

- ков / Дедов И. И., Беленков Ю. Н., Беличенко О. И., Мельниченко Г. А. — М.
3. Нейроэндокринология: клинические очерки / Под ред. Е. И. Маровой. — Ярославль, 1999.
 4. Эндокринология / Под ред. Н. Лавина. — М., 1999.
 5. Barros L., Ribeiro C., Bastos M. et al. // Acta Med. Port. — 1997. — Vol. 10, N 5. — P. 362—365.
 6. Bozzola M., Adamsbaum C., Biscaldi I. et al. // Clin. Endocrinol. — 1996. — Vol. 45, N 1. — P. 21—26.
 7. Di Natale B., Scotti G., Pellini C. et al. // Pediatrician. — 1987. — Vol. 14, N 4. — P. 246—252.
 8. Fujisawa I., Asato R., Nishimura K. // J. Comput. Assist. Tomogr. — 1987. — Vol. 11. — P. 214—220.
 9. Genovese E., Maghnie M., Beluffi G. // Pediatr. Radiol. — 1997. — Vol. 27. — P. 48—53.
 10. Hamilton J., Blaser S., Daneman D. // Am. J. Neuroradiol. — 1998. — Vol. 19, N 9. — P. 1609—1615.
 11. Kornreich L., Horev G., Lazar L. et al. // Ibid. — 1997. — Vol. 18, N 9. — P. 1743—1747.
 12. Kucharczyk J., Kucharczyk W., Berry I. // Ibid. — 1988. — Vol. 9. — P. 1079—1083.
 13. Kuroiwa T., Okabe Y., Hasuo K. // Ibid. — 1991. — Vol. 12. — P. 161—164.
 14. Magalhaes A. C., Uehara K. C., Iezzi D. et al. // Rev. Hosp. Clin. Univ. S. Paulo. — 1995. — N 4. — P. 182—184.
 15. Maghnie M., Triulzi F., Larizza D. et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 1991. — Vol. 73, N 1. — P. 79—83.
 16. Maghnie M., Genovese E., Villa A. et al. // Clin. Endocrinol. — 1996. — Vol. 45. — P. 281—290.
 17. Maghnie M., Spica-Russotto V., Cappa M. et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 1998. — Vol. 83, N 11. — P. 3886—3889.
 18. Maghnie M., Strigazzi C., Tinelli C. et al. // Ibid. — 1999. — Vol. 84, N 4. — P. 1324—1328.
 19. Nagel B. H., Palmbach M., Petersen D., Ranke M. B. // Eur. J. Pediatr. — 1997. — Vol. 156, N 10. — P. 758—763.
 20. Pellini C., di Natale B., De Angelis R. et al. // Eur. J. Pediatr. — 1990. — Vol. 149, N 8. — P. 536—541.
 21. Vannelli S., Stasiowska B., Bellone J. et al. // J. Endocrinol. Invest. — 1997. — Vol. 20, N 6. — P. 312—318.

Поступила 17.05.01

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 618.11-008.64-16:616.89]-07

Г. А. Мельниченко, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина, М. Г. Павлова, Л. С. Самсонова

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЧЕСКИМ ГИПОГОНАДИЗМОМ

Кафедра эндокринологии (зав. — акад. РАМН И. И. Дедов) ММА им. И. М. Сеченова, Научный центр психического здоровья (дир. — акад. РАМН А. С. Тиганов) РАМН, Москва

Было исследовано изменение психического состояния и поведения 18 женщин в возрасте от 19 до 43 лет с гиперпролактинемическим гипогонадизмом различных форм в ходе групповой психотерапии. Психотерапия была направлена на преодоление доминирующего у данных больных инстинктивно "родительского" стиля поведения. В результате психотерапии отмечено улучшение общего клинического состояния: появление менструаций, редукция сексуальных расстройств, уменьшение головных болей. В 2 случаях отмечено облегчение наступления беременности. Значительно улучшилось психологическое состояние больных: уменьшился уровень тревожности, напряженность, выраженность нейровегетативных симптомов. Общая сумма баллов по шкале Гамильтона для тревоги снизилась с 13,8 до 9,3. По результатам методики многостороннего исследования личности отмечалось снижение профиля по 0, 2, 6-й шкалам, что свидетельствует об увеличении социальной включенности пациентов, уменьшении настороженности, аффективной ригидности и депрессивной симптоматики. В то же время не обнаружено существенного влияния психотерапии на уровень пролактина и галакторею.

The study was made of alteration in mental state and behavior in the 18 females aged 19–43 years with hyperprolactinemic hypogonadism during treatment with interpersonal psychotherapy. Psychotherapy was directed to overcoming the dominant in such patients instinctive "parental style of behavior". Psychotherapy resulted in clinically and statistically significant improvements in subjective and objective symptoms, restoration of menses, reduction of sexual disorders, attenuation of headache. In two cases pregnancy came easily. The patients improved psychologically due to weaker anxiety, tension and neuro-vegetative symptoms. The Hamilton Rating Scale for Anxiety declined from 13,8 to 9,3. Lower profile by MMPY by 0, 2 and 6 scales indicated improvement in overall social functioning, reduction of circumspection, affective rigidity and depressive symptoms. There was no substantial influence of psychotherapy on the prolactin level and galactorrhea.

Гиперпролактинемический гипогонадизм (ГГ) представляет собой уникальную клиническую модель для исследования психосоматических соотношений в репродуктивной сфере. Это обусловлено тем, что наряду с известными эндокринологом физиологическими сдвигами, которые традиционно описываются в качестве синдрома персистирующей галактореи—аменореи, при ГГ нередко наблюдаются и изменения поведения [4, 5, 7, 8]. Обычно они выражаются гипотимическими и психовегетативными расстройствами, а также связаны с усилением проявлений материнского инстинкта. Последнее нередко накладывает отпечаток на особенности личности больных, что выражается в формировании типичного для них "родительского" стиля

поведения, характеризующегося чрезмерным альтруизмом, склонностью к опеке, консерватизмом, высокой активностью, а также эмоциональной отстраненностью от текущих жизненных проблем [1].

До настоящего времени остается неясным, насколько указанные изменения в поведении при ГГ связаны с его патогенезом. Один из подходов к решению этой проблемы заключается в сопоставительном изучении терапевтической динамики состояния таких больных. В частности, ранее нами были опубликованы результаты исследования изменений соматических и поведенческих проявлений ГГ в ходе лечения этих больных селективными агонистами дофаминовых рецепторов (АДР) [2]. Полученные данные свидетельствуют о том, что се-

лективные АДР способствуют несомненному улучшению психического состояния пациентов. Однако отмеченное улучшение было недостаточно стабильным, и к 4—5-му месяцу, несмотря на продолжающуюся медикаментозную терапию и снижение уровня пролактина (ПРЛ), у больных отмечалась тенденция к восстановлению исходно имевшихся нарушений поведения.

Это свидетельствует о неоднозначности психоэндокринных соотношений при ГГ и заставляет задуматься о разработке специальных подходов к коррекции психического состояния таких пациентов. Одним из перспективных методов в этом отношении является психотерапия, поскольку большинство психотропных препаратов неблагоприятно влияет на уровень ПРЛ.

С учетом сказанного целью настоящей работы явилось изучение эффективности психотерапии больных ГГ, а также исследование изменений поведения и клинических проявлений гиперпролактинемии в ходе такого лечения.

Материалы и методы

Согласие на участие в исследовании дали 26 пациенток с различными формами ГГ. В ходе работы по различным причинам (психологическим и семейно-бытовым) из исследования выбыли 8 женщин. Окончательно в обследуемую группу было включено 18 пациенток, которые прошли все этапы терапии. Их возраст составлял от 19 до 43 лет (в среднем 33,1 года), а длительность заболевания — от 6 мес до 23 лет (в среднем 7,7 года). У 6 больных был поставлен диагноз идиопатической гиперпролактинемии, у 10 — макроаденомы гипофиза, у 2 — микроаденомы.

Психотерапию проводили в форме групповых сессий и осуществляли в русле личностно-ориентированного (реконструктивного) подхода. В основу психотерапевтической программы были положены теоретические представления L. Sobrinho о связи гиперпролактинемии с обусловленной психическим стрессом дисфункцией мозговых систем, ответственных за формирование инстинктивного родительского поведения [6]. Поэтому главной задачей психологического вмешательства являлось расширение диапазона поведенческих реакций больных, что позволило бы им преодолевать доминирующий в поведении "родительский" паттерн.

В процессе лечения использовали техники когнитивно-поведенческой терапии, гештальт-терапии, психодрамы и др.¹ В работу вошли материалы наблюдения за тремя психотерапевтическими группами (по 5—7 человек). Курс терапии для каждой из них составил 60 ч и был разбит на 3 этапа.

Первый этап проводили в условиях эндокринологического стационара, куда больные были специально госпитализированы. Он осуществлялся в режиме ежедневных 6-часовых сессий на протяжении 5 дней и завершался 3-недельным перерывом. Второй и третий этапы проводили амбулаторно в режиме еженедельных сессий по 4 ч. Каждый этап продолжался 1 мес. Исследование было разбито на 4 фазы: состояние больных изучали перед началом терапии и после окончания каждого из ее этапов.

14 больных, участвовавших в исследовании, не получали никакой медикаментозной терапии в течение 6 мес до начала лечения, а также в ходе всего курса психотерапии, 4 пациентки на протяжении такого же периода времени получали АДР (3 — бромкриптин и 1 — хинаголид) в неизменных дозировках.

Оценку клинической эффективности терапии проводили на основании изучения изменений менструального цикла (МЦ), галактореи и уровня ПРЛ сыворотки. Наряду с этим оценивали следующие характерные для ГГ симптомы: головные боли, снижение продуктивности деятельности, снижение настроения, сексуальные расстройства. Уровень ПРЛ определяли методом РИА наборами "CIS Bio International" (Франция) в условиях одной лаборатории.

Оценку психического состояния больных проводили при психиатрическом наблюдении. Количественную оценку осуществляли с помощью шкалы Гамильтона для тревоги (ШГТ) и методики многостороннего исследования личности (ММИЛ).

ШГТ представляет собой состоящий из 14 пунктов клинический опросник, заполняемый врачом-психиатром, для количественной оценки выраженности симптомов тревоги. Наряду с изучением общего уровня тревоги (рассчитываемого как сумма баллов по пунктам) шкала позволяет также дифференцированно анализировать выраженность отдельных симптомов.

ММИЛ — это модифицированная (377 пунктов) и стандартизированная русифицированная версия психометрического теста MMPI [2]. В ходе обследования испытуемый дает ответы на пункты теста, объединенные в ряд шкал. Анализ полученных ответов позволяет объективно и количественно описать выраженность некоторых присущих ему характерологических особенностей, а также говорить об основных стереотипах его поведения.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы Statistica (StatSoft, USA).

Оценку статистической значимости отличий между группами проводили с помощью критерия χ^2 .

Результаты и их обсуждение

К началу обследования 15 (83,3%) из 18 пациенток отмечали нарушения МЦ, которые варьировали от олигоопсоменореи до аменореи. Длительность этих нарушений у изученных пациенток составляла от 6 мес до 16 лет; 2 из 3 пациенток с регулярным МЦ принимали АДР.

¹ Названные психотерапевтические подходы включают в себя различные психологические приемы, направленные на изменение имеющихся у пациентов неадекватных представлений, эмоциональных стереотипов и форм поведения. Среди них обращение к субъективным переживаниям, анализ и обсуждение поступков и взаимоотношений, обучение новым типам реагирования и др. Использование указанных приемов в группе пациентов помогает структурировать и значительно повысить эффективность психотерапевтических вмешательств [3].

В ходе групповой психотерапии уже на 2-й фазе обследования у 5 пациенток появились нормальные менструальные кровотечения. У 3 из этих больных первоначально была аменорея длительностью более 6 мес, а у 2 — олигоопсоменорея с задержками от 3 нед до 3—4 мес. На 4-й фазе обследования восстановление МЦ отмечалось у 10 женщин (4 с аменореей и 6 с олигоопсоменореей) ($p < 0,001$). Следует также подчеркнуть, что в 4 случаях нормальные по объему и регулярности менструальные кровотечения сохранялись по крайней мере на протяжении 3 мес наблюдения.

В начале исследования галакторея при клиническом обследовании выявлена у 14 (77,8%) больных. Длительность существования этого симптома составляла от 1 года до 22 лет. Из 4 женщин без патологической лактации только 1 получала АДР. В отличие от менструальной функции существенных изменений в выраженности патологической лактации на фоне психотерапии не отмечалось: у всех пациенток с галактореей к концу обследования сохранялись выделения из молочных желез.

В ходе работы были также обнаружены заслуживающие внимания факты, касающиеся наступления беременности. Хотя большинство больных, вошедших в исследование, не ставили такую задачу, 2 из них забеременели. В одном случае беременность наступила на 2-м этапе психотерапии и завершилась медицинским абортom, в другом случае беременность была зафиксирована через 2 нед после окончания 3-го этапа психотерапии. Она закончилась срочными родами. Последний случай интересен тем, что беременность возникла у женщины 39 лет с макропролактиномой, аменореей и первичным бесплодием, регистрировавшимся на протяжении 16 лет. Беременность развилась через 2 нед после окончания курса психотерапии на фоне кратковременного приема 5 мг бромокriptина. При этом уровень ПРЛ крови составлял 1373 мкЕд/мл (исходный уровень ПРЛ до начала психотерапии 3092 мкЕд/мл). Важно также подчеркнуть, что у данной пациентки в прошлом никогда не отмечалось восстановления фертильности при приеме бромокriptина, а длительность аменореи и возраст больной делали вероятность быстрого возникновения беременности через 1—2 нед после начала медикаментозной терапии весьма сомнительными.

Наряду с отмеченными расстройствами в процессе исследования анализировали и некоторые другие часто встречающиеся у больных с ГГ общеклинические симптомы и жалобы. Так, многих пациенток исходно беспокоили головные боли, слабость, утомляемость, сексуальные расстройства. Динамика указанных симптомов представлена в таблице.

Положительный эффект в отношении этой симптоматики отмечался уже после 1-го этапа психотерапии, причем в первую очередь больные указывали на уменьшение слабости и повышение продуктивной деятельности ($p < 0,05$). На 3-й же фазе обследования улучшение самочувствия отмечалось практически по всем перечисленным показателям и сохранялось до окончания терапии.

Следует отметить, что описанные жалобы с одинаковой частотой встречались у представительниц всех диагностических групп и не зависели от того,

Изменения общего самочувствия пациенток с ГГ на фоне групповой психотерапии ($n = 18$)

Предъявляемые жалобы	Фаза 1		Фаза 2		Фаза 3		Фаза 4	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Головные боли	15	83,3	13	72,2	6	33,3**	6	33,3**
Слабость, быстрая утомляемость	15	83,3	11	61,1*	6	33,3**	4	22,2**
Снижение работоспособности	14	77,8	10	55,6*	5	27,8**	1	5,3**
Плаксивость	3	16,7	2	11,1	1	5,6	0	0
Пониженное настроение	15	83,3	12	66,7	10	55,6*	10	55,6*
Сексуальные расстройства	14	77,8	13	72,2	4	38,9**	2	11,1**

Примечание. Звездочки — достоверность различий по сравнению с исходным уровнем: одна — при $p < 0,05$; две — при $p < 0,01$.

принимались ли в ходе психотерапии АДР. Так, из 6 пациенток, отметивших сохранение головной боли после проведения 3 этапов психотерапии, 3 принимали АДР.

Не обнаружено зависимости перечисленных симптомов и от уровня ПРЛ. Это выражалось в отсутствии значимой корреляции между наличием симптомов и концентрацией ПРЛ как до начала терапии, так и в ее процессе. При этом исходный уровень ПРЛ сыворотки в изучаемой группе варьировал от 371 до 18 000 мкЕд/мл.

В ходе психотерапии у отдельных пациенток отмечалось как снижение, так и транзитное повышение уровня ПРЛ. Данные изменения были наиболее выражены в конце 1-го, стационарного, этапа психотерапии. Тем не менее каких-либо статистически значимых изменений уровня ПРЛ на каждой фазе исследования по сравнению с исходным значением не выявлено.

Наряду с общеклиническими симптомами изучали динамику психического состояния и поведения больных. В этой сфере происходили заметные позитивные сдвиги. Как свидетельствует клиническое наблюдение, в результате лечения пациентки становились более уверенными в себе, активными и общительными. Уменьшалось количество предъявляемых ими соматических жалоб, выравнивалось настроение, снижался уровень тревожности. Многие с успехом преодолевали имевшиеся затруднения в личной жизни, поскольку начинали в более полной мере осознавать и отстаивать свои интересы.

Эти данные подтверждаются результатами психометрических методик. Судя по ШГТ, уже после 1-го этапа терапии у больных отмечалось достоверное уменьшение уровня тревожности и напряженности, а также выраженности нейровегетативной симптоматики. Кроме того, происходило статистически значимое уменьшение уровня общей тревоги. После 2-го этапа психотерапии отмечалась тенденция к некоторому усилению тревожного настроения, напряженности и нейровегетативной симптоматики. Тем не менее уровень общей тревоги продолжал снижаться. После 3-го этапа терапии психическая напряженность и тревожное настроение опять уменьшались,

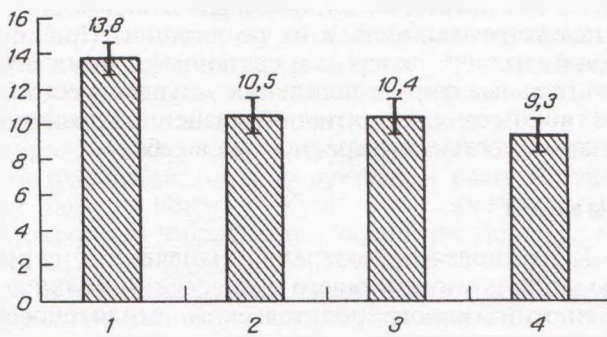


Рис. 1. Динамика общей суммы баллов по ШГТ в ходе психотерапии ($M \pm m$).

По оси ординат — баллы; по оси абсцисс — фазы психотерапии.

улучшалось поведение больных. Кроме того, показатель общей тревоги, который интегрально характеризует состояние больных, снижался еще больше. Динамика средних показателей общей суммы баллов по ШГТ для всех пациенток в группе на различных фазах психотерапии представлена на рис. 1.

Более детально изменения поведения, происходившие в ходе психотерапии, можно проследить по результатам ММИЛ, которые представлены на рис. 2.

Как следует из приведенных данных, наиболее отчетливые изменения прослеживались по шкале К, 0, 2, 6-й шкалам, а также по шкале F. В частности, после 1-го этапа терапии происходило достоверное увеличение по 0-й шкале (социальная включенность и открытость) и уменьшались показатели 6-й шкалы (настороженность, недоверчивость, аффективная ригидность). При этом отмечалась тенденция к повышению шкалы К, что является признаком улучшения субъективного самочувствия и формирования благоприятного психотерапевтического альянса. Важно отметить и наличие клинически (но не статистически) значимой тенденции к повышению профиля по 4-й шкале (непосредственный выход аффекта в поведение). Это отражает появление у больных способности к более свободному выражению эмоциональных переживаний. После 2-го этапа психотерапии у больных явно обнаруживалось снижение депрессивной симптоматики (2-я шкала). Это снижение сохранилось и после 3-го этапа. Кроме того, сохранились отмечавшиеся ранее тенденции к возрастанию социальной включенности, увеличению эмоциональной спонтанности и снижению аффективной ригидности, что способствовало улучшению общего психологического самочувствия (шкала F).

В последние годы отмечается оживление интереса к изучению роли нервных механизмов формирования ГГ. В частности, показана связь между ГГ и неблагоприятными условиями воспитания в детстве, описаны случаи гиперпролактинемии при некоторых формах психических заболеваний, обнаружена повышенная частота психопатологических расстройств как у самих больных с ГГ, так и у их детей. Кроме того, продемонстрировано наличие психотроп-

ных свойств у селективных АДР, которые с успехом используются в лечении ГГ. Все эти факты побуждают к совершенствованию терапии ГГ путем воздействия на центральную нервную систему.

С учетом сказанного в ходе настоящего исследования была предпринята попытка целенаправленного применения психотерапевтических методов для коррекции поведенческих компонентов сложного нейроэндокринного синдрома, определяющего клинику ГГ. Эти компоненты, очевидно, отражают инстинктивно обусловленные стереотипы "родительского" поведения и могут быть связаны с другими клиническими проявлениями ГГ. Зависимости такого рода прослеживаются при динамическом наблюдении за трансформацией поведения больных в ходе психотерапии.

Действительно, исследование показало, что изменения психического состояния более чем у половины пациенток сопровождалось появлением менструаций, причем в 4 случаях нормальный цикл сохранялся по крайней мере на протяжении 3 мес. Одновременно у 12 пациенток отмечалось уменьшение выраженности сексуальных расстройств, что способствовало нормализации половой жизни. Следует также обратить внимание на высокую вероятность связи между проводившимся лечением и наступившей в 2 случаях беременностью. В то же время в ходе психотерапии не исчезала галакторея, а уровень ПРЛ достоверно не снижался.

Эти результаты свидетельствуют о том, что терапевтическая трансформация поведения больных сопровождалась расслоением "ядра" клинической картины заболевания с относительным обособлением "репродуктивных" и "лактационных" сдвигов, причем первые оказались более подверженными изменениям в ходе психотерапии, чем вторые. Указанное обстоятельство, очевидно, обусловлено тем, что формирование соответствующих симптомов происходит на различной патогенетической основе.

Наряду с оценкой физиологических нарушений изучали также общую клиническую симптоматику. В результате было обнаружено, что в ходе психотерапии заметно снижалась интенсивность головных

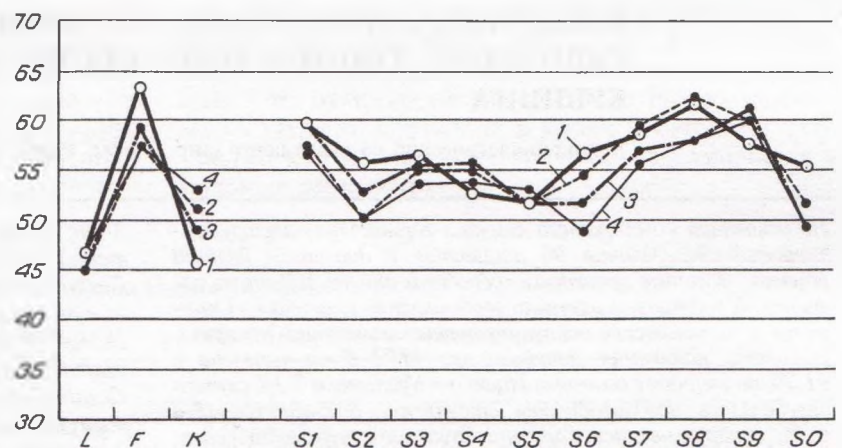


Рис. 2. Изменения усредненного профиля ММИЛ в ходе психотерапии.

По оси ординат — баллы; по оси абсцисс — шкалы ММИЛ. 1—4 — фазы. L — шкала лжи; F — шкала психического напряжения; K — шкала социального одобрения; S1 — шкала ипохондрии; S2 — шкала депрессии; S3 — шкала демонстративности; S4 — шкала психопатизации; S5 — шкала половой идентификации; S6 — шкала аффективной ригидности; S7 — шкала тревожности; S8 — шкала эутизации; S9 — шкала гипомании; S0 — шкала социальной включенности.

болей, исчезали слабость и утомляемость, что приводило к улучшению общего самочувствия пациентов. Существенная редукция этой симптоматики, очевидно, объясняется ее психовегетативной природой и значительной зависимостью от психического состояния больных.

В связи с этим необходимо конкретизировать наблюдавшиеся в результате психотерапии эффекты. Клинически они заключались прежде всего в редукции тревожной и депрессивной симптоматики. Это подтверждается достоверными позитивными сдвигами по ШГТ. Однако изменения психического состояния в ходе психотерапии происходили не постепенно, а дискретно. На это, в частности, указывает преходящее и частичное усиление тревожного настроения, напряженности и нейровегетативной симптоматики после 2-го этапа терапии.

Указанные изменения объясняются особенностями трансформации поведения пациентов в результате так называемой групповой динамики — изменения эмоциональной насыщенности во взаимоотношениях участников группы между собой и ведущими. Под влиянием этой динамики начиналась трансформация стиля поведения участников группы, что могло сопровождаться транзиторным усилением психопатологической симптоматики.

Результаты тестирования с помощью ММИЛ подтверждают сказанное. Из полученных данных следует, что после 1-го этапа терапии у больных отмечались признаки относительной дестабилизации поведения, отражавшие фактическую декомпенсацию присущего им личностного стиля. На последующих этапах терапии пациентки преодолевали эту декомпенсацию за счет повышения способности к непосредственному и конструктивному выражению эмоциональных переживаний, а также обогащения арсенала поведенческих реакций. Происходило повышение настроения, более полное осознание своих

насушенных потребностей, появлялись настойчивость и целеустремленность в их реализации. При этом "родительские" паттерны и связанные с ними ограничительные формы поведения уступали место более гибким стилям с активной жизненной позицией, независимостью и уверенностью в себе.

Выводы

1. Групповая психотерапия, нацеленная на преодоление доминирующего в поведении больных с ГГ инстинктивного "родительского" стиля, способствует существенному улучшению их общего клинического и психического состояния.

2. В результате проведенной психотерапии у больных наблюдается тенденция к улучшению ряда "репродуктивных" функций: появляются менструации, отмечается редукция сексуальных расстройств, в отдельных случаях облегчается наступление беременности. В то же время психотерапевтические мероприятия не оказывают существенно-го влияния на галакторею и уровень ПРЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров А. Е., Мельниченко Г. А., Пятницкий Н. Ю. и др. // Пробл. эндокринологии. — 1995. — № 2. — С. 22–25.
2. Мельниченко Г. А., Бобров А. Е., Романцова Т. И. и др. // Там же. — 2001. — № 1. — С. 11–15.
3. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб, 1998.
4. Fava M., Fava G. A., Kellner R. et al. // Psychother. Psychosom. — 1983. — Vol. 40. — P. 257–262.
5. Kellner R., Buckman M. T., Fava M. et al. // Psychiatr. Dev. — 1984. — Vol. 2. — P. 131–138.
6. Sobrinho L. G., Almetida-Costa J. M. // Psychother. Psychosom. — 1992. — Vol. 57. — P. 128–132.
7. Sobrinho L. G. // Acta Endocrinol. (Kbh.). — 1993. — Vol. 129. — Suppl. 1. — P. 38–40.
8. Sobrinho L. G. // Psychother. Psychosom. — 1998. — Vol. 67. — P. 133–139.

Поступила 25.12.01

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.453-008.61-073.756.8-073.8

И. И. Дедов, А. В. Воронцов, Е. И. Марова, Л. В. Бельченко, Е. В. Аверкиева

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО—КУШИНГА

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

На основании комплексного клинко-гормонально-инструментального обследования 96 пациентов с диагнозом болезни Иценко—Кушинга проведены подробный анализ МР-томографической картины и изучение особенностей клинической картины в зависимости от структурных изменений гипофиза. Различная патология гипофиза при МРТ была выявлена у 91,7% пациентов с болезнью Иценко—Кушинга: в 7,3% случаев определялась неоднородность структуры аденогипофиза, в 6,2% обнаруживалась картина "пустого" турецкого седла; аденома гипофиза определялась у 78% больных, в том числе микроаденомы у 58,3%, макроаденомы у 19,8% больных. Проведенный анализ не выявил корреляций между размерами и особенностями строения кортикотропиномы, выявленными при МРТ-исследовании, и ее гормональной активностью.

At the background of the complex clinical, hormonal and instrumental examination of 96 patients with diagnosis of Itsenko-Cushing's disease the detailed analysis of MR tomographic picture and study of the clinical status in dependence on structural changes of the pituitary were carried out. MRI-examination revealed different pituitary pathology in 91,7% of patients with Cushing's disease: in 7,3% of cases the polymorphous adenohypophysis structure was detected, in 6,2% of cases the picture of empty sella turcica was disclosed, in 78% of patients there was found pituitary adenoma, including microadenoma in 58,3% of cases and macroadenoma- in 19,8% of patients. The analysis did not show any correlation between sizes and corticotropinoma features discovered by MRI-examination and its hormonal activity.