

А. С. Шатица

**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
НА ДИАГНОСТИКУ ВТОРИЧНОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. О. Н. Шишко

Кафедра эндокринологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

A. S. Shatitsa

**ASSESSMENT OF THE INFLUENCE OF POLYCYSTOSIC OVARIAN
SYNDROME ON DIAGNOSIS OF SECONDARY HYPERPROLACTINEMIA**

Tutor: PhD in Medical sciences, assistant lecturer V. M. Shyshko

Department of Endocrinology,

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Синдром поликистозных яичников СПКЯ (МПКЯ) и гиперпролактинемия – наиболее распространенные эндокринные заболевания женщин репродуктивного возраста, занимающие лидирующие позиции среди причин нарушений менструального цикла и ановуляторного бесплодия.

Имеются противоречивые данные о частоте встречаемости повышенного уровня пролактина при синдроме поликистозных яичников.

Сохраняется вопрос, является ли гиперпролактинемия проявлением СПКЯ или, учитывая высокую распространенность обеих патологий, это случайная ассоциация.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, гиперандрогения, гиперпролактинемия, гипозэстрогения, нарушение менструального цикла.

Resume. PCOS and hyperprolactinemia are the most common endocrine diseases of women of reproductive age. These states have a leading position among the causes of menstrual cycle disorders and anovulatory infertility.

They have widely divergent opinions on controversial issues of elevated prolactin levels in polycystic ovary syndrome.

The question remains whether hyperprolactinemia is a manifestation of PCOS or, given the high prevalence of both pathologies, this is a random association.

Keywords: polycystic ovary syndrome, hyperandrogenism, hyperprolactinemia, hypoeestrogenism, menstrual irregularities.

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – известный также как синдром Штейна—Левенталю – гетерогенное заболевание, характеризующееся гиперандрогенией (ГА), ановуляцией и эхографическими признаками. На сегодняшний день СПКЯ – одна из наиболее частых причин нарушения менструальной и генеративной функций.

Связь между СПКЯ и синдромом гиперпролактинемии описывается с 1950-х годов, однако патофизиологические аспекты остаются не до конца изученными.

Цель: оценить взаимосвязь между повышенным уровнем пролактина и СПКЯ, провести анализ гормональных отклонений и нарушений менструальной функции.

Задачи:

1. Провести анализ гормональных отклонений: сравнить с референтными значениями показатели пролактина, тестостерона, эстрадиола, ЛГ/ФСГ, 17-гидроксипрогестерона (17-ОП), дегидроэпиандростерона (ДГЭА), ТТГ, выявить ведущие гормональные нарушения.

2. Провести анализ нарушений менструальной функции: установился ли нормальный цикл (НМЦ) сразу от менархе, возраста менархе; имеет ли место болевой синдром, объём менструаций (субъективная оценка пациентками).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 30 медицинских карт амбулаторных пациенток, наблюдающихся в УЗ «Городской эндокринологический диспансер» г. Минска с диагнозом СПКЯ в возрасте от 21 до 38 лет. В исследуемую группу вошли пациентки с нормальным или повышенным ИМТ, имеющие нарушения менструального цикла и эхографические признаки СПКЯ (V OVS и V OVD более 10 см³). Исследуемые параметры: возраст менархе, менструальный цикл (частота, длительность, наличие или отсутствие болевого синдрома) гормональные показатели (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, пролактин, мономерный пролактин, тестостерон, 17-оксипрогестерон, ТТГ), УЗИ органов малого таза, клинические признаки ГА (гирсутизм, андрогензависимая дермопатия). Критериями исключения были: возраст от менархе менее 8 лет, иные причины гиперпролактинемии.

В работе использовался статистический метод исследования. Обработка данных проведена с использованием пакетов прикладной программы «Microsoft Excel XP», «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. Средний возраст наступления первой менструации у пациенток составил 13±2 лет. Нарушения менструального цикла от менархе возникли в 36,7% случаев. Умеренные и безболезненные менструации - у 86,7% и 73,3% соответственно.

Повышения уровня тестостерона выявлено у 63,0% пациенток. Среднее значение тестостерона 0,759±0,2 нг/мл превышает верхнюю границу нормы (0,481 нг/мл) на 57,80%. 10% пациенток предъявляли жалобы, связанные с гирсутизмом; 13% – связанные с андрогензависимой дермопатией (акне).

Снижение уровня эстрадиола выявлено у 43,0% пациенток. Среднее значение эстрадиола 24,38±5,3 пг/мл ниже нижней границы нормы (50пг/мл) на 51,24%.

Повышения уровня ЛГ выявлено у 53,0% пациенток, значения ФСГ у всех обследуемых женщин было в пределах референтных значений. Соотношения ЛГ/ФСГ более 2,5 отмечалось в 36,7% случаев.

Значения 17-ОП превышают референтные значения у 81,0% исследуемой группы. Среднее значение 17-ОП 2,27±0,9 нг/мл превышает верхнюю границу нормы (0,8 нг/мл) на 183,75%.

Показатели ДГЭА-С ЛГ у 65% обследуемых женщин выше референтных значений. Среднее значение ДГЭА-С 440,10±60,9 мкг/л превышает верхнюю границу нормы (0,337 мкг/дл) на 30,59%.

При первом гормональном исследовании у почти 46,7% пациенток выявлены незначительные превышения уровня пролактина (на 49,0% выше нормы), в последующем стойкая вторичная гиперпролактинемия (629,3 – 920,0 мкМЕ/мл) сохраняется у 38,5% пациенток.

Несмотря на снижение посредством назначения Левотироксина натрия изначально высоких уровней показателей ТТГ у пациенток с СПКЯ гиперпролактинемия сохранялась (таблица 1).

Табл. 1. Значения ТТГ и пролактина после нормализации высоких показателей ТТГ

№ случая	ТТГ (Норма 0,27-4,2 мкМЕ/мл)	Пролактин		ТТГ после приема Левотироксина натрия через 2 мес	Пролактин общий после приема Левотироксина натрия через 2 мес
		Общий (Норма 102-496 мкМЕ/мл)	Мономер (Норма 27-390 мЕд/мл)		
1	7,3↑	920,0↑	784,0↑	3,82(N)	597,8↑
2	4,53↑	881,8↑	656,2↑	2,76(N)	657,4↑
3	5,3↑	35↑ (Норма до 27)	-	3,56(N)	780↑

В качестве симптоматической терапии получали препараты прогестерона и комбинированные оральные контрацептивы.

Выводы:

1 При первом гормональном исследовании у более, чем половины (56,67%) пациенток обнаружены незначительные превышения уровня пролактина (на 59,39% от референсных значений). При последующих исследованиях сохраняется стойкая вторичная гиперпролактинемия у 33,3% пациенток.

2 При нормальных показателях ТТГ у пациенток с СПКЯ гиперпролактинемия сохранялась.

3 По результатам исследования более трети пациенток имеют нарушения регулярности МЦ от менархе (36,7% случаев).

4 Ведущие нарушения в гормональном фоне – гиперандрогения, повышение уровня ЛГ и гипоестрогения.

Литература

1. Манухин И.Б. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции. – 4 изд. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
2. International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. – Monash University on behalf of the NHMRC, Centre for Research Excellence in PCOS and the Australian PCOS Alliance: 2018.
3. National Institutes of Health Evidence-based Methodology Workshop on Polycystic Ovary Syndrome. December 3–5, 2012.