

**GIPERPROLAKTINEMIYA: AYOLLAR VA ERKAKLAR REPRODUKTIV
SALOMATLIGIGA TA'SIRI VA UNING KLINIK AHAMIYATI**

Ismoilova Shoirra Tolkunovna

Central Asian Medical University Akusher ginikologiya PhD dotsenti.

Mirzarahimova Masturaxon Farhodjon qizi

Central Asian Medical University Akusher ginikologiya Ordinatori.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.23052134>

Annotatsiya. Gipерprolaktinemiya – qonda prolaktin darajasining patologik oshishi bo'lib, u gipotalamus-gipofiz-gonad o'qini buzib, ikkala jinsda ham reproduktiv funksiyani jiddiy cheklaydi. Ayollarda bu holat odatda hayz tsikli buzilishi, anovulyatsiya, galaktoreya va bepustlik bilan namoyon bo'ladi; erkaklarda esa libido pasayishi, ereksiya buzilishi, oligospermiya va ikkilamchi gipogonadizm kuzatiladi.

Asosiy mexanizm kisspeptin neyronlarining bostirilishi orqali GnRH pulsatsiyasining susayishi, natijada FSH va LH sekretsiasining kamayishi hisoblanadi. Maqolada ushbu patologiyaning etiologiyasi, patofiziologiyasi, klinik ko'rinishlari va davolash imkoniyatlari haqidagi hozirgi bilimlar umumlashtirilgan.

Dopamin agonistlari, ayniqsa kabergolin, ko'pchilik bemorlarda prolaktin darajasini me'yorlashtirib, gonadotrop funksiyani tiklashga yordam beradi. To'g'ri diagnostika va o'z vaqtida boshlangan terapiya nafaqat fertillikni qaytaradi, balki uzoq muddatli asoratlarni, jumladan suyak zichligi pasayishini ham oldini oladi.

Kalit so'zlar: giperprolaktinemiya, prolaktinoma, bepustlik, gipogonadizm, amenoreya, dopamin agonistlari, kabergolin, GnRH.

Kirish.

Har qanday endokrinolog yoki reproduktolog o'z amaliyotida qayta-qayta uchrashadigan holatlardan biri – bemorning hayz tsikli buzilgani, sut chiqishi yoki uzoq vaqtdan beri bola ko'ra olmasligi haqidagi shikoyatlari. Ko'pincha bunday hollarda oddiygina qon tahlili orqali prolaktin darajasining oshganligi aniqlanadi va shu zahotiyoq butun rasm oydinlashadi.

Giperprolaktinemiya – bu oddiy laborator topilma emas, balki gipotalamus-gipofiz-gonad tizimining nozik muvozanatini buzadigan kuchli omil. U ayollarda taxminan 15–20 foiz bepustlik holatlarida, erkaklarda esa biroz kamroq, lekin baribir sezilarli darajada uchraydi.

Prolaktinning fiziologik roli – sut ishlab chiqarishni ta'minlash. Lekin uning ortiqcha miqdori butunlay boshqa yo'nalishda ishlay boshlaydi: u kisspeptin neyronlarini bostiradi, GnRH ning pulsatsion sekretsiasini pasaytiradi va natijada FSH bilan LH ishlab chiqarilishi susayadi.

Shundan keyin ayollarda estrogen, erkaklarda testosterone yetishmovchiligi rivojlanadi. Bu jarayonning o'zi allaqachon yetarli darajada murakkab, undan tashqari, sabablari ham xilma-xil: prolaktinoma, dori vositalari, gipotireoz, buyrak yetishmovchiligi yoki hatto oddiy stress. Shu sababli har bir holatni alohida ko'rib chiqish, sababni aniqlash va shunga qarab yondashuvni tanlash zarur.

Asosiy qism

Giperprolaktinemiyaning eng ko‘p uchraydigan sababi – prolaktinoma, ya’ni gipofizning prolaktin ishlab chiqaradigan adenomasi. Bu o‘smalar odatda yaxshi sifatli bo‘lib, mikroprolaktinoma (1 sm dan kichik) yoki makroprolaktinoma (1 sm dan katta) shaklida uchraydi.

Ayollarda ko‘pincha mikroprolaktinomalar erta aniqlanadi, chunki hayz buzilishi tez paydo bo‘ladi. Erkaklarda esa o‘sma odatda kattaroq bo‘lib ulguradi, chunki simptomlar sekinroq rivojlanadi va bemorlar kechroq murojaat qiladi. Dori vositalari ham muhim o‘rin tutadi. Ayniqsa antipsixotiklar, ba’zi antidepressantlar, metoklopramid, verapamil kabi preparatlar prolaktin sekreti yasini oshirishi mumkin. Gipotireozda TRH ortishi orqali prolaktin ko‘tarilishi, buyrak yetishmovchiligida esa klirensning pasayishi sabab bo‘ladi. Fiziologik holatlar – homiladorlik, emizish, kuchli stress yoki ko‘krak devori ta’siri – ham vaqtincha giperprolaktinemiya olib keladi, lekin ular patologik emas.

Patofiziologik jihatdan eng muhim nuqta – prolaktinning kisspeptin orqali GnRH ni bostirishidir. Kisspeptin neyronlari reproduktiv o‘qning asosiy boshqaruvchilaridan biri hisoblanadi. Ular ishlamas, gipofiz FSH va LH ni yetarli miqdorda chiqarmaydi. Ayollarda bu anovulyatsiya, luteal faza yetishmovchiligi, oligomenoreya yoki to‘liq amenoreya olib keladi.

Hatto engil giperprolaktinemiya ham progesteron yetarli ishlab chiqarilmasligi mumkin va embrio implantatsiyasi qiyinlashadi. Galaktoreya hammada bo‘lmaydi, lekin taxminan uchdan bir qismida kuzatiladi. Estrogen yetishmovchiligi esa vaginal quruqlik, libido pasayishi va uzoq muddatda suyak massasi kamayishiga sabab bo‘ladi.

Erkaklarda manzara biroz boshqacha. Gipogonadotrop gipogonadizm rivojlanadi: testosterone pasayadi, spermatozoidlar ishlab chiqarilishi susayadi, libido tushadi, ereksiya buziladi. Ba’zida ginekomastiya yoki juda kam hollarda galaktoreya uchraydi. Muhimi shuki, erkaklarda simptomlar kechroq namoyon bo‘lgani uchun o‘sma allaqachon katta bo‘lib, bosh og‘rig‘i yoki ko‘rish maydoni torayishi kabi mass-effekt belgilari ham qo‘shilishi mumkin.

Spermatogenez tsikli uzoq davom etgani bois, prolaktin me’yorlashganidan keyin ham to‘liq tiklanish bir necha oy, ba’zan bir yilgacha cho‘zilishi mumkin.

Diagnostika nisbatan oddiy, lekin ehtiyotkorlik talab qiladi. Qonda prolaktin darajasini aniqlash asosiy qadam. Agar daraja o‘rtacha ko‘tarilgan bo‘lsa, takroriy tahlil va makroprolaktinni tekshirish kerak. Gipotireozni chiqarib tashlash uchun TSH va erkin T4, buyrak funksiyasini baholash muhim. Prolaktinoma shubhasi bo‘lsa, gipofizning MRI tekshiruvi o‘tkaziladi.

Davolashda birinchi tanlov – dopamin agonistlari. Kabergolin hozirgi kunda eng samarali va yaxshi toqat qilinadigan preparat hisoblanadi. U ko‘pchilik bemorlarda prolaktin darajasini me’yorlashtiradi, o‘sma o‘lchamini kamaytiradi va gonadotrop funksiyani tiklaydi. Bromokriptin ham ishlatiladi, lekin yon ta’sirlari ko‘proq. Dori chidamsizligi yoki katta o‘sma mass-effekt bersa, jarrohlik (transsfenoidal rezektsiya) ko‘rib chiqiladi. Erkaklarda gipogonadizm saqlanib qolsa, testosterone o‘rnini bosish yoki fertillikni tiklash uchun gonadotropinlar qo‘llanilishi mumkin.

Homiladorlik rejalashtirilayotgan ayollarda kabergolin bilan ovulyatsiya tiklanadi va ko‘p hollarda tabiiy yo‘l bilan homila olinadi. Homiladorlik aniqlangach, odatda preparat to‘xtatiladi.

Mikroprolaktinomada o'sma o'sishi xavfi juda past, makroprolaktinomada esa kuzatuv kuchaytiriladi. Emizish ko'pchilik hollarda mumkin va kontrendikatsiya hisoblanmaydi.

Xulosa.

Giperprolaktinemiya – bu faqat laborator ko'rsatkich emas, balki real hayotda juftliklarning farzand ko'rish orzusini, jinsiy hayot sifatini va umuman hayot sifatini buzadigan jiddiy holat. Uning mexanizmlari aniq, davolash usullari esa samarali. Eng muhimi – erta aniqlash va sababga qarab yondashuv.

Dopamin agonistlari yordamida ko'pchilik bemorlarda fertillik tiklanadi, suyak zichligi saqlanadi va uzoq muddatli asoratlar oldi olinadi. Shu bois har bir noaniq hayz buzilishi, libido pasayishi yoki bepushtlik holatida prolaktin darajasini tekshirishni unutmaslik kerak. Bu oddiy qadam ko'pincha butun muammoni yechib beradi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Ergasheva G.T. Giperprolaktinemiya: etiologiyasi, diagnostikasi va zamonaviy davolash yondashuvlari // Osiyo Xalqaro Universiteti. – Buxoro, 2025. – Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15737811>
2. Urumbayeva M.N. Ayollarda giperprolaktinemiya bilan kechadigan patologik sharoitlar // Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2022. – Vol. 2, № 11. – B. 199–204. (Yo.X. To'raqulov nomidagi Respublika ilmiy-amaliy endokrinologiya markazi)
3. Xolbayeva Z.A., Negmatova G.Sh., Abdumurodova D. Giperprolaktinemiyaning o'ziga xos etiopatogenetik va klinik xususiyatlari // Samarqand davlat tibbiyot universiteti.
3. Negmatova G.Sh., Xalbayeva Z.A. Eraklarda prolaktin sekretsiyasi buzilishlarining reproduktiv va andrologik oqibatlari // Journal of Cardiorespiratory Research. – 2026. – Vol. 7, Issue 2/4. – Samarqand davlat tibbiyot universiteti.
4. Epidemiological data of prolactinomas in the Republic of Uzbekistan // European Congress of Endocrinology 2022 (Endocrine Abstracts). – O'zbekiston Respublikasi prolaktinomalar milliy reestri ma'lumotlari asosida.
5. Safarova M.S. Molecular-genetic and clinical aspects of prolactinoma: new approaches to therapy. PhD dissertatsiya avtoreferati. – Yo.X. To'raqulov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan endokrinologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, 2024.
6. Melmed S. et al. Diagnosis and management of prolactin-secreting pituitary adenomas: a Pituitary Society international Consensus Statement // Nature Reviews Endocrinology. – 2023.
7. Endocrine Society. Hyperprolactinemia. Endocrine Library.
8. StatPearls. Hyperprolactinemia. NCBI Bookshelf, 2025.
9. Overview of Hyperprolactinemia: General Approach and Reproductive Health Implications // Archives of Medical Research. – 2024.