



# БЕРЕМЕННОСТЬ И ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ МЕЖДУНАРОДНОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМии 2011 г.

## Информация подготовлена

Л.К. Дзерановой, Н.С. Быкановой, Е.А. Пигаровой

ФГУ Эндокринологический научный центр  
(дир. – акад. РАН и РАМН И.И. Дедов) МЗ и СР РФ, Москва

## HYPERPROLACTINEMIA AND PREGNANCY: AN ENDOCRINE SOCIETY CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, 2011

### The information is prepared by

L.K. Dzeranova, N.S. Bykanova, E.A. Pigarova

Federal Endocrinological Research Center, Moscow, Russia  
(The director – academician of Russian academy of sciences  
and Russian academy of medical sciences I.I. Dedov)

Гиперпролактинемия является ведущей причиной бесплодия как у мужчин, так и у женщин. Впервые клинические рекомендации по диагностике и лечению гиперпролактинемии, были опубликованы в журнале *Clinical Endocrinology* в 2006 г. Эти рекомендации касались только гиперпролактинемии опухолевого генеза и не имели указания на уровень доказательности.

В феврале 2011 г. в журнале *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* были опубликованы клинические рекомендации Международного эндокринологического общества по диагностике и лечению гиперпролактинемии – **Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline**. Shlomo Melmed, Felipe F. Casanueva, Andrew R. Hoffman, David L. Kleinberg, Victor M. Montori, Janet A. Schlechte, and John A. H. Wass. Cedars Sinai Medical Center (S.M.), Los Angeles, California 90048; University of Santiago de Compostela (F.F.C.), 15705 Santiago de Compostela, Spain; VA Palo Alto Health Care System (A.R.H.), Palo Alto, California 94304; New York University School of Medicine (D.L.K.), New York, New York 10016; Mayo Clinic Rochester (V.M.M.), Rochester, Minnesota 55905; University of Iowa (J.A.S.), Iowa City, Iowa 52242; and Churchill Hospital (J.A.H.W.), Headington, Oxford OX37LJ, United Kingdom [*J Clin Endocrinol Metab*, February 2011, 96(2):273-288].

В работе экспертной группы подкомитета по разработке клинических руководств Эндокринологического общества использован доказательный подход к вопросам этиологии, диагностики и лечения гиперпролакти-

немии. Рассмотрены вопросы выбора лекарственных средств для лечения пролактином, показаний к их использованию и побочных эффектов. Отдельно выделены такие состояния, как лекарственно-индуцированная гиперпролактинемия, резистентные и злокачественные пролактиномы, а также особенности лечения пролактином во время беременности.

Все рекомендации условно разделены на «настоятельные рекомендации», которые начинаются фразой «Мы рекомендуем...» и обозначаются цифрой «1», и условные рекомендации, которые начинаются фразой «Мы предлагаем...» и обозначаются цифрой «2». Кроме того, указан уровень доказательности (очень низкий, низкий, средний и высокий).

Для читателей журнала выбраны рекомендации, касающиеся вопросов беременности и гиперпролактинемии.

➤ **Международное научное эндокринологическое общество рекомендует инструктировать женщин с пролактиномами, чтобы они прекратили прием агонистов дофамина при наступлении беременности (1; низкий уровень доказательности). Однако у некоторых пациенток с макроаденомами, которые забеременели во время терапии агонистами дофамина и не подвергались ранее хирургической или лучевой терапии, целесообразно продолжить терапию агонистами дофамина во время беременности, особенно если опухоль обладает инвазивным ростом или воздействует на хиазму зрительных нервов (1; очень низкий уровень доказательности).**



Рекомендации прекращения приема бромокриптина или каберголина при наступлении беременности базируются на относительно большей ценности возможности избежать риска для плода при приеме экзогенного препарата по сравнению с более низкой ценностью риска роста опухоли.

➤ **У беременных женщин с пролактиномами не рекомендовано определять уровень пролактина в сыворотке крови во время беременности (1; высокий уровень доказательности).**

Рекомендации по воздержанию от определения уровня сывороточного пролактина во время беременности у пациенток с пролактиномами опираются на высокую ценность возможности избежать ошибочной интерпретации лабораторных тестов и связанных с этим ненужных дополнительных анализов.

➤ **Также у пациенток с микроаденомами или интраселлярными макроаденомами не рекомендуется проводить магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга, если нет признаков симптоматического роста опухоли, таких как нарушения полей зрения (1; низкий уровень доказательности).**

Поскольку риск симптоматического роста опухоли во время беременности относительно низок, беременные женщины с микроаденомами могут проходить только клиническое обследование в каждом триместре. При наличии макроаденомы риск симптоматического роста опухоли во время беременности выше. Появление или усиление головных болей, нарушений полей зрения или их сочетание является показанием к проведению офтальмологического обследования и МРТ головного мозга, но без применения контрастного усиления.

➤ **Перед планированием беременности женщины с макропролактиномами, у которых лечение агонистами дофамина не привело к уменьшению размеров опухоли, или имеется непереносимость бромокриптина или каберголина, рекомендована консультация на предмет целесообразности хирургического вмешательства (1; низкий уровень доказательности).**

Хотя некоторые эндокринологи рекомендуют хирургическое вмешательство на гипофизе всем пациенткам с макропролактиномами, планирующим беременность, операция может привести к гипопитуитаризму и необходимости использования сложных репродуктивных технологий (например, индукция овуляции гонадотропинами) для достижения беременности, а также к пожизненной заместительной терапии гормональными препаратами.

➤ **При наличии сильных головных болей или нарушении полей зрения беременным с пролактиномами показано рутинное исследование полей зрения**

**с последующим проведением МРТ головного мозга без применения контрастного вещества (1; низкий уровень доказательности).**

Пациенткам с макроаденомами, не подвергавшимся ранее хирургическому лечению, целесообразно проводить более частое клиническое обследование и рутинное исследование полей зрения. Данные рекомендации по проведению стандартного клинического обследования вместо МРТ головного мозга у беременных с пролактиномами опираются на высокую ценность возможности избежать потенциального риска для плода, связанного с инструментальными методами визуализации, и низкую ценность точного определения морфологических изменений опухоли и окружающих структур. Однако рекомендации проводить МРТ пациенткам, испытывающим сильные головные боли или имеющим нарушения полей зрения, опираются на высокую ценность предупреждения стойких нарушений зрения и низкую ценность предупреждения недостаточно обоснованного вреда МРТ для плода.

➤ **Лечение пациенток с симптоматическим ростом пролактиномы во время беременности рекомендовано проводить бромокриптином (1; низкий уровень доказательности).**

У пациенток с непереносимостью бромокриптина можно использовать каберголин. Если возобновление терапии агонистами дофамина не уменьшает размер опухоли и не приводит к улучшению симптомов, показано хирургическое лечение. На поздних сроках беременности более целесообразным может быть индукция родов до выполнения нейрохирургического вмешательства.

Рекомендации использовать агонисты дофамина для лечения растущей пролактиномы во время беременности опираются на высокую ценность возможности избежать потенциального риска хирургического вмешательства во время беременности и низкую ценность возможности избежать потенциального неблагоприятного воздействия агонистов дофамина на плод.

Таким образом, беременные женщины, имеющие исходно гиперпролактинемию как опухолевого, так и не опухолевого генеза, требуют особого внимания. Данные современной литературы свидетельствуют о том, что гиперпролактинемия в подавляющем большинстве случаев поддается эффективной терапии. В настоящее время разработаны эффективные и безопасные схемы терапевтического лечения пролактином, алгоритмы ведения пациенток во время беременности и после родов.

Поступила 10.06.2011г.

#### Сведения об авторах:

1. Л.К. Дзеранова – д.м.н., гл.н.с. отделения нейроэндокринологии и остеопатий ФГУ Эндокринологический научный центр МЗ и СР РФ.  
E-mail: metabol@endocrincentr.ru
2. Н.С. Быканова – аспирант отделения нейроэндокринологии и остеопатий ФГУ Эндокринологический научный центр МЗ и СР РФ.  
E-mail: bykanovan@gmail.com
3. Е.А. Пигарова – к.м.н., с.н.с. отделения нейроэндокринологии и остеопатий ФГУ Эндокринологический научный центр МЗ и СР РФ.  
E-mail: kpigarova@gmail.com