

AYOLLARDA GIPERPROLAKTINEMIYA BILAN KECHADIGAN PATOLOGIK SHAROITLARNI DAVOLASH

Urunbayeva M. N.

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi, Yo. To'raqulov nomidagi
Respublika ilmiy amaliy endokrinologiya markazi samarqand viloyat filiali.
muqaddasurunbayeva@gmail.com

Annotatsiya

Ushbu tadqiqot ishida ayollarda giperprolaktinemiya klinikasi va davolashning zamonaviy usullarini tadqiq etishga bag'ishlangan. Giperprolaktinemiya bilan kechadigan patologik sharoitlar gipotalamus-gipofiz tizimining anatomik yoki funksional buzilishlari tufayli rivojlanish dinamikasi tadqiq etilgan.

Kalit so'zlar: giperprolaktinemiya, prolaktinoma; bepushtlik; homiladorlik; dofamin agonistlari.

Giperprolaktinemiya bilan davolash barcha holatlarda amalga oshirilmaydi. Klinik ko'rinishlarsiz (hayz ko'rishning buzilishi, bepushtlik, galaktoreya va boshqalar) haqiqiy doimiy giperprolaktinemiya bilan davolanish shart emas. Giperprolaktinemiya klinik belgilar (hayz davrining buzilishi, galaktoreya va boshqalar) bilan birlashganda yoki MRIda gipofiz bezining mikro va makroprolaktinomasi mavjudligida faol davolash kerak.

Giperprolaktinemiya bilan og'rigan bemorlarni davolash usuli kasallikning tabiati bilan belgilanadi. Giperprolaktinemiyaning har qanday shakli bo'lgan bemorlarni davolashning ustuvor yo'nalishi dofamin agonistlari bilan dori-darmonlarni davolashdir. Bunday terapiya patogenetik jihatdan asoslanadi va davolashning jarrohlik usullari va radiatsiya terapiyasiga nisbatan juda ko'p afzalliklarga ega. Dofamin agonistlarini qo'llash bilan PRL sintezi va sekretsiyasi pasayadi va adenoma hajmi kamayadi [1-11].

Hozirgi vaqtda O'zbekiston sharoitida dofamin agonistlarining quyidagi dorilari ro'yxatga olingan va qo'llaniladi:

◆Kabergolin ergolin selektiv D2-dofamin retseptorlari agonisti bo'lib, uzoq yarimparchalanish davri bo'lib, uni haftasiga 1-2 marta (Dushanba va payshanba kech soat 21:00) qo'llash tavsiya etiladi. Dastlabki doza haftasiga 0,25-0,5 mg ni tashkil qiladi, so'ngra PRL darajasi normallashtirguncha doza oshiriladi. O'rtacha doza 1 mg / haftagacha bo'lishi mumkin, garchi ba'zi hollarda u ko'proq ham bo'lishi mumkin - 3-4,5 mg / hafta;

◆Bromokriptin ergolin selektiv bo'lmagan dofamin retseptorlari agonisti bo'lib, ko'plab yon ta'sirlarni aniqlaydi. Boshlang'ich doza 1,25 mg / kun, terapevtik diapazon 2,5-7,5 mg / kun;

Dofamin agonistlarini qabul qilishda nojo'ya ta'sirlar ko'pincha terapiyaning dastlabki davrida paydo bo'ladi. Yurak-qon tomir tizimining eng keng tarqalgan buzilishlari - postural gipotenziya, ortostatik kollaps, asab tizimi - bosh og'rig'i, uyquchanlik, uyqusizlik, zaiflik, oshqozon-ichak trakti - ishtahani yo'qotish, ko'ngil aynishi, qusish, dispepsiya, ich qotishi. To'g'ri terapiya va birinchi navbatda past boshlang'ich doza bilan yon ta'siri minimaldir [1-11].

Davolashning davomiyligi giperprolaktinemiya tufayli kelib chiqqan kasallikning tabiati bilan belgilanadi.

Xulosa Giperprolaktinemiyaning davolash PRLni meyyorga keltirish va minustral siklni normallashtirish orqali ayollarda bepushtlikni davolash va fertil yoshdagi ayollarni xomiladorlikni kuzatilishini amalga oshirish mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Синдром гиперпролактинемии. М.: Триада; 2004.
2. Овсянникова Т.В., Макаров И.О., Камилова Д.П., Хачатрян А.М. Гиперпролактинемия: современные подходы к диагностике и лечению. Гинекология. 2011; (6): 4–7.
3. Романцова Т.И. Репродукция и энергетический баланс: интегративная роль пролактина. Ожирение и метаболизм. 2014; (1):5–18.
4. Калиниченко С.Ю. Мифы и правда о гиперпролактинемии. М.: Практическая медицина; 2014.
5. Дедов И.И., ред. Клиническая нейроэндокринология. М.; 2011: 109–36.
6. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М., ред. Гинекология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011.
7. Быканова К.С., Пигарова Е.А. Гиперпролактинемия и беременность: основные достижения и нерешенные вопросы. Вестник репродуктивного здоровья. 2011; (1): 16–8.
8. 18. Ларина А.А., Григорян О.В., Андреева Е.Н., Дзеранова Л.К. Гиперпролактинемия и беременность. Проблемы репродукции. 2013; (3): 13–7.
9. Быканова Н.С., Пигарова Е.А. Гиперпролактинемия и беременность: основные достижения и нерешенные вопросы. Вестник репродуктивного здоровья. 2011; (1): 18–21.

10. Романцова Т.И. Репродукция и энергетический баланс. Интегративная роль пролактина. Ожирение и метаболизм. 2014; (1): 5–18.

11. Астафьева Л.И. Клинико-морфологические особенности и результаты медикаментозного и хирургического методов лечения пролактин-секретирующих макроаденом гипофиза: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М.; 2012.

12. Жукова Э.Ц., Мельниченко Т.А., Романцова Т.И., Дзеранова Л.К. Беременность и роды у больных с гиперпролактинемическим гипогонадизмом. Вестник репродуктивного здоровья. 2009; (1): 20–5.