

**Э.А. Тупикина, С.Н. Лагутина, О.С. Скуратова, И.С. Добрынина**  
**Особенности ведения пациентов с нейроэндокринными**  
**опухолями на амбулаторном этапе**

*ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России*

**Резюме.** По данным различных международных регистров, средняя продолжительность додиагностического периода опухолей гипофиза составляет около 5 лет (у 24% больных — более 10 лет). Это связано с тем, что большинство гонадотрофных нейроэндокринных опухолей гипофиза не выделяют достаточного количества биологически активных гормонов, чтобы определить клинические проявления гиперсекреции, поэтому они чаще носят неспецифический характер, маскируясь под неврологические и/или репродуктивные заболевания.

**Ключевые слова:** аденома гипофиза, гиперпролактинемия, амбулаторный этап, клинический случай.

**Актуальность.** Нейроэндокринная опухоль гипофиза относится к часто встречающимся внутричерепным новообразованиям головного мозга, составляя примерно 15% от них и 85% от патологических образований самого гипофиза. По данным различных международных регистров, средняя продолжительность додиагностического периода опухолей гипофиза составляет около 5 лет (у 24% больных — более 10 лет) [1]. Это связано с тем, что большинство гонадотрофных нейроэндокринных опухолей гипофиза не выделяют достаточного количества биологически активных гормонов, чтобы определить клинические проявления гиперсекреции, поэтому они чаще носят неспецифический характер, маскируясь под неврологические и/или репродуктивные заболевания [2,3].

Среди гормонально-активных опухолей гипофиза наиболее распространённой является пролактинома, на её долю, по данным разных национальных когорт, приходится 32-66% аденом данной локализации. Общая распространённость её составляет 50 случаев на 100 000 человек, заболеваемость - 3-5 на 100 000 человек в год, что подтверждает значимость диагностического поиска на амбулаторном этапе [3-5].

Случай демонстрирует важность тщательного сбора анамнеза, внимательного отношения к сочетанию определённых неспецифических симптомов на амбулаторно-поликлиническом этапе для своевременной диагностики нейроэндокринных опухолей, снижению частоты их осложнений и улучшения качества жизни пациента.

**Клинический случай.** Пациентка возраста 22 лет обратилась в поликлинику по месту жительства к врачу — участковому терапевту с жалобами на постоянные головные боли, головокружение, непереносимость физической активности (по сравнению с привычными нагрузками). В ходе сбора анамнеза дополнительно выявлено, что у пациентки преобладает тревожно - депрессивная симптоматика, на фоне которой отмечаются нерегулярные менструации.

С соответствующими жалобами была направлена к неврологу, где после проведения общего осмотра был выставлен диагноз «Головная боль напряжения» (август 2019 года). Пациентке была назначена симптоматическая и патогенетическая

терапия: ибупрофен, витамины группы В курсом с незначительным положительным эффектом. Со слов больной, спустя 2 месяца головные боли стали носить постоянный характер, не купировались приемом НПВС.

В связи с ухудшением самочувствия пациентка повторно обратилась в поликлинику к неврологу. Дополнительно пожаловалась на задержку месячных, беременность исключена. Неврологом был выставлен диагноз «Мигрень без ауры». Назначенные суматриптан 50 мг и ибупрофен в межприступный период без эффекта.

16.04.2020 пациентка обратилась к гинекологу с жалобой на нерегулярные менструации. После сбора анамнеза был выставлен предварительный диагноз «Дисфункция яичников неуточнённая. Нерегулярные менструации неуточнённые» и назначено дообследование для постановки окончательного диагноза (кольпоскопия с 7 дня менструального цикла, анализ крови на тиреотропный гормон (ТТГ), тироксин свободный, эстрадиол, пролактин, лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) натошак на 3-5 день менструального цикла через 2-3 часа после пробуждения). Рекомендовано лечение таблетированными формами Магнелис В6 по 2 таблетки 2-3 раза в сутки на протяжении 1 месяца и повторная консультация с результатами обследования.

**Таблица 1 – Лабораторные показатели пациентки от 17.04.2020.**

Наименование показателя		Референсный интервал	Результат
Тиреотропный гормон (ТТГ), мМЕ/литр		0,27 – 4,2	1,57
Трийодтиронин свободный, пмоль/литр		3,10 – 6,8	4,95
Тироксин свободный, пмоль/литр		12,0 – 22,0	14,92
Пролактин, мкМЕ/литр		102 – 496	584*
Эстрадиол, пмоль/литр	фолликулярная фаза	46 – 715	296
	овуляторная фаза	240 – 1510	296
	лютеиновая фаза	150 – 960	296
Лютеинизирующий гормон (ЛГ), МЕ/литр	фолликулярная фаза	2,4 – 12,6	21,5*
	овуляторная фаза	14,0 – 96,0	21,5
	лютеиновая фаза	1,0 – 11,4	21,5*
Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), МЕ/литр	фолликулярная фаза	3,5 – 12,5	6,85
	овуляторная фаза	4,7 – 21,5	6,85
	лютеиновая фаза	1,7 – 7,7	6,85

Примечание: \* - значения показателя, выходящие за пределы референсных значений

С результатами исследования крови 21.04.2020 пациентка посетила повторную консультацию гинеколога с изменением диагноза на «Гиперпролактинемия. Дисфункция яичников неуточнённая. Нерегулярные менструации неуточнённые». К рекомендованной терапии добавлен мастодинон по 1 таблетке 2 раза в сутки непрерывно 3 месяца, по истечении которых необходимо сделать УЗИ матки и придатков на 20-24 день менструального цикла.

Затем пациентка самостоятельно провела МРТ гипофиза без контрастирования (на введение контрастного вещества развился анафилактический шок). Заключение: новообразование гипофиза размером 4 на 6 мм. Во время проведения МРТ у больной выпали правые поля зрения.

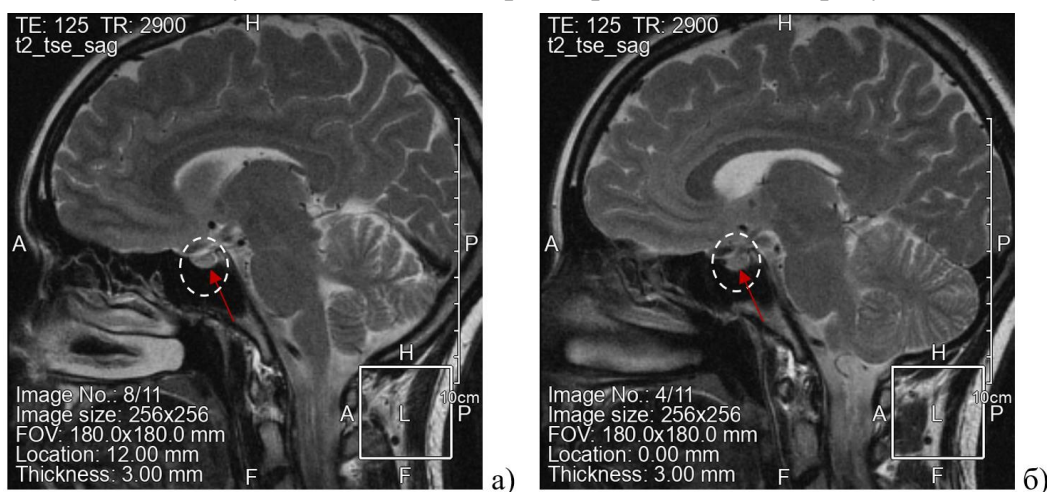
В связи с утратой правых полей зрения и постоянными головными болями пациентка обратилась к врачу-неврологу. С учетом наличия гиперпролактинемии и новообразования гипофиза размером 4 на 6 мм была назначена терапия препаратом третьего поколения агонистов дофамина «Достинекс» (каберголин) 0,5 мг 1/2 таблетки в неделю с положительным эффектом.

Пациентка провела УЗИ органов малого таза в назначенный гинекологом срок, по заключению которого врач дополнительно назначил прогестерон (дюфастон) с 18 по 28 дни менструального цикла по 1 таблетке 2 раза в день.

С целью дифференциальной диагностики и исключения вторичной гиперпролактинемии пациентка направлена на КТ почек и надпочечников. Заключение: КТ признаки микролита в правой почке. Патологических изменений в левой почке и надпочечнике при нативном исследовании не выявлено. Пациентке поставлен окончательный диагноз «Пролактинома гипофиза».

Для оценки состояния молочных желёз на фоне гиперпролактинемии пациентке (галакторея отсутствует) 03.10.2020 проведено УЗИ молочных желёз. Заключение: УЗ-признаки двусторонней дуктоэктазии. BI-RADS 2.

Спустя 6 месяцев после начала приёма «Достинекс» (каберголин) пациентке была сделана МРТ гипофиза без контрастирования для оценки эффективности фармакотерапии с положительной динамикой. Заключение: новообразование гипофиза размером 2 на 3 мм. Результаты МРТ гипофиза представлены на рисунке.



**Рис. 1. Микроаденома гипофиза через 6 месяцев после начала лечения каберголином:**  
а) до; б) после.

На фоне проводимой медикаментозной терапии состояние пациентки улучшилось: вернулись правые поля зрения, частота головных болей не уменьшилась, однако они стали купироваться НПВС из группы селективных ингибиторов ЦОГ-2 (нимесулид/целекоксиб).

В 2021 году пациентка планово 1 раз в год была направлена на МРТ гипофиза без контрастирования без отрицательной динамики. Заключение: новообразование гипофиза размером 2х3 мм.

Одновременно с этим пациентке было проведено лабораторное исследование уровня пролактина в сыворотке крови. Показатель находился в пределах нормы.

В 2023 году пациентка также планово сделала МРТ гипофиза без контрастирования. Заключение: полный регресс новообразования гипофиза. Согласно клинической картине, результатам лабораторного и инструментального методов исследования пациентке был отменён «Достинекс» (каберголин), принимаемый ею на протяжении четырёх лет.

Затем, в январе 2024 года, пациентке устанавливается диагноз «Новая коронавирусная инфекция COVID-19». При сдаче крови отмечается увеличение уровня пролактина в сыворотке крови (3212 мкМЕ/литр).

Жалобы на момент сдачи крови те же (приступы мигрени несколько раз в неделю, купируемые селективными НПВС), цикл сохранён. Пациентке для исключения диагноза пролактиномы в январе 2024 года была вновь проведена МРТ гипофиза без контрастирования. Заключение: диффузные изменения гипофиза. В связи с этим пациентке была назначена симптоматическая терапия: курс теноксикам («Тексаред») 20 мг в 10 дней, эторикокиб («Долокок») 60 мг 10 дней, золмитриптан 2,5 мг в начале мигренозного приступа. В настоящее время пациентка отмечает значительное улучшение симптомов и качества жизни.

**Выводы.** Данный клинический случай демонстрирует важность бдительности в отношении общих, «побочных» проявлений нейроэндокринных опухолей гипофиза, в частности пролактиномы, на амбулаторно-поликлиническом этапе, что обусловлено его анатомическим расположением вблизи критически важных нервных и сосудистых структур головного мозга (масс-эффект). Это позволит значительно сократить время диагностического поиска, своевременно начать лечение и уменьшить количество осложнений, связанных с ростом опухоли и её механическим воздействием на соседние структуры головного мозга.

#### ***Литература / References.***

1. Моругова, Т. В. Особенности течения соматолактотропных опухолей гипофиза. Описание клинического случая / Т. В. Моругова, Д. Ш. Авзалетдинова, И. В. Моругова // Focus Эндокринология. – 2023. – Т. 4, № 4. – С. 75-81. – DOI 10.15829/2713-0177-2023-4-30.
2. Лапшина, А. М. Проблемы морфологической диагностики гормонально неактивных опухолей гипофиза / А. М. Лапшина, Н. В. Болдина // Эндокринная хирургия. – 2023. – Т. 17, № 4. – С. 46. – DOI 10.14341/serg12869.
3. Агрессивные опухоли и карциномы гипофиза: современная классификация, достижения и перспективы в лечении / Л. И. Астафьева, П. Л. Калинин, Г. Л. Кобяков [и др.] // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. – 2024. – Т. 88, № 3. – С. 103-110. – DOI 10.17116/neiro202488031103.
4. Лапшина, А. М. Обзор патоморфологической классификации опухолей гипофиза воз от 2022 года: клиническая практика, противоречия, перспективы / А. М. Лапшина // Персонализированная медицина и практическое здравоохранение : сборник тезисов X (XXIX) Национального конгресса эндокринологов с международным участием, Москва, 23–26 мая 2023 года. – Москва: Б. и., 2023. – С. 171. – DOI 10.14341/Cong23-26.05.23-171.
5. Современные взгляды на лечение гормонально активных нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы, исключая инсулиному / Т. М. Черных, Д. А. Малюгин, М. В. Хачатуров, В. И. Золоедов // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья, 2022. – № 90. – С. 67-75.

**Abstract.**

***E.A. Tupikina, S.N. Lagutina, O.S. Skuratova, I.S. Dobrynina***

***Features of management of patients with neuroendocrine tumors at the outpatient stage***

*Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko*

According to various international registries, the average duration of the pre-diagnostic period of pituitary tumors is about 5 years (in 24% of patients - more than 10 years). This is due to the fact that most gonadotrophic neuroendocrine tumors of the pituitary gland do not secrete a sufficient amount of biologically active hormones to determine the clinical manifestations of hypersecretion, so they are often non-specific, disguising themselves as neurological and/or reproductive diseases.

**Keywords:** pituitary adenoma, hyperprolactinemia, outpatient stage, clinical case

**Сведения об авторах:** Тупикина Эльвира Алексеевна – студентка ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, [tupera@mail.ru](mailto:tupera@mail.ru); Лагутина Светлана Николаевна – к.м.н., ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, [svlagutina@mail.ru](mailto:svlagutina@mail.ru); Скуратова Ольга Сергеевна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, [prokорова15@mail.ru](mailto:prokорова15@mail.ru); Добрынина Ирина Сергеевна – к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, [dobrynina84@mail.ru](mailto:dobrynina84@mail.ru).

---

Статья поступила в редакцию 18.02.2025; одобрена рецензентами и принята к публикации 06.05.2025.