ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПРОЛАКТИНОМ И ТИРЕОТРОПНЫМ ГОРМОНОМ ГИПОФИЗА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Гогутлова Динара Залимовна, Ширитова Лаура Алимовна, Вакула Ирина Витальевна, Абазова Залина Хасановна

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, 360004, Нальчик, ул. Чернышевского, 173

E-mail: anzbank@mail.ru

Ключевые слова: пролактин; тиреотропный гормон; первичный гипотиреоз; щитовидная железа

Введение. Исследование взаимосвязи гормонов гипоталамо-гипофизано-тиреоидной оси и пролактина является актуальным направлением современной клинической эндокринологии. Гиперпролактинемия сочетается с разными эндокринопатиями, в том числе и с первичным гипотиреозом. Интерес к проблеме этих взаимоотношений связан не в последнюю очередь с наличием физиологически обусловленной общностью регуляции секреции пролактина и тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ). Тиреолиберин, секреция которого растет при первичной гипофункции щитовидной железы, является пролактолиберином, и чувствительность лактотрофов к нему повышена при гипотиреозе. Аналогичным действием обладает и тиреотропный гормон.

Цель исследования. Выявить патогенетические взаимосвязи формирования гиперпролактинемии у девочек-подростков с первичным гипотиреозом.

Материалы и методы. В исследование было включено 36 девочек-подростков в возрасте 12–15 лет с синдромом гиперпролактинемии и гипотиреоза. Исследование уровня пролактина, ТТГ и тиреоидных гормонов проводилось методом иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью тест-систем Thyrotropin и Prolactin Hormon (Elisa, Monobind Inc., США) на ИФА-анализаторе Multiscan EX (Финляндия). За референсные значения принимались показатели, указанные в инструкциях использованных наборов (пролактин — 1,2–19,5 нг/мл, ТТГ — 0,4–4,0 мМЕ/л). Пролактинсекретирующая аденома гипофиза (пролактинома) у всех испытуемых была исключена. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0. Достоверность показателей определена по коэффициенту Стьюдента (*t*). Критическим уровнем значимости считали значение $p < 0,05$.

Результаты. У 75% обследуемых девочек были выявлены повышенные уровни гормонов пролактина и ТТГ, на фоне снижения уровня тиреоидных гормонов: трийодтиронина и тироксина, на основании чего был констатирован первичный гипотиреоз с синдромом гиперпролактинемии. У 25% — уровень гормонов щитовидной железы находился в пределах нормы, однако уровни ТТГ и пролактина были повышены, что свидетельствовало о наличии субклинического гипотиреоза с гиперпролактинемией. Таким образом, в нашей работе во всей изучаемой выборке девочек-подростков обнаружена высокая корреляция между концентрациями тиреотропного гормона гипофиза и пролактина. Следует отметить, что первичный гипотиреоз был обусловлен аутоиммунным поражением щитовидной железы, что лабораторно было подтверждено высокими титрами антитиреоидных антител: к тиреоглобулину и микросомальной фракции у 90% обследуемых. У 70% девочек отмечались нарушения менструальной функции различной степени выраженности. С целью коррекции гипофункции щитовидной железы всем девочкам была назначена гормональная заместительная терапия L-тироксином. Дозировка препарата подбиралась индивидуально, исходя из клинико-лабораторной картины заболевания. Как показали полученные нами данные, динамические исследования пролактина и гормонов гипоталамо-гипофизано-тиреоидной оси в ходе терапии выявили следующее: отмечено статистически достоверное ($p < 0,05$) повышение уровня тироксина и трийодтиронина, что по принципу отрицательной обратной связи приводило к снижению, а соответственно и нормализации, уровня тиреотропного гормона гипофиза. Кроме того, отмечено снижение исходно повышенного в крови уровня пролактина, что позволяет предположить ключевую роль первичного гипотиреоза в возникновении гиперпролактинемии у данной категории пациентов, так как снижение продукции тиреотропного гормона гипофиза вызывало снижение секреции пролактина.

Заключение. Успех лечения пациентов с гиперпролактинемией прежде всего зависит от этиологии заболевания, и терапевтический подход должен быть строго диференцированным в зависимости от всех выявленных клинических нарушений. Особое внимание следует уделять девочкам-подросткам, так как данная патология приводит к нарушению репродуктивной функции с последующим бесплодием. При сочетании гиперпролактинемии и первичного гипотиреоза назначение заместительной гормональной терапии тиреоидными гормонами приводит к разрыву патогенетической цепи, лежащей в основе возникновения гиперпролактинемии на фоне первичного гипотиреоза, так как нормализация уровня тиреотропного гормона гипофиза приводит к снижению секреции пролактина, что подтверждает тесную взаимосвязь гормонов гипоталамо-гипофизано-тиреоидной оси и пролактина.