синусы с обеих сторон, прорастает в клиновидную пазуху.

При разведении сыворотки 1:1000 концентрация ПРЛ больше 2000 нг\мл (по оценкам, достигающая до 280 000 нг\мл)

диагностика

- Определение уровня ПРЛ сыворотки
- Визуализация гипофиза (метод выбора – МРТ)
- Исключение других причин гиперпролактинемии: лекарственный анамнез, ТТГ и Т4св., гонадотропины, УЗИ ОМТ, биохимия крови (АЛТ, АСТ, СКФ).
- Дополнительные исследования:
- Денситометрия
- Периметрия, исследование глазного дна

Лечение гиперпролактинемии

- Медикаментозное
- Хирургическое
- Радиационное

Медикаментозное лечение –
метод выбора!

Агонисты дофаминовых рецепторов:

БРОМОКРИПТИН

Начальная доза 1,25-2,5 мг/сут. (до 7,5 мг/сут в 2-3 приема);

КАБЕРГОЛИН (Достинекс)

Начальная доза 0,25-0,5 мг в нед., в 1-2 приема с последующим титрованием дозы (возможно до 4,5 мг/ нед.)



Критерии отмены терапии

Продолжительность лечения более 2-ух лет;

Стойкая нормализация уровня ПРЛ;

Отсутствие аденомы по данным МРТ;

Значительное уменьшение размеров опухоли (на 50% и более);

Беременность (+-);

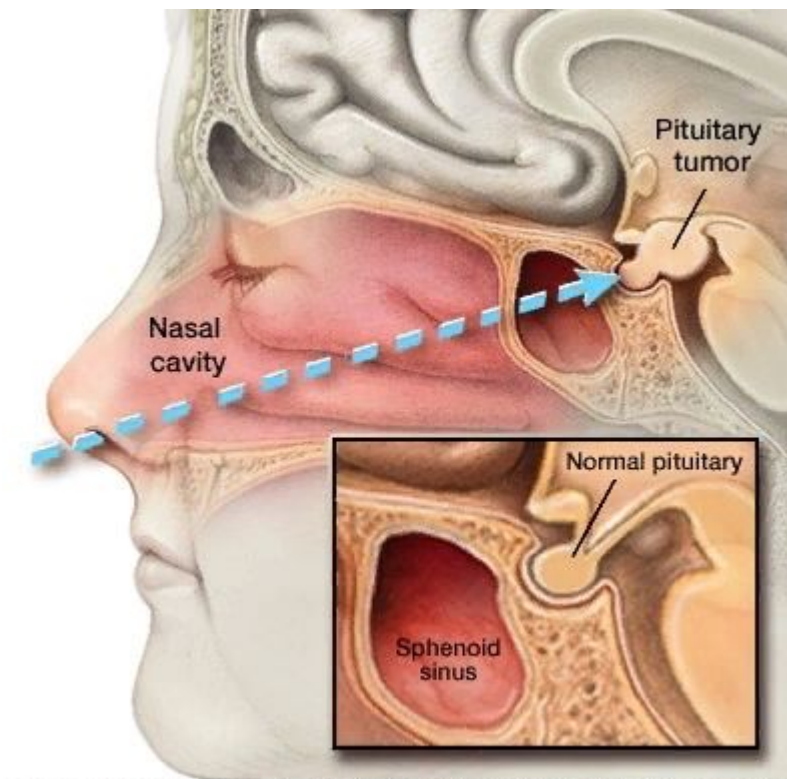
Постменопауза;

Возможность дальнейшего медицинского наблюден

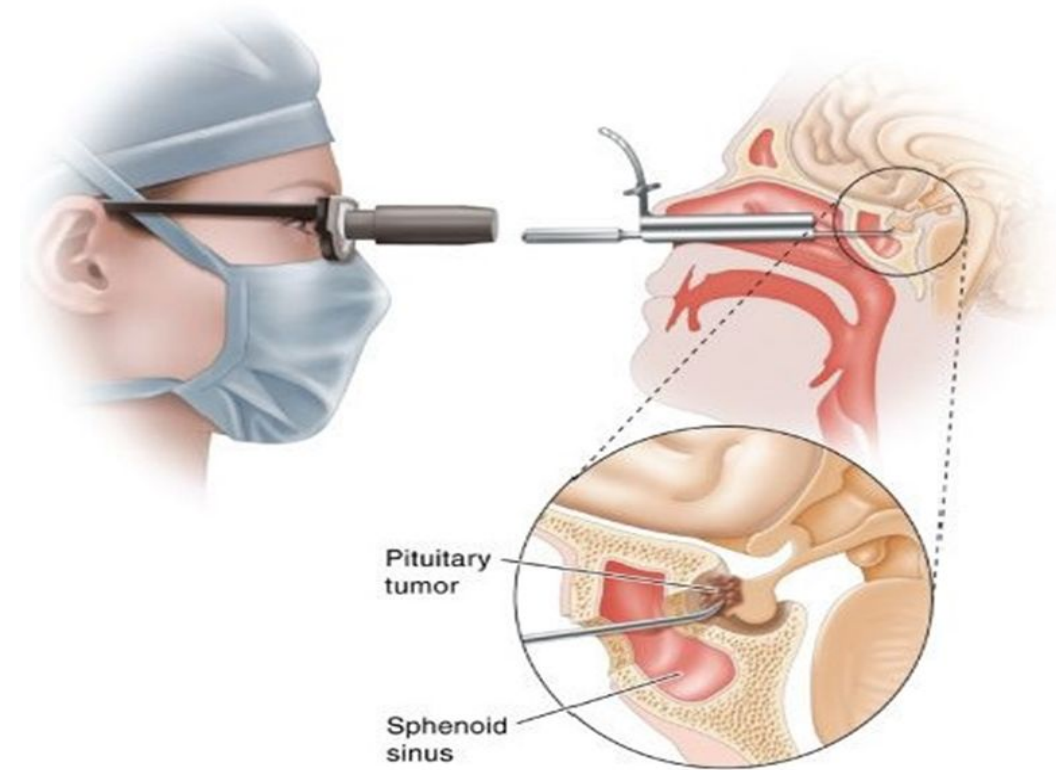
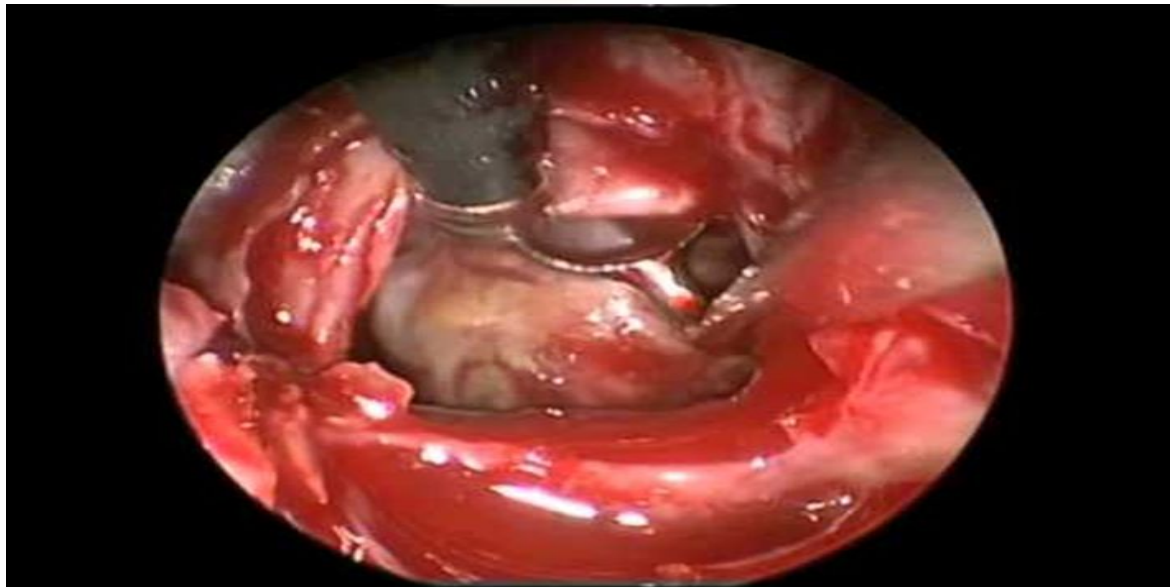
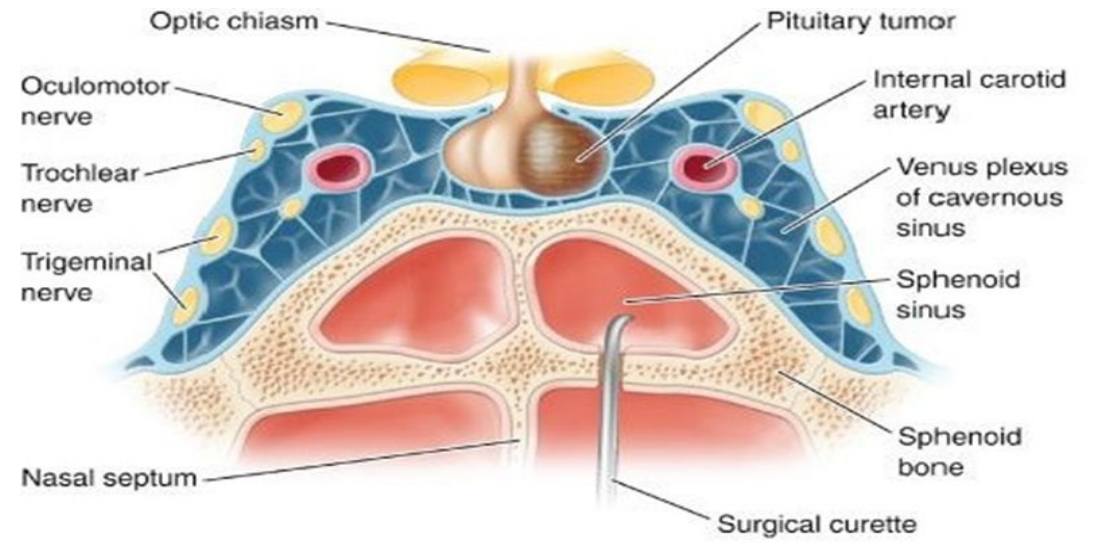
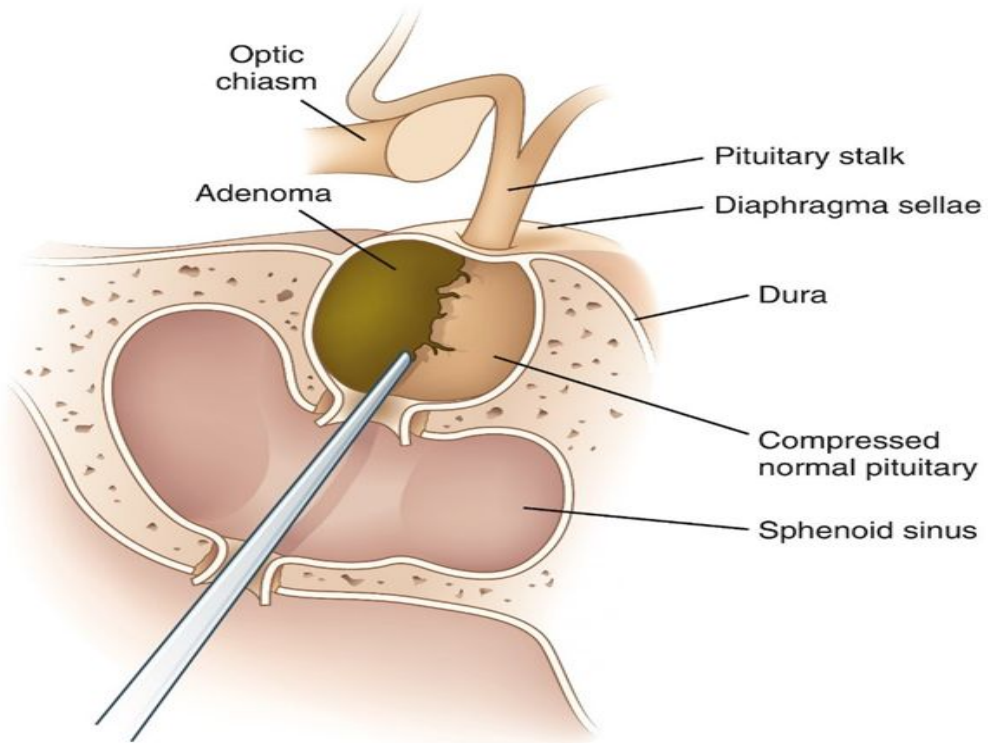
Хирургическое лечение Трансназальная трансфеноидальная адемомэктомия

Показания:

- Резистентность к медикаментозной терапии;
- Увеличение размеров опухоли;
- Апоплексия гипофиза;
- Непереносимость лекарственной терапии;
- Компрессия перекреста зрительного нерва и срединных структур мозга;
- Прولاктинома с кистозным компонентом;
- Ликворея на фоне ДА-агонистов;
- Прولاктинома у психиатрических больных при наличии противопоказаний к назначению ДА-агонистов.



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.



Осложнения хирургического лечения

- Тотальный или частичный гипопитуитаризм;
- Несахарный диабет;
- Потеря зрения;
- Повреждение глазодвигательных нервов;
- Локальный абсцесс, гематома;
- Менингит.

Радиационное лечение

Показания:

- Устранение оставшейся после хирургического лечения опухолевой ткани при резистентности к ДА-агонистам;
- Противопоказания к хирургическому лечению при сдавлении хиазмы и срединных структур ГМ.

Осложнения:

- Тотальный/ парциальный гипопитуитаризм;
- Потеря зрения, неврит зрительного нерва;
- Общемозговые нарушения: некроз ткани мозга, когнитивные расстройства;
- Вторичные опухоли ГМ.

Спасибо за внимание!