

ВЫВОДЫ

Анализ гинекологической патологии у девочек выявил тенденцию увеличения нарушений менструального цикла (олигоменорея), сальпингитов, патологии молочных желёз, кондилом вульвы и влагалища, эктопий шейки матки. Возрастная группа 15–17 лет — это группа риска гинекологической

патологии. Увеличение частоты олигоменореи в 2005 г. в 3 раза может способствовать росту частоты аменореи в 2006 г. Рост кондилом и эктопий шейки матки, диктует необходимость диспансерного наблюдения за этой группой девочек и проведения лечебных мероприятий по профилактике фоновых и предраковых заболеваний шейки матки.

Л.И. Колесникова, Е.Е. Храмова, Л.В. Сутурина, В.П. Ильин, Е.И. Макеева, Л.Ф. Шолохов

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВУШЕК С МИКРОАДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА

Клиника ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

ЦЕЛЬ

Выявить особенности полового созревания, оценить состояние гонадотропной функции гипофиза при гормононеактивных микроаденомах гипофиза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 171 пациентка в возрасте 11–17 лет (средний возраст $14,8 \pm 0,15$ лет).

Критериями исключения из исследования явились патология щитовидной железы, заболевания надпочечников, гипергонадотропные состояния, прием оральных контрацептивов.

Всем девушкам проведены общеклинические, биохимические исследования, определены уровни гормонов в сыворотке крови, по показаниям проведены лекарственные пробы, УЗИ органов малого таза и щитовидной железы, инструментальные и методы обследования МРТ (КТ) головного мозга с прицельным исследованием sella-области.

На основании обследования выделены следующие группы: девушки с функциональной гиперпролактинемией ($n = 20$), с микропролактиномой гипофиза ($n = 85$), гормононеактивной аденомой гипофиза ($n = 35$), группа контроля ($n = 31$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Физическое развитие девушек по средним величинам не отличалось и соответствовало возрасту. При анализе течения перинатального периода выявлены следующие нарушения: гестоз, угроза прерывания беременности, внутриутробная гипоксия плода. Наиболее значимы эти нарушения во второй и третьей группах (p для χ^2 0,00001 и 0,0005 соответственно).

При изучении анамнеза отмечено, что все девушки в детстве перенесли какие-либо вирусные инфекции. Чаще всего это были: ветряная оспа, краснуха и частые острые респираторные вирусные инфекции. В группе с функциональной гиперпролактинемией у 80 % (16 пациенток) имелось указание на 3 и более вирусных инфекции, микропролактиномой гипофиза — 73 % (62), «неактивной»

микроаденомой гипофиза — 43 % (15), группе контроля — 45 % (9) (14). Кроме этого у подростков выявлена и сопутствующая соматическая патология — хронические тонзиллиты, пиелонефриты и заболевания желудочно-кишечного тракта. В первой группе 80 % (16), во второй 68 % (58), в третьей 57 % (20) и в четвертой 26 % (8). Чаще данные изменения выявлялись во второй и третьей группе (p для χ^2 0,005 и 0,01 соответственно).

Одной из самых частых жалоб у девушек с микроаденомами гипофиза была жалоба на головные боли (100 %), при функциональной гиперпролактинемии — 85 %. Слабость и сонливость, снижение памяти и зрения также достоверно чаще встречались в этих группах ($p < 0,00001$).

Степень развития вторичных половых признаков (оценивалось по Таннеру) соответствовало возрасту у 64,7 % пациенток с микропролактиномой гипофиза, у 56,8 % с гормононеактивной микроаденомой и у 95 % девушек с функциональной гиперпролактинемией. Средний возраст прихода первой менструации в группе с микропролактиномой и неактивной микроаденомой составил $12,6 \pm 1,3$, что не отличалось от популяционной нормы и группы девушек с функциональной гиперпролактинемией $12,3 \pm 1,2$. Но необходимо отметить, что ни у одной у пациентки с микропролактиномой и неактивной микроаденомой не было регулярных менструаций: у 28,2 % (24) — первичная аменорея, а у 24,7 % (21) — вторичная аменорея, у остальных задержки менструаций до 3 месяцев, у некоторых пациенток — обильные, длительные менструации.

При определении средних значений гормональных показателей у девушек с микропролактиномой и неактивной микроаденомой гипофиза нами выявлены статистически значимые снижения уровней тиреотропного гормона (ТТГ) и общего трийодтиронина (T_3) по сравнению с группой контроля и функциональной гиперпролактинемией ($p < 0,0000$). При анализе средних значений гонадотропинов у девушек с микропролактиномой выявлено значимое снижение уровня фолликуло-

стимулирующего (ФСГ) и повышение лютеинизирующего гормонов (ЛГ) в сравнении с группой контроля (p меньше 0,0000 и $p = 0,02$ соответственно). У девушек с гормононеактивной аденомой выявлено статистически значимое снижение уровня ЛГ ($p < 0,0007$) при неизменном ФСГ. При исследовании уровня андрогенов выявлено статистически значимое повышение уровня 17ОНП и T_c ($p < 0,000$ и $p = 0,01$ соответственно).

ВЫВОДЫ

Таким образом, ведущими жалобами у девушек с микроаденомами гипофиза являются: головные боли, слабость, снижение памяти и зрения, замедленное появление вторичных половых признаков и нарушение ритма менструаций. В гормональном фоне выявляется снижение функции щитовидной железы, нарушение секреции гонадотропинов, повышение секреции андрогенов.

Л.И. Колесникова, Е.Е. Храмова, Л.В. Сутурина, В.П. Ильин, Е.И. Макеева, Л.Ф. Шолохов

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АГОНИСТОВ ДОФАМИНА У ПОДРОСТКОВ С ГОРМОНОНЕАКТИВНЫМИ МИКРОАДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА

Клиника ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

ЦЕЛЬ

Изучить эффективность применения агонистов дофамина у подростков с гормононеактивными микроаденомами гипофиза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 171 пациентка в возрасте 11 – 17 лет (средний возраст $14,8 \pm 0,15$ лет).

Всем подросткам проведены общеклинические, биохимические исследования, определены уровни гормонов в сыворотке крови, по показаниям проведены лекарственные пробы, УЗИ органов малого таза и щитовидной железы, инструментальные методы обследования МРТ(КТ) головного мозга с прицельным исследованием sellarной области.

На основании обследования выделены следующие группы: первая – девушки с функциональной гиперпролактинемией ($n = 20$), вторая – с микропролактиномой гипофиза ($n = 85$), третья – гормононеактивной аденомой гипофиза ($n = 35$), четвертая – группа контроля ($n = 31$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У девушек с микропролактиномой гипофиза ($n = 85$) и гормононеактивной аденомой ($n = 35$) наиболее выражены по сравнению с группой девушек с функциональной гиперпролактинемией ($n = 20$) и группой здоровых ($n = 31$) общие и неврологические жалобы ($p = 0,00001$). В группе девушек с микропролактиномой жалобы на слабость (69 %), сонливость (60 %), головокружение (64,7 %), умеренные и выраженные головные боли (100 %) выявлялись значительно чаще, чем в группе с неактивной аденомой гипофиза ($p = 0,001$) и соответственно в группе с функциональной гиперпролактинемией ($p = 0,000001$).

Степень развития вторичных половых признаков (оценивалось по Таннеру) соответствовало

возрасту у 64,7 % пациенток с пролактиномой гипофиза, 56,8 % гормононеактивной микроаденомой и 95 % девушек с функциональной гиперпролактинемией. Средний возраст прихода первой менструации во второй и третьей группах составил $12,6 \pm 1,3$, что не отличалось от популяционной нормы. Необходимо отметить, что ни у одной пациентки с микропролактиномой не было регулярных менструаций: у 28,2 % – первичная аменорея, а у 24,7 % – вторичная аменорея, у остальных задержки менструаций до 3 месяцев. 14 % подростков с неактивной микроаденомой гипофиза имели регулярные менструации, у 86 % нарушения ритма менструаций: первичная аменорея (26 %), вторичная (14 %).

При определении средних значений гормональных показателей у девушек с микропролактиномой и неактивной микроаденомой гипофиза нами выявлены статистически значимые снижения уровней тиреотропного гормона (ТТГ) и общего трийодтиронина (T_3) по сравнению с группой контроля и функциональной гиперпролактинемией ($p < 0,0000$). При анализе средних значений гонадотропинов у девушек с микропролактиномой выявлено значимое снижение уровня фолликулостимулирующего (ФСГ) и повышение лютеинизирующего гормонов (ЛГ) в сравнении с группой контроля ($p < 0,0000$ и $p = 0,02$ соответственно). У девушек с гормононеактивной аденомой выявлено статистически значимое снижение уровня ЛГ ($p < 0,0007$) при неизменном ФСГ. При исследовании уровня андрогенов выявлено статистически значимое повышение уровня 17ОНП и T_c ($p < 0,000$ и $p = 0,01$ соответственно).

На фоне длительной в течение 1 – 2 лет терапии дофаминомиметиками (бромкриптин, каберголин) девушек с гормононеактивными микроаденомами гипофиза и микропролактиномами улучшилось общее самочувствие: уменьшились