

13. Hassan M. L., Perez J. A., Yachi Del Pino E., Schroh R. G. // Med. Cutan. Ibero-Lat. Am. — 1990. — Vol. 18. — P. 179—184.
14. Heymann W. R. // J. Am. Acad. Dermatol. — 1999. — Vol. 40. — P. 229—232.
15. Hornstein O. P. // Z. Hautkrankh. — 1984. — Bd 59. — S. 1125—1126, 1129—1132.
16. Lanigan S. W., Adams S., Gilkes J., Robinson T. // Lancet. — 1984. — Vol. 1. — P. 1476.
17. Lanigan S. W., Short P., Moulton P. // Clin. Exp. Dermatol. — 1987. — Vol. 12. — P. 335—338.
18. Leung D. Y., Diaz L. A., DeLeo V., Soter N. A. // J. A. M. A. — 1997. — Vol. 270. — P. 1914—1923.
19. Leznoff A., Josse R. G., Denburg J., Dolovich C. // Arch. Dermatol. — 1983. — Vol. 119. — P. 636—640.
20. Leznoff A., Sussman G. L. // J. Allergy. — 1989. — Vol. 84. — P. 66—71.
21. Lindberg B., Ericson U.-B., Fredricson B. et al. // Acta Paediatr. — 1998. — Vol. 87. — P. 371—374.
22. Mullin G. E., Eastern J. S. // Am. Fam. Physician. — 1986. — Vol. 34. — P. 93—98.
23. Pace J., Garreits M. // Br. J. Dermatol. — 1975. — Vol. 93. — P. 97—99.
24. Pandya A. G., Tharp M. D. // Arch. Dermatol. — 1990. — Vol. 126. — P. 1238—1239.
25. Peltz S., Barchuk W., Oppenheimer J. et al. // Clin. Exp. Dermatol. — 1995. — Vol. 20. — P. 351—352.
26. Prigent F. // Ann. Dermatol. Venereol. — 1996. — Vol. 123. — P. 124.
27. Ramanathan M. // Med. J. Malaysia. — 1986. — Vol. 44. — P. 324—328.
28. Ravitch M. // J. Cutan. Dis. — 1997. — Vol. 25. — P. 512.
29. Rowe M. // Ann. Intern. Med. — 1991. — Vol. 114. — P. 97.
30. Rumblyrt J. S., Katz J. L., Schocket A. L. // J. Allergy. — 1995. — Vol. 96. — P. 901—905.
31. Turktas I., Gokcora, Demirsay S. et al. // Int. J. Dermatol. — 1997. — Vol. 36. — P. 187—190.

Поступила 19.03.01

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ. 2002

УДК 616.154:577.175.328]-008.61-07

Г. А. Мельниченко, Е. И. Марова, Т. И. Романцова, В. А. Черноголов, И. А. Иловайская

РЕЗУЛЬТАТЫ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ С УМЕРЕННОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ

Кафедра эндокринологии (зав. — акад. РАМН И. И. Дедов) Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, Эндокринологический научный центр РАМН, Москва

Изучали влияние длительной (от 2 до 15 лет) гиперпролактинемии до 100 нг/мл на состояние репродуктивной системы у 42 пациенток с микроаденомами гипофиза и 40 больных с идиопатической гиперпролактинемией. Также оценивали состояние аденогипофиза и эффективность применения агонистов дофамина у данной категории пациенток. За длительный период наблюдения у больных с умеренной гиперпролактинемией не наблюдалось ухудшения клинических проявлений заболевания, существенно повышения уровня пролактина и (или) отрицательной динамики в состоянии турецкого седла. У пациенток с умеренной гиперпролактинемией независимо от наличия или отсутствия микроаденомы гипофиза отмечалась более низкая чувствительность к дофаминиметикам по сравнению с больными с гиперпролактинемией более 100 нг/мл. С другой стороны, примерно у половины больных независимо от наличия или отсутствия микроаденомы гипофиза возможно спонтанное восстановление менструального цикла и фертильности без медикаментозного лечения. Назначение агонистов дофамина больным с умеренной гиперпролактинемией показано при наличии аменореи и (или) жалоб на бесплодие. Другим пациенткам данного контингента целесообразно находиться под динамическим наблюдением.

Effect of long (2-15 years) hyperprolactinemia (up to 100 ng/ml) on the reproductive status was studied in 40 female patients with pituitary microadenomas and 40 patients with idiopathic hyperprolactinemia. Adenopituitary status and efficiency of dopamine agonists were evaluated. Clinical manifestations of the disease did not deteriorate, prolactin level did not notably increase and (or) there were no negative changes in the sella turcica status during long observation. Patients with moderate hyperprolactinemia were less sensitive to dopaminomimetics in comparison with patients with hyperprolactinemia of more than 100 ng/ml, irrespective of pituitary microadenoma. On the other hand, in about half of all patients (irrespective of pituitary microadenoma) the menstrual cycle and fertility spontaneously recovered without drug therapy. Therapy with dopamine agonists is indicated for patients with moderate hyperprolactinemia with amenorrhea and/or sterility. Other patients with this condition should be regularly examined.

С внедрением в начале 70-х годов в клиническую практику методов определения содержания пролактина (ПРЛ) одним из приоритетных направлений клинической эндокринологии стало изучение нарушений секреции этого гормона. Гиперпролактинемия является широко распространенным эндокринным расстройством.

Одной из причин гиперпролактинемии является ПРЛ-секретирующая аденома гипофиза. Гормональным маркером этого заболевания принято считать уровень пролактинемии более 100 нг/мл [3, 5]. В таких случаях показаны активная медикаментозная терапия или другие виды лечения.

Вместе с тем до настоящего времени остаются нерешенными вопросы тактики в отношении боль-

ных с повышением уровня ПРЛ до 100 нг/мл (так называемая пограничная, или "умеренная" гиперпролактинемия). Влияние стойкой умеренной гиперпролактинемии на организм изучено недостаточно. Часто возникает вопрос, является ли умеренное повышение уровня ПРЛ одним из вариантов течения заболевания или представляет собой этап в дальнейшем развитии значительной гиперпролактинемии и классической симптоматической триады. В связи с этим клиницистами обсуждается необходимость применения агонистов дофамина при каждом зафиксированном стойком повышении уровня ПРЛ.

Целью настоящей работы явились изучение влияния длительной умеренной гиперпролактине-

мии на состояние репродуктивной системы женщин и оценка состояния аденогипофиза и эффективности применения агонистов дофамина у данной категории пациенток.

Материалы и методы

Обследовано 120 женщин в возрасте от 19 до 46 лет, из них 82 больных с гиперпролактинемией до 100 нг/мл: 42 пациентки с микроаденомами гипофиза (1-я группа) и 40 пациенток с идиопатической гиперпролактинемией (2-я группа). 38 женщин с микроаденомами гипофиза и пролактинемией более 100 нг/мл составили группу сравнения (3-я группа). Основными клиническими проявлениями заболевания у пациенток были отсутствие менструаций или нарушение менструального цикла по типу олиго- или опсоменореи, галакторея, бесплодие, головные боли (табл. 1). Состояние области турецкого седла у всех больных оценивали с помощью компьютерной томографии (КТ) с использованием аппарата "Somaton" (фирма "Somaton", ФРГ) и-или магнитно-резонансной томографии (МРТ) на аппарате BNT-1000 (фирма "Bruker", ФРГ). Всем больным проводили эхографическое обследование органов малого таза с помощью приборов "Алока ССД 280" и "Алока ССД 650" с использованием конвексных и линейных датчиков с частотой 3,5 МГц. У всех женщин исследовали содержание в сыворотке крови ТТГ, ЛГ, ФСГ, общего иммунореактивного ПРЛ. У женщин с сохраненным менструальным циклом содержание ПРЛ и гонадотропинов определяли на 5—7-й день менструального цикла. Исследование уровня гормонов проводили исходно (до начала лечения) и каждые 4—6 мес во время наблюдения (лечения). Содержание гормонов определяли с помощью стандартных радиоиммунологических наборов.

Данные представлены в виде $M \pm m$, где M — среднее арифметическое; m — стандартная ошибка

Таблица 1

Данные клинического и гормонального обследования больных с умеренной гиперпролактинемией

Клинические проявления	Группа обследованных		
	1-я (n = 42)	2-я (n = 40)	3-я (n = 38)
<i>Клинические симптомы</i>			
Аменорея	23 (54,7)*	11 (27,5)*	30 (78,9)
Опсоменорея	16 (38,1)*	21 (52,5)*	8 (21,1)
Регулярный менструальный цикл	3 (7,1)	8 (20,0)	—
Бесплодие 1	16 (38,1)*	5 (12,5)*	20 (60,5)
Бесплодие 2	8 (19,0)*	9 (22,5)*	4 (10,5)
Галакторея	34 (81,0)	33 (82,5)	30 (78,9)
Головная боль	19 (45,2)	18 (45,0)	12 (31,5)
<i>Гормональные показатели</i>			
ПРЛ, нг/мл	67,3 ± 5,2*	62,5 ± 3,8*	245,8 ± 72,5
ТТГ, мЕ/мл	1,8 ± 0,5	1,5 ± 0,5	1,6 ± 0,7
ЛГ, Е/л	5,3 ± 4,5*	4,7 ± 2,1*	1,5 ± 0,4
ФСГ, Е/л	4,7 ± 2,2*	4,4 ± 1,4*	1,0 ± 0,3

Примечание. * — $p < 0,005$ по сравнению с 3-й группой. В скобках — процент.

среднего. Статистическую обработку данных проводили с помощью модифицированного t -критерия Стьюдента и критерия χ^2 .

Сроки наблюдения за пациентками варьировали от 2 до 15 лет: 76 ± 25 , 81 ± 47 и 75 ± 44 мес по группам соответственно.

Из обследованных больных 95 женщин принимали препараты агонистов дофамина, 25 пациенток не получали медикаментозное лечение по тем или иным причинам (непереносимость агонистов дофамина, отказ не заинтересованных в беременности женщин от лечения, наличие регулярного менструального цикла). Агонисты дофамина (парлодел, норпролак, достинекс) назначали в обычных терапевтических дозах в течение 23—30 мес.

Результаты и их обсуждение

Клинические проявления у больных с умеренной гиперпролактинемией отличались разнообразием и не сводились только к нарушениям менструального цикла и галакторее. Помимо перечисленных жалоб, больных беспокоили диспаурия, тахикардия, слабость, быстрая утомляемость, головкружения и т. д. Однако частота основных жалоб у пациенток 1-й и 2-й групп существенно не различалась (см. табл. 1). По сравнению с пациентками 3-й группы у больных с умеренной гиперпролактинемией статистически значимо реже наблюдалась аменорея независимо от наличия или отсутствия микроаденомы гипофиза.

При исследовании исходного базального уровня гипофизарных гормонов было отмечено, что средний уровень ПРЛ составил $67,3 \pm 5,2$ нг/мл в 1-й группе и $62,5 \pm 3,8$ нг/мл во 2-й группе, т. е. существенно не различался. Средний уровень пролактинемии в 3-й группе значительно превышал показатели 1-й и 2-й групп и составил $245,8 \pm 72,5$ нг/мл. Уровни ЛГ и ФСГ в среднем значимо не различались в группах пациентов с умеренной гиперпролактинемией, составляли в 1-й группе $5,3 \pm 4,5$ и $4,7 \pm 2,2$ Ед/л, во 2-й — $4,7 \pm 2,1$ и $4,4 \pm 1,4$ Ед/л соответственно и находились в пределах нормальных колебаний для фолликулиновой фазы. У больных 3-й группы уровни ЛГ и ФСГ были статистически значимо ниже ($p < 0,005$), чем у больных с умеренной гиперпролактинемией, и составили $1,5 \pm 0,4$ и $1,0 \pm 0,3$ Ед/л соответственно.

По данным КТ/МРТ головного мозга, размеры аденом гипофиза в 1-й группе составляли $6,5 \pm 2,4$ мм, в 3-й — $7,2 \pm 3,5$ мм, т. е. значимо не различались. У всех больных 2-й группы патологические изменения в полости турецкого седла по данным проведенных исследований не визуализировались.

Среди пациенток 1-й группы агонисты дофамина принимали 33 женщины. Из них у 21 больной в дебюте заболевания наблюдалась аменорея, у 11 — олиго- или опсоменорея, у 1 — регулярный менструальный цикл. В результате лечения (табл. 2) у 23 больных удалось добиться восстановления регулярного менструального цикла, олиго- или опсоменорея наблюдалась у 6 больных, продолжали отсутствовать менструации у 3. Среди 9 женщин 1-й группы, не принимавших агонисты дофамина, у 1 боль-

Т а б л и ц а 2

Динамика состояния менструального цикла у больных с гиперпролактинемией за время наблюдения

Группа обследованных	Аменорея	Олиго- или опсоменорея	Регулярный менструальный цикл
1-я: на фоне лечения агонистами дофамина (n=33)	□ n=3 → ▽ □ n=1 → ▽ □ n=17 → ▽	□ n=5 → ▽ □ n=6 → ▽	□ n=1 → ▽
без приема агонистов дофамина (n=9)	□ n=1 → ▽ □ n=1 → ▽	□ n=4 → ▽ □ n=1 → ▽	□ n=2 → ▽
2-я: на фоне лечения агонистами дофамина (n=27)	□ n=2 → ▽ □ n=3 → ▽ □ n=3 → ▽	□ n=7 → ▽ □ n=9 → ▽	□ n=3 → ▽
без приема агонистов дофамина (n=13)	□ n=3 → ▽	□ n=1 → ▽ □ n=4 → ▽	□ n=5 → ▽
3-я: на фоне лечения агонистами дофамина (n=35)	□ n=1 → ▽ □ n=4 → ▽ □ n=22 → ▽	□ n=8 → ▽	
без приема агонистов дофамина (n=3)	□ n=3 → ▽		

П р и м е ч а н и е.

- – наличие симптома в клинической картине заболевания исходно;
▽ – наличие симптома в клинической картине заболевания к концу периода наблюдения.

ной с аменореей и у 4 пациенток с опсоменореей было отмечено самопроизвольное восстановление менструального цикла. У остальных пациенток (1 с аменореей, 1 с олигоменореей и 2 с регулярным полноценным менструальным циклом) изменений состояния менструального цикла не отмечено. Прекращение галактореи зарегистрировано у 36,8% пациенток, получавших лечение, и у 33% нелеченых женщин.

Во 2-й группе агонисты дофамина принимали 27 женщин, из них у 8 была аменорея, у 16 — олиго- или опсоменорея, у 3 — регулярный менструальный цикл. В результате лечения нормализация менструального цикла была достигнута в 12 случаях. Аменорея персистировала у 2 больных, олигоменорея сохранялась у 7 женщин. 13 пациенток 2-й группы не получали лечение, из них у 3 женщин с исходной аменореей менструации продолжали от-

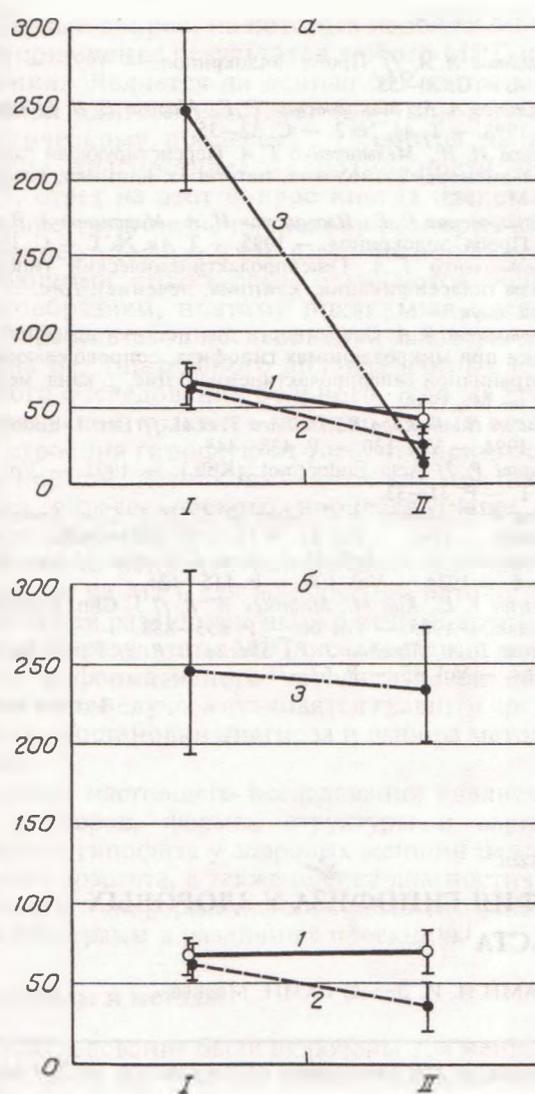
сутствовать, у 4 из 5 женщин с олигоменореей восстановился регулярный менструальный цикл и у 1 больной сохранялась олиго- или опсоменорея. У 5 женщин с сохранной менструальной функцией изменений цикла не отмечено. Галакторея прекратилась у 57% больных, получавших фармакотерапию, и у 50% больных, находившихся лишь под наблюдением.

В 3-й группе терапии агонистами дофамина получали 35 женщин, из них у 27 больных отмечалась аменорея и у 8 — олиго- или опсоменорея. В ходе лечения полное восстановление регулярного менструального цикла достигнуто в 30 случаях, у 4 из 5 больных с аменореей наблюдалась олиго- или опсоменорея и у 1 положительной динамики менструального цикла не отмечено. Без лечения наблюдались только 3 женщины с аменореей, у них спонтанного восстановления менструального цикла не прослежено. Выделения из молочных желез на фоне лечения прекратились у 6 женщин этой группы, самопроизвольного разрешения галактореи не отмечено.

Прослеживая динамику уровня ПРЛ в ходе наблюдения, мы получили следующие результаты (см. рисунок). У больных 1-й группы на фоне приема агониста дофамина отмечалось снижение уровня ПРЛ в среднем на 36,8%. У пациенток этой группы без лечения наблюдалось повышение уровня ПРЛ на 2,8%, что статистически значимо не отличалось от исходного уровня и не превысило 100 нг/мл. У больных 2-й

группы отмечалось снижение уровня ПРЛ на фоне лечения и без него на 56,7 и 42,8% соответственно. У больных 3-й группы прием агонистов дофамина приводил к значительно более выраженному снижению уровня ПРЛ (в среднем на 270%), в то время как без лечения существенного изменения уровня пролактинемии не отмечено. Проведенные ранее исследования также указывают на то, что без лечения у значительного количества больных с гиперпролактинемией прослеживается тенденция к снижению уровня ПРЛ [10–12], хотя зафиксированы и случаи отрицательной динамики пролактинемии.

Оценивая состояние турецкого седла у больных с умеренной гиперпролактинемией, мы отметили, что у большей части больных 1-й группы существенной динамики в состоянии гипофиза не прослеживалось. У 1 больной с микроаденомой гипофиза на фоне приема агонистов дофамина наблюдалось



Динамика уровня ПРЛ у больных с гиперпролактинемией на фоне лечения агонистами дофамина (а) и без лечения (б).

1 — 1-я группа; 2 — 2-я группа; 3 — 3-я группа. I — исходно; II — на фоне наблюдения (лечения). По осям ординат — уровень ПРЛ (в нг/мл)

увеличение размеров аденомы с 7 до 8 мм в течение 1-го года наблюдения, однако дальнейшего роста не отмечалось. Ни в одном случае идиопатической умеренной гиперпролактинемии развитие аденомы гипофиза не отмечено. У 4 больных 3-й группы на фоне лечения отмечалось исчезновение аденомы гипофиза, из них в 2 случаях с исходом в "пустое" турецкое седло. У остальных пациенток с гиперпролактинемией более 100 нг/мл за время наблюдения динамических изменений гипофиза не выявлено.

Таким образом, у женщин с умеренным повышением уровня ПРЛ и микроаденомами гипофиза клинические проявления заболевания сходны с симптоматикой идиопатической гиперпролактинемии и проявляются преимущественно стертыми формами нарушения функции репродуктивной системы. На фоне лечения агонистами дофамина нормализация менструального цикла наблюдалась

у 69,7% больных с микроаденомами гипофиза и у 55,6% больных с идиопатической гиперпролактинемией, т. е. у существенно меньшего числа больных по сравнению с 3-й группой, где восстановление менструального цикла было отмечено у 85,7% пациенток. Более низкую чувствительность к агонистам дофамина среди пациенток 1-й и 2-й групп по сравнению с больными 3-й группы, вероятно, можно объяснить тем, что умеренное повышение содержания ПРЛ не всегда связано с истинным снижением дофаминергического тонуса. Умеренная гиперпролактинемия может быть обусловлена, например, наличием антител к ПРЛ при идиопатической гиперпролактинемии [1, 2, 7] или паракринными интрагипофизарными взаимодействиями при наличии гормонально-неактивной микроаденомы гипофиза [6]. В таких случаях медикаментозная терапия не приводит к существенному снижению уровня ПРЛ [1, 4, 6, 7]. Полученные данные не противоречат мнению зарубежных исследователей о том, что медикаментозная терапия при гиперпролактинемии тем эффективнее, чем выше уровень сывороточного ПРЛ [8].

Без лечения агонистами дофамина примерно у половины пациенток 1-й и 2-й групп (55,5 и 49,5% соответственно) отмечалось спонтанное восстановление регулярных менструаций. Ухудшения клинических симптомов заболевания в ходе наблюдения у пациенток не отмечено.

У женщин с регулярным менструальным циклом и сохранной фертильностью на фоне умеренной гиперпролактинемии не наблюдалось развития симптомов гиперпролактинемического гипогонадизма без применения агонистов дофамина. Данные нашего исследования подтверждают современную точку зрения о том, что женщины с умеренной гиперпролактинемией без жалоб на нарушения менструального цикла и бесплодие не нуждаются в медикаментозной терапии даже при наличии микроаденомы гипофиза [6, 9]. Таким пациентам целесообразно рекомендовать динамическое наблюдение эндокринолога с исследованием уровня ПРЛ 1 раз в 6 мес и ежегодной МРТ головного мозга.

Результаты проведенного нами исследования позволяют считать умеренную гиперпролактинемию доброкачественным состоянием. У данного контингента больных не наблюдалось ухудшения клинических проявлений заболевания, существенного повышения уровня ПРЛ и/или отрицательной динамики в состоянии гипофиза по данным МРТ даже без терапии дофаминиметиками. Более того, у значительного количества пациенток с умеренной гиперпролактинемией отмечалась тенденция к самопроизвольному восстановлению менструального цикла без медикаментозного лечения независимо от наличия или отсутствия аденомы гипофиза. С другой стороны, у больных с умеренной гиперпролактинемией прием агонистов дофамина не всегда позволяет нормализовать уровень ПРЛ. Это позволяет сделать вывод о том, что при гиперпролактинемии до 100 нг/мл назначение терапии агонистами дофамина не требуется во всех случаях без исключения.

Выводы

1. У больных с умеренной гиперпролактинемией не наблюдается ухудшения клинических проявлений заболевания, существенного повышения уровня ПРЛ и-или отрицательной динамики в состоянии гипофиза за длительный период наблюдения.

2. У пациенток с умеренной гиперпролактинемией независимо от наличия или отсутствия микроаденомы гипофиза отмечается более низкая чувствительность к дофаминиметикам по сравнению с больными с гиперпролактинемией более 100 нг/мл. С другой стороны, примерно у половины больных независимо от наличия или отсутствия микроаденомы гипофиза возможно спонтанное восстановление менструального цикла и фертильности без медикаментозного лечения агонистами дофамина.

3. Назначение агонистов дофамина больным с умеренной гиперпролактинемией показано при наличии аменореи и(или) жалоб на бесплодие. Другим пациенткам данного контингента целесообразно находиться под динамическим наблюдением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булатов А. А. // Пробл. эндокринологии. — 1997. — Т. 43, № 4. — С. 50—55.
2. Булатов А. А., Макаровская Е. Е., Марова Е. И. // Там же. — 1998. — Т. 44, № 2. — С. 32—35.
3. Дедов И. И., Мельниченко Г. А. Персистирующая галакторея-амеорея (этиология, патогенез, клиника, лечение). — М., 1985.
4. Макаровская Е. Е., Иловайская И. А., Мартынов А. В. и др. // Пробл. эндокринологии. — 1995. — Т. 41, № 1. — С. 19—22.
5. Мельниченко Г. А. Гиперпролактинемический гипогонадизм (классификация, клиника, лечение): Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1990.
6. Чернооголов В. А. Особенности диагностики лечебной тактики при микроаденомах гипофиза, сопровождающихся пограничной гиперпролактинемией: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1998.
7. Hattori N., Ikekubo K., Ishihara T. et al. // Eur. J. Endocrinol. — 1994. — Vol. 130. — P. 438—445.
8. Jaquet P. // Acta Endocrinol. (Kbh.). — 1993. — Vol. 129, N 1. — P. 31—33.
9. King J. T., Justice A. C., Aron D. C. // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 1997. — Vol. 82, N 11. — P. 3625—3632.
10. Koppelman M. C., Jaffe M. J., Rieth K. G. et al. // Ann Intern. Med. — 1984. — Vol. 100. — P. 115—121.
11. Martin T. L., Kim M., Malarkey W. B. // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 1985. — Vol. 60. — P. 855—858.
12. Sisam D. A., Sheehan J. P., Sheeler L. R. // Fertil. Steril. — 1987. — Vol. 48. — P. 67—71.

Поступила 04.09.2000

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.432-055.26-073.756.8-073.8

И. И. Дедов, А. В. Воронцов, Ю. В. Новолодская

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ГИПОФИЗА У ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Эндокринологический научный центр (дир. — акад. РАМН И. И. Дедов) РАМН, Москва

В исследовании проведена оценка результатов МРТ-исследования гипофиза у 294 здоровых женщин. Проанализированы размеры, форма, структура и варианты строения гипофиза, а также оценка диагностической ценности и информативности магнитно-резонансных томограмм в различных проекциях. МРТ-исследования проводили в лаборатории МРТ Эндокринологического научного центра РАМН с помощью магнитно-резонансного томографа "Siemens Magnetom Impact" напряженно-резонансного магнитного поля 1 Тл. Показано, что для получения максимальной информации о состоянии гипофиза и параселлярных структур оптимальным является проведение МРТ в трех проекциях, толщиной среза 3 мм, в режимах T1-SE и T2-SE. Размеры, форма и структура гипофиза у здоровых женщин репродуктивного возраста характеризуются значительной вариабельностью, что необходимо учитывать при интерпретации данных МРТ. Максимальный вертикальный размер у женщин 21—40 лет не превышает 9 мм. Так называемые "косвенные" признаки микроаденомы гипофиза нередко встречаются в различных сочетаниях и у здоровых женщин; следовательно, их обнаружение не может служить единственным основанием для постановки диагноза.

The results of MR tomography of the pituitary in 294 healthy women are evaluated. The size, shape, structure, and variants of the pituitary are analyzed and the diagnostic and informative value of MR tomograms in different projections are assessed. Magnetic imaging was carried out on a Siemens Magnetom Impact MR tomographer with magnetic field tension of 1 T. MR tomography in three projections of 2 mm sections in T1-SE and T2-SE modes provides the optimal information about the pituitary and parasellar structures. The size, shape, and structure of the pituitary in healthy women of reproductive age vary within a wide range, which should be borne in mind when interpreting the data of MR tomography. The maximum vertical size in women aged 21-40 years is no more than 9 mm. The so-called indirect signs of pituitary microadenoma in various combinations are often detected in healthy women, and hence, their presence cannot serve as the only reason for the diagnosis.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) является наиболее информативным методом диагностики патологии головного мозга. Особенно ярко ее преимущества проявляются при оценке состояния гипофиза и параселлярных структур.

Благодаря высокой разрешающей способности, возможности получения срезов толщиной

2—3 мм в любой плоскости, четкой визуализации передней и задней долей гипофиза, воронки гипофиза и прилежащих структур, таких как перекрест зрительных нервов и кавернозные синусы, МРТ является методом выбора в диагностике патологии гипоталамо-гипофизарной области.