

Ведення пацієнтів з гіперпролактинемією

За матеріалами рекомендацій «Діагностика та лікування гіперпролактинемії», складених комітетом Європейського товариства ендокринологів 2011 року

Рекомендації	Клас рекомендації	Рівень доказів
Діагностика гіперпролактинемії (ГП)		
Діагноз ГП рекомендовано встановлювати на підставі одноразового дослідження сироваткового пролактину. Рівень пролактину, вищий верхньої межі норми, підтверджує діагноз ГП у тому випадку, якщо венепункція не викликала небажаної стресової реакції з боку пацієнта. З метою достовірної діагностики ГП рекомендується дослідження пролактину в динаміці	1	++++
У пацієнтів з безсимптомною ГП потрібно визначити рівень макропролактину	2	++
У випадку підозріло низького рівня пролактину при візуалізованих пухлинах гіпофіза, що досягли великого розміру, рекомендується вдаватися до послідовного розведення зразків сироватки крові з метою усунення артефактів, які можуть статися з деякими імунорадіометричними аналізами. Послідовне розведення сироватки крові дає можливість уникнути хибно низьких показників пролактину при реальній надмірно високій його концентрації у крові (так званий hook-ефект)	1	++++
Причини ГП		
Окрім ГП, викликаній прийманням лікарських препаратів, виділяють ГП при нирковій недостатності, гіпотиреозі, пухлинах гіпофіза і пухлинах, розташованих біля турецького сідла	1	++++
Ведення пацієнтів з лікарсько-індукованою ГП		
У симптомних пацієнтів з підозрою на медикаментозну ГП пропонується припинити приймання препарату протягом 3 днів або провести заміну на альтернативний препарат, після чого провести повторне лабораторне дослідження	2	++
Перерва у застосуванні або заміна антипсихотичних препаратів не має здійснюватися без консультації з лікарем пацієнта. У випадку, коли приймання препарату не можна припинити, а поява ГП не збігається в часі з початком застосування ліків, рекомендовано провести МРТ гіпофіза для диференційної діагностики між індукованою ліками ГП і симптоматичною ГП, спричиненою неопластичними процесами у гіпофізі або гіпоталамусі	1	+
Безсимптомна індукована ліками ГП не підлягає корекції	2	++
Рекомендовано використання естрогенів або препаратів тестостерону в пацієнтів з тривалим гіпогонадізмом (симптомами гіпогонадізму або низькою кістковою масою), пов'язаним з медикаментозно індукованою ГП	2	+
Першим кроком у лікуванні медикаментозно індукованої ГП є припинення застосування лікарських засобів, якщо такий крок клінічно можливий. У випадку, коли така дія завдає шкоди здоров'ю пацієнта, необхідно перейти на препарат з аналогічною дією, який не викликає ГП, або розглянути можливість обережної корекції рівня пролактину агоністами дофаміну	2	+
Ведення пацієнтів з пролактиновою		
Рекомендовано застосування агоністів дофаміну для зниження рівня пролактину, зменшення розміру пухлини і відновлення статевої функції у пацієнтів із прихованою симптоматичною пролактинсекретуючою мікро- або макроаденомою	1	++++
З метою зниження рівня пролактину рекомендовано використовувати каберголін, який має перевагу порівняно з іншими агоністами дофаміну у зв'язку з більш високою ефективністю у нормалізації рівня пролактину, а також більш високою частотою регресу пухлин гіпофіза	1	++++
Лікування пацієнтів агоністами дофаміну з безсимптомними мікропролактиномами не рекомендовано	2	+
Лікування агоністами дофаміну або оральними контрацептивами показано пацієнткам з аменореєю на тлі мікроаденоми	2	+
Поступове зниження, а можливо, й припинення інтенсивної клінічної та біохімічної спрямованої терапії можливе у тих пацієнтів, у яких після застосування агоністів дофаміну не менше 2 років спостерігається зниження рівня пролактину в сироватці крові та за даними МРТ не відмічається візуалізації пухлини	2	+
Резистентна і злоякісна пролактинома		
Пацієнтам, які не досягли нормального рівня пролактину або у яких не відмічається регресу розмірів пухлини на стандартних дозах агоністів дофаміну, перевагу слід віддати збільшенню терапевтичної дози, а не хірургічному лікуванню	1	++++
Відсутність ефекту від терапії бромокриптином є підставою для заміни його на каберголін	1	++++
Трансфеноїдальна операція хворим на пролактиному показана у симптомних пацієнтів, які не переносять високих доз каберголіну або не реагують на терапію агоністами дофаміну. Інтравагінальне введення бромокриптину може бути альтернативним способом введення препарату в пацієнток, які погано переносять пероральне застосування. Пацієнтам, яким не допомогло хірургічне лікування або які мають агресивну чи злоякісну пролактиному, рекомендовано проведення курсу променевої терапії	2	+
Для пацієнтів зі злоякісними пролактиномами рекомендовано терапію темозоломідом	2	+
Ведення пацієнток із пролактиномами під час вагітності		
Вагітність є підставою для припинення терапії агоністами дофаміну в жінок з пролактиновою, тому корекція рівня пролактину недоцільна з моменту виявлення вагітності	1	++
В окремих випадках у пацієнток з макропролактиновою, які завагітніли під час дофамінергічної терапії і яким не показана хірургічна або променева терапія, консервативне лікування може бути продовжене протягом усієї вагітності, особливо якщо пухлина має інвазивний характер росту або примикає до зорових нервів	1	+
У вагітних з пролактиномами під час вагітності рекомендовано визначити рівень пролактину сироватки крові	1	++++
Не рекомендовано рутинно використовувати МРТ гіпофіза під час вагітності у хворих з мікро- або макроаденомою, якщо є клінічні ознаки росту пухлини, такі як збуження полів зору	1	++
Жінки з макропролактиновою, у яких не відмічається регресу пухлини гіпофіза при терапії агоністами дофаміну або які погано переносять бромокриптин або каберголін, мають бути проконсультовані стосовно можливого хірургічного лікування перед вагітністю	1	++
МРТ без гадолінію рекомендовано у вагітних жінок з пролактиновою після оцінки зовнішніх полів зору, які скаржаться на значний головний біль/або зміну полів зору	1	++
Терапія бромокриптином рекомендована пацієнткам, у яких відмічається зростання клінічної симптоматики пролактиноми під час вагітності	1	++

Рівень доказів: + – дуже низький; ++ – низький; +++ – середній; ++++ – високий.
Клас 1: процедура або втручання є корисними й ефективними. Клас 2: користь і ефективність таких процедур дискусійні.
Клас 3: визнана неефективність і шкідливість втручання.

Підготувала **Наталія Карпенко**

В.Ф. Нагорная, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 1 Одесского национального медицинского университета

Акушерський травматизм

Продолжение. Начало на стр. 34.

на нижний сегмент. Перед выпиской осматривать шейку матки не обязательно, но через 2 месяца следует провести осмотр с помощью зеркал.

Разрыв влагалища

Чаще всего встречаются разрывы влагалища продольные, боковые, реже – поперечные скальпированные; глубокие и поверхностные с переходом на влагалищные своды, с проникновением в параметральную клетчатку.

Разрывы диагностируются при осмотре с помощью зеркал, ручном обследовании. При ушивании следует строго придерживаться правил хирургического лечения ран.

Гематомы наружных половых органов и влагалища

Гематомы могут быть диагностированы сразу после родов, на следующие сутки при появлении распирающих, давящих болей во влагалище.

При осмотре с помощью зеркал и пальцевом исследовании обнаруживается опухолевидное образование – болезненное, тугоэластичное, тампонирующее влагалище. Гематомы могут находиться в нижней, средней и верхней трети влагалища. Иногда гематома влагалища может быть симптомом пропущенного разрыва матки.

Относительно лечения гематом в акушерстве существуют разные точки зрения: вскрывать – не вскрывать. Правило хирургического лечения ран гласит: свежую гематому не следует сразу опорожнять, чтобы не оторвать те тромбы, которые прекратили поступление крови в гематому; не стоит искать кровеносный сосуд в гематоме, так как это невозможно сделать.

При небольших гематомах, не увеличивающихся в размерах, отсутствию признаков инфицирования необходимо обеспечить постельный режим, холод (в пальце перчатки, в презервативе), проводить кровеостанавливающую, антибактериальную терапию. Свежую гематому следует обшить или прошить Z-образным швом, при этом обязательно нужно прошить верхний полюс гематомы. На 3-4-е сутки нижний полюс гематомы надсекают, и жидкая ее часть вытекает, гематома опорожняется. При нагноении рекомендуется широкое вскрытие и опорожнение.

При больших размерах гематомы необходимо ввести лед, туго тампонировать влагалище и следить за верхним краем гематомы через брюшную стенку методом глубокой пальпации.

При признаках геморрагического шока следует выполнить чревосечение и перевязать внутреннюю подвздошную артерию со стороны гематомы. Необходимо осмотреть стенки матки. Если они интактны, матка сохраняется. Через 3-4 дня гематома вскрывается со стороны влагалища. При перевязанной а. iliac interna гематому можно вскрыть сразу. Параллельно проводится интенсивная терапия, антибиотикотерапия.

Выворот матки

Выворот матки – редкое, тяжелое осложнение родов, возможное у многорожавших и у первородящих при грубых манипуляциях (грубый массаж – выдавливание, грубое потягивание за пуповину при не отделившейся или вросшей плаценте). Можно предположить, что в любом случае это осложнение наступит у пациенток с дисплазией соединительной ткани.

Помощь при вывороте матки включает наркоз и вправление матки; в случае неэффективности вышперечисленного проводится экстирпация матки.

Акушерские свищи

Акушерские свищи возникают в результате травмы при кесаревом сечении (чаще всего поражаются задняя стенка мочевого пузыря и его дно) при расширении объема операции в связи с кровотечением, при длительном стоянии головки в одной плоскости (как правило, плоскости входа в малый таз).

Мочеполовые свищи бывают:

- пузырно-генитальные – низкие (пузырно-шеечные, пузырно-шеечно-влагалищные, пузырно-влагалищные); среднего уровня (пузырно-маточные, пузырно-влагалищные); высокие (пузырно-придатковые, пузырно-параметральные, пузырно-влагалищно-сложные).

По клинико-функциональному признаку выделяют две группы: с нарушением функции почек и без него;

- мочеточниково-генитальные; мочеточниково-влагалищные, мочеточниково-маточные, мочеточниково-кишечные.

Кишечно-генитальные свищи различают:

- низкие – прямокишечно-влагалищные, прямокишечно-промежностные, промежностно-прямокишечные;
- среднего уровня – прямокишечно-влагалищные в средней трети влагалищной трубки;
- высокие – прямокишечно-влагалищные в верхней трети влагалища, его куполе, верхней трети ампулы (придатково-кишечные, сложно-кишечно-генитальные).

Брюшностеночные свищи бывают: брюшностеночные (лигатурные), брюшностеночно-брюшнополостные, брюшностеночно-генитальные, маточно-брюшностеночные, придатково-брюшностеночные, параметрально-брюшностеночные, влагалищно-шеечно-брюшностеночные, брюшностеночно-экстрагенитальные (пузырно-кишечно-смешанные).

Собственно генитальные свищи – фистулы между половыми органами: наружные – свищи вульвы и промежности, шеечно-влагалищные; внутренние – придатково-параметрально-маточные; сложные. По этиологическому признаку выделяют три группы генитальных свищей:

- 1) травматические как следствие акушерских или гинекологических операций: самопроизвольных родов, насильственной травмы, не связанной с родами и операциями;

- 2) воспалительные в результате перфорации абсцессов в полый орган; как осложнение кольпотомии и многократных пункций;

- 3) онкологические в результате распада опухоли и радиационные.

Ситуации в родах, которые в дальнейшем приводят к формированию свищей, следующие: длительное стояние головки в одной плоскости (ишемия, некроз, свищ), вследствие чего повреждается уретра; травма тканей переднего свода при плодоразрушающих операциях, иногда вследствие нарушения техники наложения акушерских щипцов, вакуум-экстрактора, щипцов при низком поперечном расположении головки.

Лечением свищей занимаются специалисты соответствующего профиля: урологи, урогинекологи, хирурги, проктологи.