

Никитина Е.В., Заборовская З.В., Бурван Е.Ю.

Тактика ведения и исходы беременности у женщин с пролактинсекретирующими аденомами гипофиза

Представлены данные ведения и исходов беременности у женщин с пролактинсекретирующими аденомами гипофиза.

Ключевые слова: пролактинома, бромокриптин.

Пролактинсекретирующая аденома (пролактинома) - опухоль передней доли гипофиза, в избытке вырабатывающая пролактин. Это наиболее часто встречающаяся гормонально-активная опухоль гипофиза, которая составляет до 40% всех новообразований гипоталамо-гипофизарной системы. Размеры пролактином могут быть различными - от микроаденом (менее 10 мм) до макроаденом (более 10 мм) с выходом за пределы турецкого седла.

Клинические проявления пролактиномы широко варьируют, начиная от отсутствия каких-либо клинических нарушений, когда она выявляется случайно, до наличия всех симптомов, которые в основном включают в себя репродуктивные, сексуальные, метаболические и эмоционально-личностные нарушения. При микропролактиномах это, прежде всего, нарушение менструального цикла, бесплодие и галакторея. Пролактиномы в основном обнаруживаются в возрасте 20-40 лет, у женщин несколько чаще, чем у мужчин. Коррекция гиперпролактинемии осуществляется с помощью препаратов агонистов дофамина (бромокриптин, каберголин, хинаголид), которые восстанавливают овуляцию в более чем 90% случаев. Но когда овуляция и фертильность у женщин с пролактинсекретирующими аденомами гипофиза восстановлены, возникают два важных вопроса: как влияют агонисты дофамина на внутриутробное развитие плода и каково влияние самой опухоли на течение беременности.

Цель: изучить тактику ведения женщин с пролактиномами во время беременности.

Задачи: 1) выявить особенности течения беременности и родов у женщин с пролактиномами.

2) оценить влияние приёма бромокриптина на течение беременности и внутриутробное развитие плода.

3) разработать алгоритм ведения женщин с пролактиномами во время беременности.

Материалы и методы: 1) пациенты: Исследование было основано на ретроспективном анализе историй болезни (УЗ «4 женская консультация» г. Минска, 2008-2009гг.). В основную группу были включены 40 женщин с пролактиномами, беременность у которых закончилась родами. Среди этих 40 женщин 15 (37,5%) принимали бромокриптин во время беременности. В контрольную группу вошли 35 женщин без сопутствующей экстрагенитальной патологии, беременность у которых закончилась родами.

Общая характеристика женщин, включённых в исследование, и их акушерско-гинекологический анамнез (Me { min;max })

Группа обследованных	Число обследованных	Возраст	Число повторно беременны	Число самопроизвольных выкидышей (в анамнезе)		Число неразвивающихся беременностей (в анамнезе)		Роды (в анамнезе)		Бесплодие (в анамнезе)	
				Абс.	%	Абс.	%	Число родов	Число женщин	Число женщин	Продолжительность (лет)
Основная	40	27 {18;36}	17	3	17,6	4	23,5	1 2	9 1	15	1-5
Контрольная	35	28 {20;40}	17	1	5,9	1	5,9	1 2 >2	8 3 3	-	-

Сопутствующая экстрагенитальная патология была у 28 (70%) женщин основной группы. Из них заболевания щитовидной железы отмечались у 21 (52,5%) женщины. Гинекологические заболевания в анамнезе имели 24 (60%) женщины основной группы и 12 (34,3%) женщин контрольной группы.

Результаты и обсуждения:

При анализе особенностей гестационного процесса в I триместре у беременных с пролактиномами была установлена высокая частота угрозы прерывания (в основной группе - 32,5%, в группе сравнения – 14,3%). Наряду с этим, в отличие от группы сравнения, у пациенток с пролактиномами отмечалось в анамнезе самопроизвольное прерывание беременности (преимущественно в сроке 6-7 недель гестации) в 17,6% наблюдений.

Обращала на себя внимание относительно высокая частота неразвивающейся беременности в анамнезе. Частота неразвивающейся беременности у женщин основной группы превышала аналогичный показатель у женщин контрольной группы (23,5% и 5,9%, соответственно).

При анализе особенностей II и III триместров беременности были обнаружены следующие осложнения:

Осложнение	Основная группа (%)	Контрольная группа (%)
Угроза преждевременных родов	10,0	8,6
Анемия	25,0	28,5
ИЦН	10,0	5,7
Низкая плацентация	5,0	5,7
Поздний гестоз	30,0	2,9
ХФПН	30,0	5,7
ХВГП	12,5	2,9
СЗРП	10,0	-

СЗРП 10,0 -

Особое внимание было уделено офтальмологическому обследованию женщин с пролактиномами. Необходимо отметить, что ни в одном наблюдении не было обнаружено дефектов полей зрения.

При анализе течения родового акта у пациенток основной группы были установлены следующие особенности: несвоевременное излитие околоплодных вод (25%), слабость родовой деятельности (5%). Острая гипоксия плода возникла в 10% случаев. Данные осложнения родового акта не носят специфического характера и наблюдаются с повышенной частотой при многих эндокринных заболеваниях, гестозах и других формах экстрагенитальной патологии.

Большой практический интерес представляет вопрос об операции кесарева сечения у пациенток с рассматриваемой патологией. Оперативное родоразрешение (кесарево сечение) было произведено 11 (27,5%) пациенткам. В большинстве случаев данную операцию выполняли в связи с отягощённым анамнезом (длительное бесплодие, невынашивание беременности и др.) или по поводу осложнённого течения данной беременности или родов. Согласно нашим наблюдениям, это оперативное вмешательство в плановом или экстренном порядке почти всегда осуществлялось по сочетанным показаниям. Необходимо подчеркнуть, что только наличие пролактиномы не может являться самостоятельным показанием к проведению данного вида акушерской операции.

Оценка состояния новорождённых по шкале Апгар:

Апгар	Основная группа (число новорождённых)	Контрольная группа (число новорождённых)
8/9	2	4
8/8	33	30
7/8	3	1
7/7	2	-

Сравнительная характеристика течения и исхода беременности у женщин с пролактиномами, принимавших (I группа) и непринимавших (II группа) во время беременности бромокриптин.

Критерий сравнения	I группа (%)	II группа (%)
Угроза прерывания беременности	33,3	32,0
Токсикоз I половины беременности	6,7	8,0
Анемия	40,0	44,0
ИЦН	13,3	8,0
Низкая плацентация	6,7	4,0
Угроза преждевременных родов	6,7	12,0
Поздний гестоз	33,3	28,0
ХФПН	13,3	40,0
ХВГП	6,7	16,0
СЗРП	-	16,0
Состояние новорождённого по шкале Апгар:		
8/9		
8/8	6,7	4,0
7/8	93,3	76,0
7/7	-	12,0
	-	8,0

Не было обнаружено ни одного случая мёртворождения и врождённой аномалии развития плода.

Выводы: 1) Пролактинома является фактором риска в отношении осложнений беременности и невынашивания беременности.

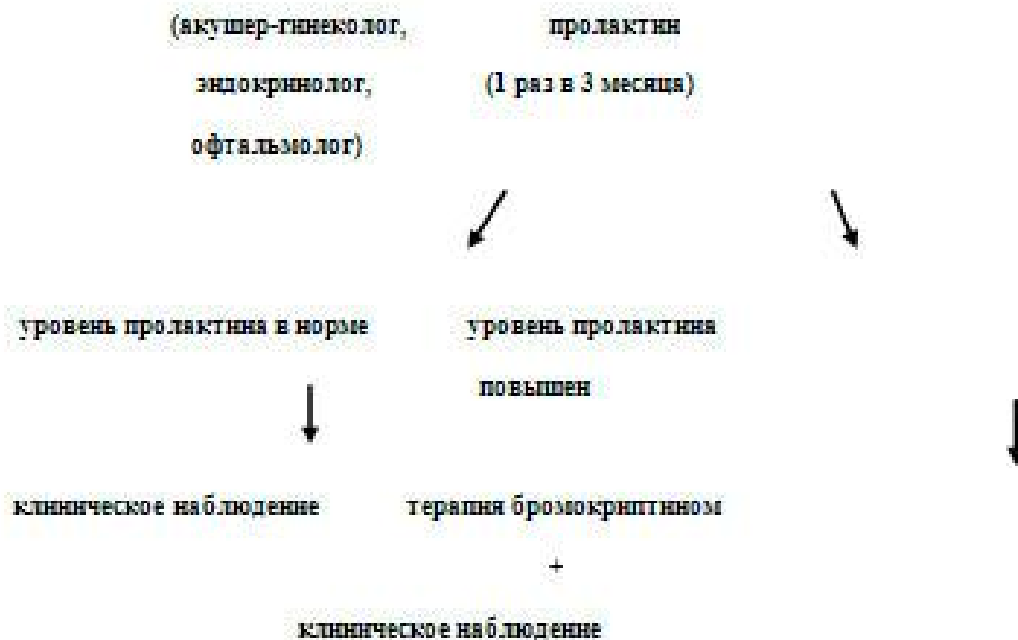
2) Приём бромокриптина во время беременности не оказывает отрицательного влияния на течение беременности и не вызывает возникновения врождённых аномалий развития у плода.

Таким образом, во время беременности женщины с пролактиномами

подлежат тщательному обследованию.

Алгоритм ведения женщин с пролактиномами в течение беременности:

Беременность → Клиническое обследование + анализ крови на



Норма пролактина во время беременности:

I триместр: 190-4050 мМЕ/мл

II триместр: 950-5640 мМЕ/мл

III триместр: 1100-7400 мМЕ/мл

Литература

1. Дедов, И. И. Синдром гиперпролактинемии / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, Т. И. Романцова. М.: «Триада», 2004. С. 217.
2. Марова, Е. И. Гиперпролактинемия у мужчин и женщин. Москва. Pharmacia&Upjohn: пособие для врачей / Е. И. Марова, В. В. Вакс, Л. К. Дзеранова. 2000. С. 30.
3. Жукова, Э. В. Беременность, роды и перинатальные исходы у больных с синдромом гиперпролактинемии / Э. В. Жукова [и др.] // Акушерство и гинекология. М., 2002. № 3. С. 23.
4. Макаровская, Е. Е. Вопросы диагностики и лечения микропролактином: тез. докл. II Всероссийского съезда эндокринологов 22–25 октября 1991 г., г. Челябинск / Е. Е. Макаровская [и др.]. Челябинск, 1991. С. 243.
5. Гиниятуллина, Е. Н. Клинический случай лечения пролактиномы у больной во время беременности: материалы VII Российского форума «Мать и дитя», 11–14 октября 2005 г. / Е. Н. Гиниятуллина, Б. А. Кадышев, М. М. Евсеева. М., 2005. С. 63.
6. Марова, Е. И. Медикаментозное лечение пролактином: материалы III Всероссийской науч.-практ. конф.: Актуальные проблемы нейроэндокринологии / Е. И. Марова, Н. И. Сергеева. 2003. С. 167–173.
7. Марова, Е. И. Современные подходы к лечению различных форм

- гиперпролактинемии: тез. докл. в сб. «Актуальные вопросы эндокринологии», Санкт-Петербург 6–7 апреля 2000 г. / Е. И. Марова, И. А. Иловайская. СПб., 2000. С. 234.
8. Балаболкин, М. И. Эндокринология / М. И. Балаболкин. М.: «Универсум паблишинг», 1998. С. 134–142.
 9. Воронцов, А. А. Магнитно-резонансная томография / А. А. Воронцов // Нейроэндокринология: клинические очерки под ред. проф. Е. И. Маровой. Ярославль: «ДИА-пресс», 1999. С. 40–52.
 10. Дзеранова, Л. К. Макропролактинемия / Л. К. Дзеранова [и др.] // Проблемы репродукции. 2005. № 11 (2). С. 60–65.
 11. Influence of gestation and delivery on the condition of microprolactinoma. / Enea 2002 Munich. September 12–14, 2002. 10 th Meeting of the European Neuroendocrine Association. Abstracts. PA-85, P. 78.
 12. Ovulation restore in patients with hyperprolactinemia treated with various dopamine agonist / gynecological Endocrinology. 2000. V. 14. Suppl. 2. P. 41. (E. V. Zhukova, A. P., T. I. Romantsova, Sosnova E. A., Mocricheva N. G., Acsenova O. A.).