

**МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ
ТОМОГРАФИЯ: КОНТРОЛЬ
КОНСЕРВАТИВНОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АДЕНОМАХ
ГИПОФИЗА, ОБУСЛОВЛЕННЫХ
ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ**

Лукьянёнков П.И.

*ФГБУ «НИИ КАРДИОЛОГИИ СО РАМН», Томск,
e-mail: paul@cardio.tsu.ru*

Оценена динамика изменений пролактином и аденом гипофиза у больных АГ методом МРТ на этапах терапевтического лечения ингибиторами пролактина.

Наш материал диагностических исследований МРТ гипофиза у больных с гиперпролактинемиями составляет 1200 больных (М-84, Ж-1116), проспективно наблюдаемых нами в течение 17 лет. Исследование проводилось на томографе «Magnetom Open» с индукцией магнитного поля 0.2 Тл. При наличии включений в гипофизе от 4мм и более проводилось контрастирование омнисканом или магневистом в стандартных дозах.

У 30% больных с гиперпролактинемией была АГ – 2-3 ст. С позиций МРТ, данные пациенты составили четыре группы: Первая группа – аденопатии гипофиза (n=869), когда размер гипоинтенсивных включений в гипофизе не превышал 1-3 мм. Вторая группа – микроаденомы гипофиза – размер микроаденомы составлял от 4 до 6 мм (n=202), микроаденома лучше видна при контрастировании. Третья группа – аденомы гипофиза (n=59), размер которых был более 6 мм, но менее 10мм; 4-я группа (n=70) – макроаденомы, подвергшиеся хирургическому лечению.

Большинство аденом, имеющих размеры от 6 до 10мм имеют изо – или гипоинтенсивный сигнал на T1 взвешенных изображениях и слабогиперинтенсивный на T2. Данный тип аденом особых затруднений в диагностике не вызывал, поскольку их размер позволял визуализировать их на МРТ томограммах во всех трех взаимно перпендикулярных сечениях, причем без применения контраста. Структура гетерогенна. В некоторых случаях на основании картины МРТ можно предполагать смешанный тип строения аденомы. Наиболее часто это касается соматотропином, когда наряду с повышенным пролактином и гормоном роста в крови, наблюдаются признаки гиперостоза костей свода черепа, хорошо видимые на томограммах. В типичных случаях МРТ выявляет объемный процесс, исходящий из гипофиза или зоны турецкого седла, изо – или гипоинтенсивный на T1 взвешенных изображениях, сдавливающий нормальную гипофизарную ткань, сигнал от которой более интенсивен. На томограммах при макроаденомах чаще сам гипофиз выделить практически не уда-

ется. В нашем исследовании из 70 макроаденом гипофиза, подвергшихся хирургическому лечению, сдавление сифона ВСА мы отмечали лишь в 4 случаях (3%).

Наряду со случаями успешного хирургического лечения больных с макроаденомами, следует привести и примеры успешного консервативного ведения пациентов с аденомами гипофиза, даже макроаденомами, когда их размер составлял более 20 мм (4 наблюдения). Эти случаи подтверждают тот факт, что при пролактиномах ведение пациентов консервативным способом вполне оправдано, не говоря уже о тех случаях, когда размеры аденомы не превышали 10мм. Регресс клинической симптоматики особенно выражен при микроаденомах гипофиза, связанных дисфункцией щитовидной железы, приёмом контрацептивных средств, а также при микропролактиномах (размер гипоинтенсивных включений в передней доле 4-6 мм), аденомах, размеры которых не превышали 10 мм. Именно, исходя из этих соображений, при динамическом МРТ наблюдении, патологические изменения в передней доле гипофиза мы разделили на аденопатии (мелкие гипоинтенсивные на T1 включения до 1-2 мм в передней доле гипофиза числом от 1 до 4-х, не склонные к слиянию), микроаденомы – размеры 4-6 мм и аденомы (6-10 мм), макроаденомы – размер более 10 мм.

В случаях контроля за пациентами с аденомами гипофиза, получающими терапию ингибиторами пролактина, контроль МРТ гипофиза следует проводить один раз в год, поскольку регресс морфологических изменений заметно отстает от биохимических маркеров.

Пролактиномы без компрессии хиазмально-ного перекреста и сдавления окружающих структур, в большинстве случаев требуют консервативной тактики лечения у эндокринолога, но подход с точки зрения МРТ – наблюдения должен быть разный. Так, при изменениях гипофиза, обусловленных аденопатиями и дисфункциями щитовидной железы достаточно проведения МРТ 1 раз в 2 года; при аденомах, размер которых составляет 4-6 мм – 1 раз в 1,5 года; при аденомах 6-10 мм – 1 раз в год. Следует отметить, что в процессе динамического наблюдения за больными с аденомами гипофиза при гиперпролактинемиях, следует добиваться перевода аденомы в аденопатию, а при уменьшении размеров включений до 2-3 мм, обязательно должен осуществляться в дальнейшем гормональный контроль раз в 3-6 мес. Кратность МРТ у оперированных больных строится с учетом клинической картины и может определяться клиницистами по необходимости. Оптимальным можно считать, когда контроль над ситуацией ведется в содружестве врача – эндокринолога и специалиста МРТ.