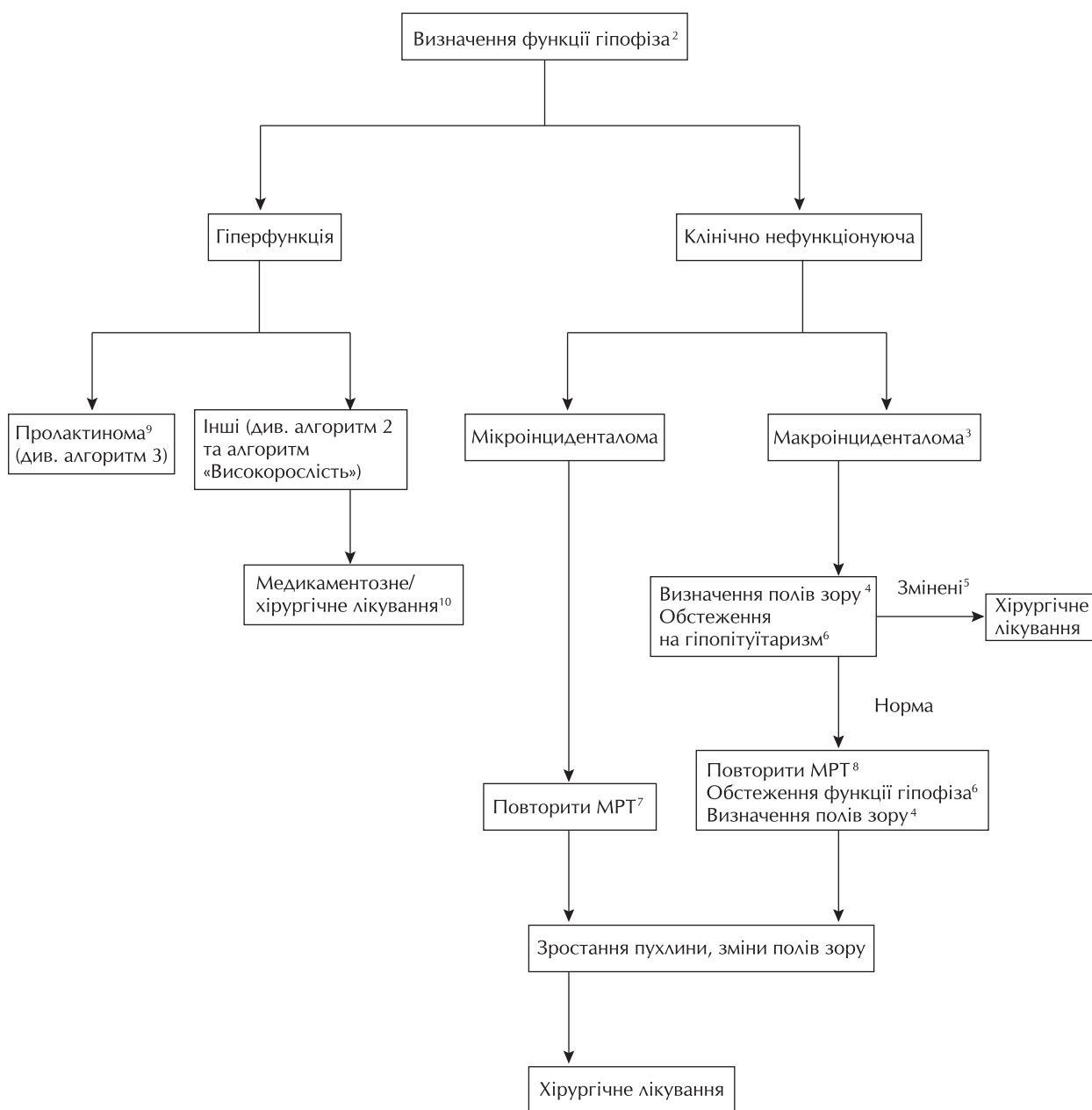


# Практичні алгоритми в дитячій ендокринології\*

## Інциденталоми гіпофіза<sup>1</sup>

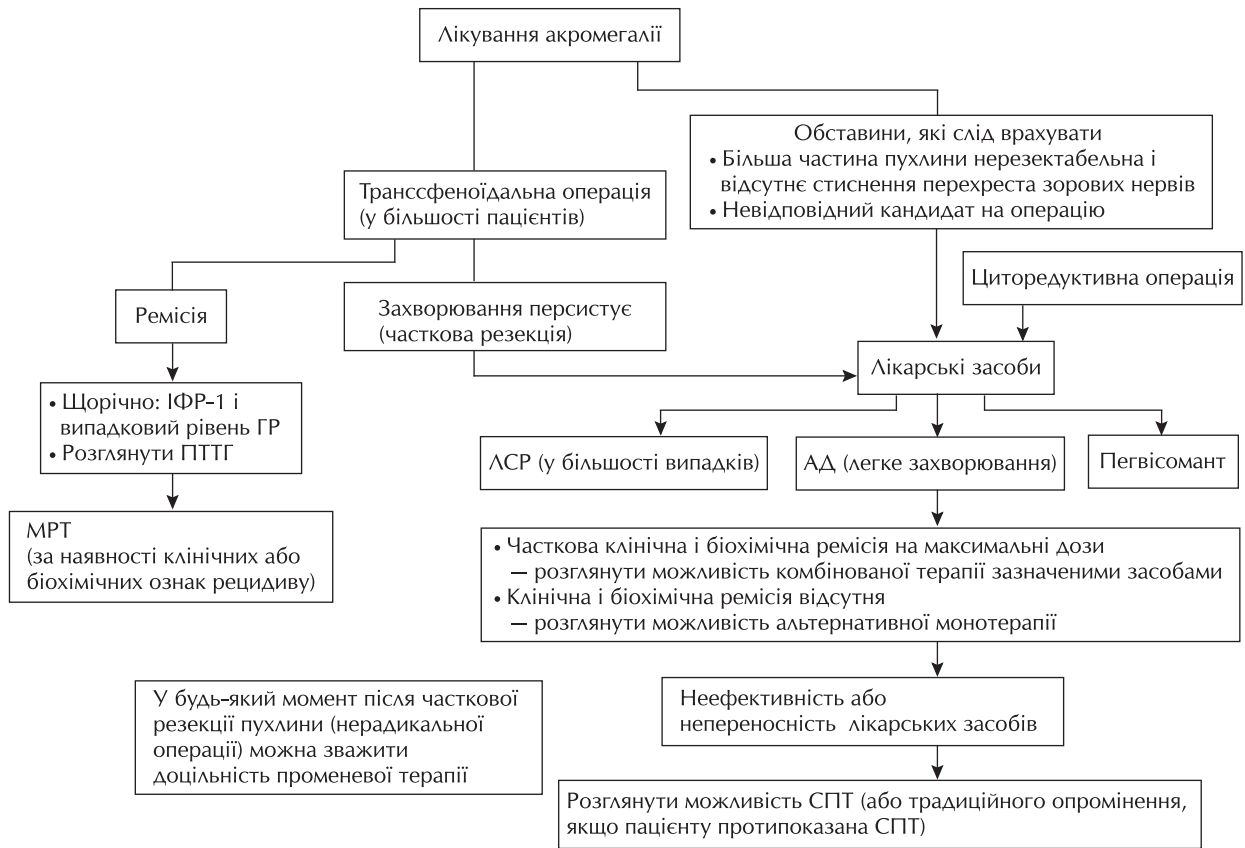


\*Продовження. Початок у № 2—4, 2012; № 1, 3, 4, 2013; № 1—4, 2014; № 1, 2, 3—4, 2015; № 1, 2, 3, 2016.

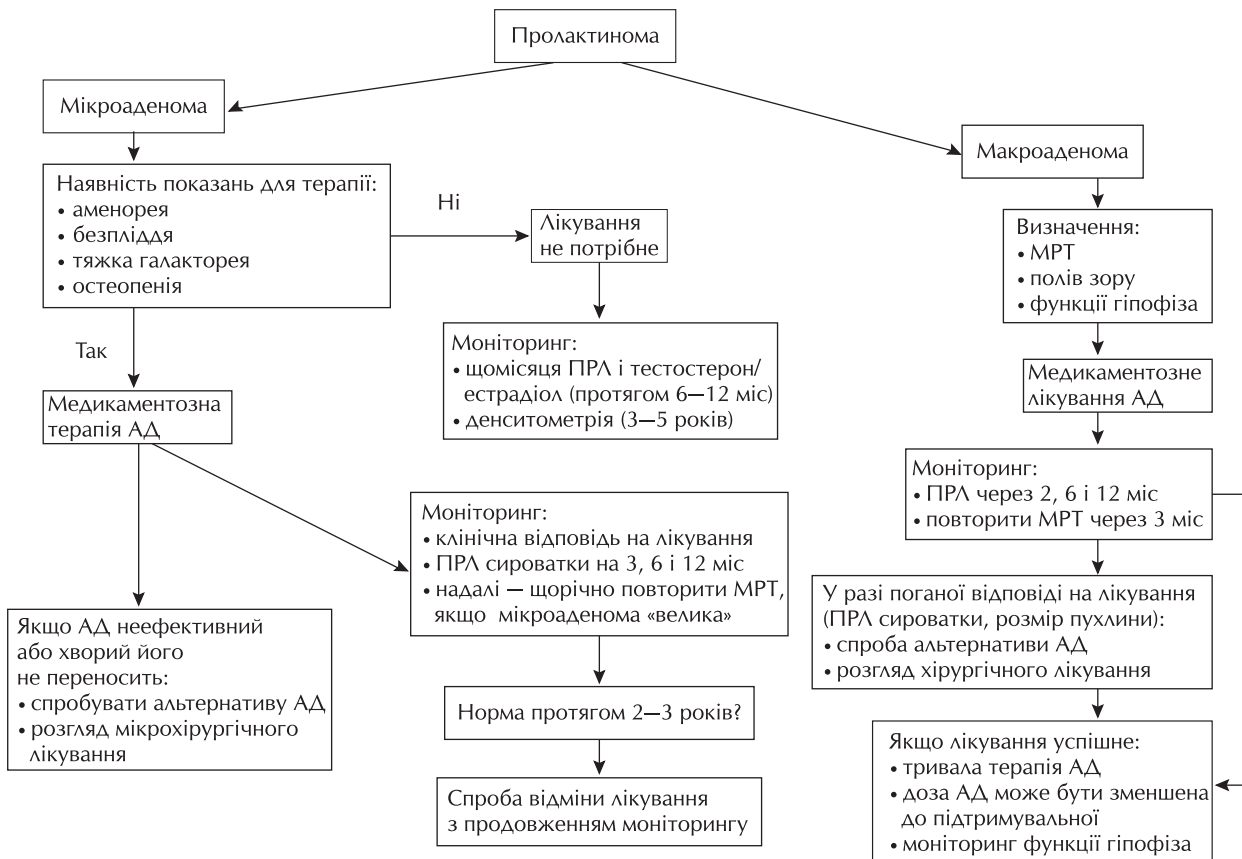
Стаття надійшла до редакції 16 грудня 2016 р.

Зелінська Наталія Борисівна, д. мед. н., зав. відділу дитячої ендокринології  
УНПЦ ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України  
01021, м. Київ, Кловський узвіз, 13-А. Тел. (044) 254-34-68

Алгоритм 2. Вибір лікування пацієнтів із соматотропіною (з гігантизмом, акромегалією)



Алгоритм 3. Вибір лікування пацієнтів із пролактиною



**Примітки**

1 — інциденталомома гіпофіза — пухлина, випадково виявлена під час візуалізаційних обстежень головного мозку чи гіпофіза (МРТ, КТ, рентгенографії). Мікроінциденталомою вважають пухлину гіпофіза розміром менше 1 см, макроінциденталомою — понад 1 см. Інциденталомою можуть бути як аденоми, так і кісти гіпофіза.

2 — анамнез і фізикальне обстеження спрямовані на визначення ознак і симптомів гіперфункції та гіпофункції гіпофіза, а лабораторні показники — на визначення гіперсекреції.

3 — ця група може охоплювати також великі мікроаденоми.

4 — визначення полів зору рекомендоване для хворих з утворенням, яке розташоване поряд із зоровим нервом або хіазмою чи здавлює їх. Таке обстеження проводять на початку та протягом подальшого спостереження.

5 — рекомендації щодо хірургічного лікування передбачають наявність змінених полів зору або зору, а також ознак компресії:

- дефект полів зору внаслідок їх пошкодження;
- інші візуальні аномалії, такі як офтальмоплегія або неврологічні симптоми як наслідок компресії утворенням;
- за даними МРТ пухлина прилягає або стискає зорові нерви чи хіазму;
- апоплексія гіпофіза з порушенням зору.

Хірургічне лікування показане також у разі таких змін:

- клінічно значуще збільшення інциденталоми гіпофіза;
- втрата ендокринної функції;
- пухлина розташована близько до хіазми в жінки, яка планує вагітність;
- нестерпний головний біль.

6 — обстеження на гіпопітуїтаризм рекомендоване як базове, а також протягом подальшого спостереження. Це особливо необхідно в разі макроаденоми або швидкого зростання мікроаденоми.

7 — повторити МРТ через 1 рік, потім щороку — протягом 3-х років, надалі рідше за відсутності змін розмірів утворення.

8 — повторити МРТ через 6 міс, щороку протягом 3-х років, надалі рідше за відсутності змін розмірів утворення.

9 — для встановлення діагнозу гіперпролактинемії рекомендовано однократно виміряти вміст пролактину (ПРЛ) в сироватці. Діагноз підтверджується в тому разі, якщо ПРЛ перевищує верхню межу норми (якщо зразок сироватки отриманий без надмірного стресу від венепункції). Сьогодні відомі різні ізоформи ПРЛ, що циркулює: «малий» ПРЛ (низькомолекулярний, одновимірний, біоактивний); глікозильований ПРЛ; «великий» ПРЛ; «великий-великий» ПРЛ (високомолекулярний). Основні біологічні ефекти ПРЛ пов'язують з активністю саме мономерної низькомолекулярної ізо-

форми; високомолекулярні ізоформи мають нижчу спорідненість до рецепторів і незначну біологічну активність. У більшості осіб у загальній популяції (до 80—85%) у сироватці крові переважає мономерна низькомолекулярна, біологічно активна фракція ПРЛ, яка становить від 60 до 95% від усього ПРЛ, що циркулює. У таких випадках існує чітка кореляція між рівнем ПРЛ і біологічною активністю сироватки крові, при цьому підвищення рівня ПРЛ відображає надлишкові біологічні ефекти ПРЛ. Однак у деяких людей (до 10—20%) переважає високомолекулярна, біологічно неактивна фракція ПРЛ. У таких випадках рівень мономерного ПРЛ може бути нормальним, але загальний вміст ПРЛ буде підвищеним (за рахунок макропролактину) і не відобразить біологічну активність сироватки крові. Клінічно це виявляється відсутністю симптомів гіперпролактинемії (ГПЛ) в жінок або чоловіків зі стійким підвищенням рівня ПРЛ (до 3000—3500 мкОД/мл). Якщо переважає мономерний ПРЛ і відзначається підвищення його рівня в сироватці крові, то використовують стандартні методи діагностики й лікування гіперпролактинемії. Якщо макропролактин — фракція, яка переважає, і рівень мономерного ПРЛ не підвищений, то корекцію рівня ПРЛ не проводять, у разі репродуктивної дисфункції шукають інші причини захворювання. Якщо макропролактин переважає і при цьому відзначається підвищення рівня мономерного ПРЛ, то здійснюють стандартний пошук причин ГПЛ, але в подальшому при призначенні лікування визначають рівень не загального, а тільки мономерного ПРЛ. У разі виявлення нефізіологічної ГПЛ (тобто підвищення вмісту біоактивного ПРЛ) настійно рекомендується виключити медикаментозні причини, ниркову недостатність, гіпотиреоз, пухлини хіазмально-селярної ділянки. Хірургічне видалення мікропролактином має відбуватися лише за «неефективності консервативної терапії препаратами — агоністами дофаміну, тобто за відсутності зниження рівня пролактину, зменшення розмірів пухлини, відновлення функції статевих залоз у пацієнтів із симптоматичними мікроаденомами, що секретують пролактин, або навіть макроаденомами.

10 — вибір лікування залежить від особливості пухлини (її розташування, здавлювання зорового нерва, хіазми) або відповіді на попереднє медикаментозне лікування.

**Скорочення**

ГР — гормон росту

ІФР-1 — інсуліноподібний фактор росту

АД — агоніст допаміну

ЛСР — ліганди соматостатинових рецепторів

СПТ — стереотаксична променева терапія

ПТТГ — пероральний тест на толерантність до глюкози

ПРЛ — пролактин

## ЛІТЕРАТУРА

1. Pituitary Incidentaloma: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline // Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. — 2011. — 96 (4). — P. 894–904.
2. Treatment Of Prolactinoma. — <http://www.arthritisresearch.us/pituitary-adenomas/treatment-of-prolactinoma.html>
3. Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline // J. Clin. Endocrinol. Metab. — February 2011. — 96 (2). — P. 273–228.

*Підготувала Н.Б. Зелінська*