



# МАКРОПРОЛАКТИН И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПРОЛАКТИНОМ ОБЩЕСТВА ПО ИЗУЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГИПОФИЗА

Перевод И.И. Барминой

В Рекомендациях по диагностике и лечению пролактином Общества по изучению гипофизарных заболеваний мы были признательны за раздел, посвященный возможным диагностическим ошибкам, в том числе обсуждению проблемы макропролактинемии [1]. Однако существуют два положения, нуждающихся в пересмотре при последующих изданиях данных Рекомендаций.

Во-первых, утверждение о том, что макропролактин определяется большинством, но не всеми методами исследования пролактина, не верно. Согласно нашим данным, которые были представлены в ряде публикаций, все методы исследования пролактина, которые анализировались, способны обнаруживать и макропролактин. Результаты его определения различаются и зависят от технологии метода иммуноанализа и характеристики диагностируемой сыворотки [2, 3]. Мы не осведомлены о каких-либо других работах, посвященных исследованию пролактина, в которых изучаемый метод не давал бы никакой реакции с макропролактином.

Вторым спорным утверждением является то, что необходимость исследования макропролактина у больных с «классическими» симптомами гиперпролактинемии сомнительна. Действительно, следует определять содержание макропролактина у пациентов с умеренным повышением уровня пролактина (25–150 нг/мл, 500–3000 мЕд/л) и нечеткими клиническими жалобами, такими как головные боли или снижение либидо на фоне регулярных менструаций. В Рекомендациях данное утверждение было ошибочно приписано О.М. Науасхе и соавт. [4]. Действительно, в своих работах О.М. Науасхе и соавт. рекомендовали всем пациентам с гиперпролактинемией исследовать уровень макропролактина, а решение о проведении нейровизуализации принимать на основании клинической картины заболевания. В то же время, согласно Рекомендациям, скрининг на макропролактин показан только некоторым пациентам, и не уточнено, следует ли проводить магнитно-резонансную томографию (МРТ) всем больным или только тем, у кого макропролактинемия не выявлена, но имеются клинические показания.

Мы, как и другие исследователи, сообщали, что в обычной клинической практике значительное количество макропролактин присутствует в 10–20% исследуемых сывороток пациентов с гиперпролактинемией. При этом макропролактинемия может быть выявлена не только при бессимптомной гиперпролактинемии, но и у многих пациентов с клиническими проявлениями заболевания. Вероятно, это связано не столько с тем, что для макропролактинемии характерно наличие соответствующих для гиперпролактинемии жалоб, сколько с тем, что исследование уровня пролактина и, соответственно, макропролактина проводится у пациентов, предъявляющих данные жалобы [2, 3, 5]. Кроме того, макропролактинемия выявляется с примерно одинаковой частотой (14–20%) при различной степени

повышения уровня пролактина, а нарушения менструального цикла отмечаются более чем у 50% пациенток [3, 5]. Таким образом, только на основании клинической картины невозможно дифференцировать истинную гиперпролактинемию и макропролактинемию и зачастую ошибочно опираться только на клиническую оценку состояния. По этой причине мы рекомендуем ввести скрининг на макропролактин для всех пациентов с гиперпролактинемией. Для этой цели наиболее эффективно использование доступным и простым в исполнении метода преципитации с полиэтиленгликолем [6].

Анализ соотношения затраты/эффективность этого метода позволил сделать заключение о том, что расходы на проведение скрининга на макропролактин перекрываются экономией за счет отказа от необоснованного МРТ и последующего лечения [3]. Следует добавить, что при гиперпролактинемии сохраняется значительная вероятность установления ошибочного диагноза, отсрочки в определении истинного диагноза и снижения возможности для последующего зачатия. Отсутствие возможности для проведения анализа на макропролактин, ведущее к этим нежелательным последствиям, может иметь судебно-медицинские последствия в свете официальных рекомендаций о необходимости проведения скрининга [7, 8].

Нам бы хотелось поддержать клинических врачей и биохимиков в дальнейшем изучении проблемы определения уровня макропролактина при повышении содержания пролактина, а также последующие клинические исследования по проблеме гиперпролактинемии.

*Michael N. Fahie-Wilson, Terence Joseph McKenna, James A. Ahlquist, Thomas P. Smith*

## Литература

1. Casanueva F.F., Molitch M.E., Schlechte J.A. et al. Guidelines of the Pituitary Society for the diagnosis and management of prolactinomas. *Clin Endocrinol* 2006; 65: 265–273.
2. Fahie-Wilson M., John R. & Ellis A.R. Macroprolactin: high molecular mass forms of circulating prolactin. *An Clin Biochem* 2005; 42: 175–192.
3. Gibney J., Smith T.P. & McKenna T.J. Clinical relevance of macroprolactin. *Clin Endocrinol* 2005; 62: 633–643.
4. Hauache O.M., Rocha A.J., Maia A.C.M. et al. Screen-ing for macroprolactinaemia and pituitary imaging studies. *Clin Endocrinol* 2002; 57: 327–331.
5. Suliman A.M., Smith T.P., Gibney J. & McKenna T.J. Frequent misdiagnosis and mismanagement of hyperprolactinaemic patients before the introduction of macroprolactin screening: application of a new strict laboratory definition of macroprolactinaemia. *Clin Chem* 2003; 49: 1504–1509.
6. Kavanagh L., McKenna T.J., Fahie-Wilson M.N. et al. Specificity and clinical utility of methods for the detection of macroprolactin. *Clin Chem* 2006; 52: 1366–1372.
7. Schlechte J.A. Editorial: the macroprolactin problem. *J Clin Endocrinol Metabol* 2002; 87: 5408–5409.
8. Fahie-Wilson M. In hyperprolactinemia, testing for macroprolactin is essential. *Clin Chem* 2003; 49: 1434–1436.