

Дайджест Пролактинома у детей и подростков

Развитие гиперпролактинемии обусловлено различными этиологическими факторами и может иметь разные признаки и симптомы. Этот синдром достаточно редко возникает в детском возрасте. Вопросы эволюции (развития со временем) пролактином у детей и подростков и на сегодня остаются малоизученными.

Целью одного из исследований в этом направлении [1] была ретроспективная оценка клинического течения и исхода гиперпролактинемии у детей. Авторы изучили учетные документы 21 ребенка с гиперпролактинемией, которых обследовали в госпитале. Установлено, что наиболее распространенными симптомами заболевания были нарушения менструального цикла, галакторея и головная боль. Гиперпролактинемия была вызвана микроаденомой у 10, макроаденомой у 7 и лекарственной индукцией у 4 пациентов. Бромокриптин и каберголин были одинаково эффективны для снижения уровня пролактина в сыворотке крови. Хирургическое лечение у детей с макропролактиномой не было окончательным, в дальнейшем им была показана послеоперационная терапия агонистом дофамина. Авторы считают, что при наличии каких-либо клинических симптомов или признаков, свидетельствующих о подавлении гипоталамико-гонадной оси, вероятным диагнозом может быть гиперпролактинемия. При микроаденоме, как правило, эффективна медикаментозная терапия, а хирургическое лечение не всегда является удачным при макроаденоме и часто сопровождается развитием рецидива.

В другом клиническом исследовании сообщено [2] о долгосрочном развитии (2 года — 20 лет) пролактином у 40 пациентов (29 женщин и 11 мужчин). У женщин возраст появления первых симптомов гиперпролактинемии варьировал от 8 до 16 лет, а возраст, в котором был установлен диагноз, — от 15 до 19 лет; у мужчин — от 8 до 17 лет и от 13,8 года до 19 лет соответственно. У женщин преобладали микропролактиномы (у 22 из 29), а симптоматика заболевания возникала в результате появления функциональных нарушений, тогда как у мужчин наиболее часто

выявляли макропролактиномы (у 8 из 11), а симптомы расстройства были вызваны масс-эффектом. Хирургический метод лечения использовали в качестве первичной терапии у 9 пациентов и в качестве дополнительной терапии — у 6. Бромокриптин принимали 24 пациента, каберголин — 7. Из 9 пациентов, которым первично проводили хирургическое вмешательство, только у одного было достигнуто восстановление гонадотропной функции гипофиза; у 25 из 31 пациента, получавших медикаментозную терапию, гонадотропная функция восстановилась полностью. У 15 пациентов отмечено полное разрешение или значительное сокращение объема опухоли. Авторы считают, что в детском и подростковом возрасте, по-видимому, существуют возрастные и половые различия в клинической картине пролактином, которые нельзя объяснить только с точки зрения длительности эволюции. У большинства детей и подростков медикаментозная терапия позволяет контролировать течение заболевания, нормализовать уровень пролактина и достичь восстановления гонадотропной оси.

В третьем ретроспективном исследовании [3] сообщено о клинических проявлениях, ответах на лечение и результатах долгосрочного наблюдения за 39 детьми и подростками с пролактиномой (30 девочек и 9 мальчиков; 30 — с макро- и 9 — с микроаденомой), диагностированной в возрасте 9—20 лет. Средняя продолжительность наблюдения составила 56 мес. Всем пациентам назначали бромокриптин в дозе от 2,5 до 20 мг/день или каберголин в дозе от 0,5 до 2 мг в неделю перорально. Двум пациентам после операции проводили конвенционную лучевую терапию (радиотерапию). У 21 девочки и у 9 мальчиков с макропролактиномой первыми симптомами заболевания были головная боль и/или дефекты полей зрения. У всех пациенток выявлена первичная или вторичная аменорея. Задержку роста не наблюдали ни у одного пациента, а пубертатное развитие соответствовало их возрасту. Спонтанную или провокационную галакторею диагностировали у 23 пациенток, ни у одного пациента мужского пола не было гинекомастии.

Средняя концентрация пролактина в сыворотке крови на момент установления диагноза составляла 322,5 нг/мл у пациентов с микроаденомой, 522,38 нг/мл — с макроаденомой и 2294,86 нг/мл — с макроаденомой с супраселлярным распространением. У 25 пациентов прием бромокриптина способствовал нормализации уровня пролактина и значительному уменьшению размера опухоли. У 14 пациентов прием каберголина нормализовал концентрации пролактина. У 6 пациентов во время лечения наступила беременность, которая протекала без осложнений. Все они родили здоровых детей в срок. На момент установления диагноза нарушение секреции других гормонов гипофиза было выявлено только у одного пациента. В послеоперационный период у 6 пациентов был обнаружен дефицит других гормонов аденогипофиза. Авторы отмечают, что применение дофаминергических производных является эффективным и безопасным медикаментозным методом лечения пролактином у

детей и подростков, а также у взрослых пациентов с началом заболевания в детском возрасте, что позволяет сохранить функцию передней доли гипофиза.

ДАЙДЖЕСТ ПОДГОТОВЛЕН ПО МАТЕРИАЛАМ:

1. Eren E, Yapıcı Ş, Çakır ED et al. Clinical course of hyperprolactinemia in children and adolescents: a review of 21 cases. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2011;3(2):65-69. doi: 10.4274/jcrpe.v3i2.14.
2. Fideleff HL, Boquete HR, Sequera A et al. Peripubertal prolactinomas: clinical presentation and long-term outcome with different therapeutic approaches. J Pediatr Endocrinol Metab. 2000;13(3):261-267. DOI: 10.1515/jpem.2000.13.3.261.
3. Acharya SV, Gopal RA, Bandgar TR et al. Clinical profile and long term follow up of children and adolescents with prolactinomas. Pituitary. 2009;12(3):186-189. doi: 10.1007/s11102-008-0149-8.

Матеріал підготував М. Л. Кирилюк

Дата надходження до редакції 29.11.2019 р.

Оголошення

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України оголошує конкурс на заміщення вакантної посади

- молодшого наукового співробітника
- відділу нейроендокринології та загальної ендокринології — 1 місце.

Для участі в конкурсі необхідно подати такі документи:

1. Письмову заяву на ім'я керівника про участь у конкурсі, написану власноруч, — 1 примірник.
2. Копію документа, що посвідчує особу, — 1 примірник.
3. Заповнену особову картку (встановленого зразка) — 1 примірник.
4. Автобіографію — 1 примірник.
5. Копію трудової книжки (за наявності) — 1 примірник.
6. Копії документів про вищу освіту, підвищення кваліфікації, військового квитка (для військовослужбовців або військовозобов'язаних) — 1 примірник.
7. Перелік наукових праць, опублікованих у вітчизняних та/або іноземних (міжнародних) рецензованих фахових виданнях, — 1 примірник.
8. Письмову згоду на обробку персональних даних — 1 примірник.

Документи надсилати за адресою:

01021, Київ, Кловський узвіз, 13-А,
УНПЦ ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин.
Вченому секретарю.