

კატეგორია 4.1 მედიცინა

## თურქული კეხის სტრუქტურის მორფოლოგიური ცვლილებების გამოვლენა ორალური კონტრაცეპტივების მიღებისას გამოწვეული ჰიპერპროლაქტინემიის დროს

თეიმურაზ ლომსიანიძე<sup>1</sup>; საკანდელიძე რენიკო<sup>2</sup>; ლომსიანიძე იზოლდა<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ასოცირებული პროფესორი; საქართველო, ქუთაისი. აკაკი წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტის  
ბიოლოგიის დეპარტამენტი: e-mail: [teimuraz.lomsianidze@atsu.edu.ge](mailto:teimuraz.lomsianidze@atsu.edu.ge)

<sup>2</sup>პროფესორი; საქართველო, ქუთაისი. აკაკი წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბიოლოგიის  
დეპარტამენტი e-mail: [r\\_sakandelidze@yahoo.com](mailto:r_sakandelidze@yahoo.com)

<sup>3</sup>ასოცირებული პროფესორი; საქართველო, ქუთაისი. აკაკი წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ქიმიის  
დეპარტამენტი: e-mail: [izolda.lomsianidze@atsu.edu.ge](mailto:izolda.lomsianidze@atsu.edu.ge)

### აბსტრაქტი

ჰიპერპროლაქტინემია დღესდღეობით კვლავ რჩება ერთ-ერთ საკმაოდ გავრცელებულ ნეიროენდოკრინულ დარღვევად. იგი გამოიხატება ჰორმონ პროლაქტინის რაოდენობის მომატებით პერიფერიულ სისხლში და მასთან დაკავშირებული ცვლილებებით. ამავე დროს, ზოგიერთი ავტორი თვლის, რომ კომბინირებულ ესტროგენულ-გესტოგენურ პრეპარატების მიღება ხშირ შემთხვევაში იწვევს ისეთ გართულებებს, როგორცაა პროლაქტინომები.

2005 წელს გამოქვეყნდ ოთხწლიან დაკვირვებას მონაცემები, ქალთა 2 ჯგუფზე: პრაქტიკულად ჯანმრთელები, რომლებიც ღებულობდნენ ორალურ კონტრაცეპტივებს და მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევებით .

დაკვირვება გაგრძელდა მომდევნო წლებში (2006-2019), პრაქტიკულად ჯანმრთელ ქალებზე, რომლებიც კონტრაცეფციის მიზნით ღებულობდნენ კომბინირებულ ესტროგენ-გესტოგენურ პრეპარატებს ორალურად. დაკვირვებას დაექვემდებარა 152 ქალი, ერთიდან-სამი წლის განმავლობაში, დროის სხვადასხვა მომენტში. თურქული კეხის რენტგენოლოგიურ კვლევა მიმდინარეობდა პერიფერიულ სისხლში პროლაქტინის მაღალი მაჩვენებლების მიღებისას. საჭიროების შემთხვევაში კი კომპიუტერული ტომოგრაფიაც.

პირველი ჯგუფში 85 ქალი, იღებდნენ ორალურ კომბინირებულ ესტროგენ-გესტოგენურ პრეპარატებს ერთი წლის განმავლობაში უწყვეტად, მეორე ჯგუფში 67 ქალი, ერთ წელზე მეტი ვადით უწყვეტად, მაქსიმალური 3 წლის მანძილზე.

1. პირველ და მეორე ჯგუფში გამოვლინდა პროლაქტინის დონის მატება უმნიშვნელოდ ერთჯერადად , როგორც დროებითი რეაქცია და შეგუებლობა პრეპარატთან.
2. პირველ და მეორე ჯგუფში გამოვლინდა პროლაქტინის დონის მნიშვნელოვანი მატება. რეკომენდირებული იყო პრეპარატის შეწყვეტა და თურქული კეხის რენგენოგრაფია და დამატებით გაიგზავნა კომპიუტერულ ტომოგრაფიაზე. ორივე ჯგუფში 8 შემთხვევაში დადასტურდა მორფოლოგიური ცვლილებები თურქული კეხისა და ჰიპოფიზის სტრუქტურაში. რეკომენდირებული იქნა ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია და მკურნალობა.

დასკვნები და რეკომენდაციები:

1. ორალური კომბინირებული ესტროგენ -გესტოგენური პრეპარატების დანიშვნისას აუცილებელია პერიფერიულ სისხლში პროლაქტინის მნიშვნელობის საწყისი შედეგი, შემდგომი შედარებისათვის.
2. პაციენტებზე დაკვირვებამ აჩვენა მონიტორინგის აუცილებლობა.
3. პროლაქტინის მნიშვნელოვანი მატების დროს აუცილებელია თურქული კეხის რენტგენოგრაფია და კომპიუტერული ტომოგრაფია.
4. თურქული კეხის პათოლოგიიდან შეგვხვდა კედლების ადგილობრივი ოსტეოპოროზი და ძვლოვანი კედლის შიდა კონტურის მონაკვეთის უსწორმასწორობა.
5. ორალური კომბინირებული ესტროგენ-გესტოგენური პრეპარატების დანიშვნისას საჭიროა მრავალმხრივი მიდგომა, ორიენტირებული შედეგის მისაღწევად და გართულების პროფილაქტიკისათვის.

**საკვანძო სიტყვები:** ჰიპერპროლაქტინემია, კონტრაცეპტივი, თურქული კეხი, დაკვირვება, რენტგენოგრაფია, ტომოგრაფია.

ჰიპერპროლაქტინემია დღესდღეობით კვლავ რჩება ერთ-ერთ საკმაოდ გავრცელებულ ნეიროენდოკრინულ დარღვევად ფერტილური ასაკის ქალებში. ამ დაავადებას რთული ეთიოლოგია და პათოგენეზი აქვს, რის გამოც ზოგიერთი ავტორი მას ცალკე სინდრომად განიხილავს. თუმცა იგი ხშირად თანმხლებ პათოლოგიას წარმოადგენს. ჰიპერპროლაქტინემია გამოიხატება ჰორმონ პროლაქტინის რაოდენობის მომატებით პერიფერიულ სისხლში და მასთან დაკავშირებული ცვლილებებით. [1,5,6,11,12,13,14,15,16.]

გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ პროლაქტინის ზემოქმედება ორგანიზმზე მრავალფეროვანია. ის ჩართულია მორფოგენეზში, უჯრედის სპეციფიკურ ფუნქციებში, რეპროდუქციულ ქცევაში მთლიანად, კერძოდ გესტაციურ პროცესში. პროლაქტინის დონესა და სტეროიდულ ჰორმონებს შორის გამოვლენილია დროებითი კავშირები. პროლაქტინის დონე პერიფერიულ სისხლში მოქმედებს სარძევე ჯირკვლების ფუნქციაზე, თირკმლების გამომყოფ ფუნქციაზე და საერთოდ ელექტროლიტური ბალანსის მოწესრიგებაზე. [1,8,9,10,14,15,16.]

ბოლო წლების უახლესმა კვლევებმა, სხვადასხვა ავტორის მონაცემებით, გამოავლინა, რომ ჰიპერპროლაქტინემიის სიხშირე განსხვავებულია. უშვილობის გამო მომართვის დროს ქალების 16%-დან 70%-ს დაუდგინდა ჰიპერპროლაქტინემია, ორალური კონტრაცეპტივების მიღების შემდეგ, გარკვეულ პერიოდში- ქალების 54%-დან 82%-ს, ჰიპოფიზის სიმსივნით დაავადებულებს -22%-26%-ს, ოლგომენორეის დროს - 36-40%-ს, სტრესული სიტუაციების დროს 8%-12%-ს. ამავე დროს, აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთი ავტორი თვლის, რომ კომბინირებულ ესტროგენულ-გესტოგენური პრეპარატების მიღება ხშირ შემთხვევაში იწვევს ისეთ გართულებებს, როგორცაა პროლაქტინომები 4%-8% შემთხვევაში. (ჰიპოფიზის წინა წილში ლაქტოტროფების, პროლიფერაცია) [2,3,4,7,13.]

პროლაქტინის მომატება პერიფერიულ სისხლში ატარებს ცირკადულ ხასიათს. მისი რაოდენობა სხვადასხვა მონაცემებით მაქსიმუმს აღწევს ჩამინებიდან 2-3საათის შემდეგ, ყველაზე დაბალია 10-დან 14 სთ-მდე. პროლაქტინების მატება ხდება გვიანი ფოლიკულური ფაზიდან და ლუთეინური ფაზის პროცესში, სადამოს საათებისკენ.[1,2,8,9,10,14,15,16.]

არჩევენ ორი სახის ჰიპერპროლაქტინემიას: ფიზიოლოგიურს და პათოლოგიურს. ფიზიოლოგიური ჰიპერპროლაქტინემია აღნიშნული ცირკადული ხასიათის გარდა, მოიცავს აგრეთვე მომატებას სქესობრივი აქტის შემდეგ, ორსულობის დროს, ნაყოფში ძუძუთი კვების პერიოდში, ახალშობილებში პერინატალურ პერიოდში. პათოლოგიური პროლაქტინემია არსებობს ფუნქციური და ანატომიური დარღვევებით განპირობებული. [8,9,10,14,13,15.]

2005 წელს გამოქვეყნებული იყო მონაცემები, რომელიც მოიცავდა ოთხწლიან დაკვირვებას ქალთა 2 ჯგუფზე: 1) პრაქტიკულად ჯანმრთელი, რომლებიც ღებულობდნენ ორალურ კონტრაცეპტივებს და 2) მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევებით (ოლიგომენორეა, დისმენორეა).

დაკვირვება გაგრძელდა მომდევნო წლებში (2006-2019). ამ შემთხვევაში ანალიზი ხდებოდა მხოლოდ იმ ქალების რომლებიც იყვნენ პრაქტიკულად ჯანმრთელი და კონტრაცეფციის მიზნით ღებულობდნენ კომბინირებულ ესტროგენ-გესტოგენურ პრეპარატებს ორალურად. ამ ხნის განმავლობაში დაკვირვებას დაექვემდებარა 152 ქალი. მათი საწყისი მდგომარეობა განისაზღვრა შემდეგი ალგორითმით:

1. პაციენტი იყო პრაქტიკულად ჯანმრთელი.
2. ისაზღვრებოდა პროლაქტინის დონე სისხლში ორჯერადად 5-8 დღის ინტერვალით 10-დან 12სთ-მდე შუალედში. პროლაქტინის დონე მათ პერიფერიულ სისხლში მერყეობდა 7,8-დან - 19,8-მდე (ნგრ/მლ). აუცილებელი კონტროლი მოიცავდა ვიზიტს გართულების შემთხვევაში. სერიოზულ გართულებებს აღნიშნულ პერიოდში ადგილი არ ქონია.
3. სისხლის კლინიკური ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, სისხლის შედედების დრო, ნაცხის ანალიზი სისუფთავის ხარისხზე-უნდა ყოფილიყო ნორმის ფარგლებში. ავტორთა მონაცემების გათვალისწინებით, ორალური კონტრაცეპტივების დანიშვნის მაქსიმალურ

ვადად მიღებული იყო ერთიდან-სამი წელი.(ჰიპერპროლაქტინემიის პროფილაქტიკისათვის)

ორალური კონტრაცეპტივების შერჩევისას რაიმე განსაკუთრებული წესი არ იყო დაცული. შერჩევა ხდებოდა ინდივიდუალურად და გამოიყენებოდა როგორც ერთფაზიანი, ასევე ორფაზიანი და სამფაზიანი კომბინირებული ესტროგენ-გესტოგენური პრეპარატები. დაკვირვება ხდებოდა ერთიდან სამი წლის განმავლობაში. სამწუხაროდ, ყველა ქალზე დაკვირვება ვერ მოხერხდა მაქსიმალური ვადით (3წლით). ხოლო მინიმალური ვადით კვლევას დაექვემდებარა ყველა პაციენტი.(სხვადასხვა პერიოდულ მონაკვეთში) პროლაქტინისა და სხვა ლაბორატორიული მონაცემების ანალიზი განმეორებით გაკეთდა პრეპარატების მიღებიდან პირველ წელს 3 ჯერადად: 2-3; 5-6 და 10-12თვის შემდეგ. გამონაკლისი შემთხვევების დაშვება ხდებოდა რაიმე საყურადღებო სიმპტომების გამოვლენისას. პაციენტები, რომლებიც ღებულობდნენ ერთ წელზე მეტხანს ორალურ კონტრაცეპტივებს, იგივე სიხშირით იტარებდნენ კვლევას მე-2 და მე-3 წელსაც. აგრეთვე ხდებოდა თურქული კეხის რენტგენოლოგიური კვლევა, პერიფერიულ სისხლში პროლაქტინის მაღალი მაჩვენებლების მიღებისას. საჭიროების შემთხვევაში, ქალებისთვის რეკომენდირებული იყო კომპიუტერული ტომოგრაფია.

თურქული კეხის დაზიანებები, რომლებიც ვლინდება სხვადასხვა ჰორმონალური დისფუნქციის დროს შეიძლება დაგყოთ შემდეგ სახეებად:

1. თურქული კეხის კედლების ადგილობრივი ოსტეოპროზი
2. თურქული კეხის კედლების ტოტალური ოსტეოპროზი თავის ქალას ფუძის ძვლების სტრუქტურაში ცვლილების გარეშე
3. თურქული კეხის კედლების ადგილობრივი გათხელება (ატროფია)
4. თურქული კეხის ძვლოვანი კედლის შიდა კონტურის მონაკვეთის უსწორმასწორობა
5. წინა და უკანა სოლისებური მორჩების ნაწილობრივი ან სრული გათხელება.
6. სადიაგნოსტიკო მნიშვნელობა აქვს ეგრეთ წოდებულ ორმაგი კონტურის სიმპტომსაც.[5,6,7,9,12,14,15,16]

სამწუხაროდ, სააფთიაქო ქსელში ზოგჯერ ხდებოდა ორალური კონტრაცეპტივის დეფიციტი, რომელსაც ღებულობდნენ პაციენტები. ამიტომ გვიწევდა სხვა კონტრაცეპტივით ჩანაცვლება. ყველა კომბინირებულ ესტროგენ-გესტოგენურ პრეპარატებს ახასიათებდა კარგი ამტანობა და მინიმალური გვერდითი მოვლენები, რომლებიც დამოუკიდებლად ქრებოდა. ამიტომ, დაკვირვების ქვეშ მყოფი 152-ვე ქალი აღნიშნავდა ხანგრძლივად მიღების დროს კარგ ამტანობას, მინიმალურ დისკომფორტს და გართულებას.

152 ქალიდან ცალკე იყო გამოყოფილი პირველი ჯგუფი, რომლებიც იღებდნენ ორალურ კომბინირებულ ესტროგენ-გესტოგენურ პრეპარატებს ერთი წლის განმავლობაში უწყვეტად, შემდგომი რამოდენიმეთვიანი ჩასახვის საწინააღმდეგო სხვა საშუალების ჩანაცვლებით. მათი რაოდენობა შეადგენდა 85-ს.



მეორე ჯგუფში გამოიყო ქალები, რომლებიც ღებულობდნენ პრეპარატებს ერთ წელზე მეტი ვადით უწყვეტად, მაქსიმალური 3 წლის მანძილზე. მათი რაოდენობა შეადგენდა 67-ს.

ორალური კონტრაცეპტივის მიღების ვადა ისაზღვრებოდა ინდივიდუალურად. გათვალისწინებული იყო ასაკი, პაციენტის აზრი, შესაძლო ორსულობის დაგეგმვა, საერთო მდგომარეობა და სხვა. როგორც იყო აღნიშნული დაკვირვება ხდებოდა არა ერთდროულად არამედ დროის სხვადასხვა მონაკვეთში. აღრიცხებოდა თითოეული შემთხვევა და შემდეგ ჯგუფდებოდა.

მიღებული შედეგებით გაოვლინდა:

3. პირველ ჯგუფში აღრიცხულ ქალებში გამოვლინდა პროლაქტინის დონის მატება უმნიშვნელოდ, ერთჯერადად 24 შემთხვევაში- 21-24 (ნგრ/მლ ფარგლებში). განმეორებით აღების შემდეგ 2-3 კვირაში მაჩვენებელი იყო ნორმის ფარგლებში. ეს ფაქტი მოხდა პირველ ორ თვეში მიღების დაწყებიდან და შეფასებული იქნა, როგორც დროებითი რეაქცია და შეგუებლობა პრეპარატთან. შემდგომში ანალიზის კონტროლმა ცვლილება არ გამოავლინა.
4. პირველ ჯგუფში აღრიცხულ ქალებში გამოვლინდა პროლაქტინის დონის მნიშვნელოვანი მატება მესამე საკონტროლო ანალიზის დროს, 10-12 თვეზე ორალური კონტრაცეპტივების მიღებიდან . ასეთი იყო 11- შემთხვევაში- 34-39 (ნგრ/მლ ფარგლებში). მოცემული ფაქტიდან გამომდინარე რეკომენდირებული იყო პრეპარატის შეწყვეტა და თურქული კეხის რენგენოგრაფია. რენგენოგრაფიამ 3 შემთხვევაში- აჩვენა თურქული კეხის კედლების ადგილობრივი ოსტეოპროზი და 2 შემთხვევაში- კი თურქული კეხის ძვლოვანი კედლის შიდა კონტურის მონაკვეთის უსწორმასწორობა. ყველა პაციენტი დამატებით გაიგზავნა კომპიუტერულ ტომოგრაფიაზე. კომპიუტერულმა ტომოგრაფიამ 2 შემთხვევაში დაადასტურა მორფოლოგიური ცვლილებები თურქული კეხისა და ჰიპოფიზის სტრუქტურაში. აღინიშნებოდა ადენოფიპოფიზის ზომაში მატება, მიღებულ სტანდარტებთან შედარებით. აღნიშნული ცვლილებების დასარეგულირებლად რეკომენდირებული იქნა ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია და მკურნალობა.
5. მეორე ჯგუფში აღრიცხულ ქალებში თითქმის ყველას აღენიშნებოდა საკონტროლო ანალიზების ვარიაბელურობა ნორმის ფარგლებში, პირველი და მეორე წლის განმავლობაში ორალური კონტრაცეპტივების მიღებიდან.. თუმცა აქაც იყო შემთხვევები, როცა ადგილი ჰქონდა პროლაქტინის მაჩვენებლის უმნიშვნელო მატებას, 18 შემთხვევაში 20,7-23 (ნგრ/მლ ფარგლებში). აქაც განმეორებით აღების შემდეგ 2-3 კვირაში მაჩვენებელი იყო ნორმის ფარგლებში. ეს ფაქტიც იქნა შეფასებული, როგორც დროებითი რეაქცია.
6. მეორე ჯგუფში აღრიცხულ ქალებში რამოდენიმეს აღენიშნებოდა პროლაქტინის მაჩვენებლის მნიშვნელოვანი მატება მესამე წლის საკონტროლო ანალიზებში. ასეთი იყო 21- შემთხვევაში- 36-41 (ნგრ/მლ ფარგლებში). აქაც რეკომენდირებული იყო

პრეპარატის შეწყვეტა და თურქული კეხის რენგენოგრაფია. რენგენოგრაფიამ 7 შემთხვევაში- აჩვენა თურქული კეხის კედლების ადგილობრივი ოსტეოპროზი და 4 შემთხვევაში- კი თურქული კეხის ძვლოვანი კედლის შიდა კონტურის მონაკვეთის უსწორმასწორობა. პაციენტები დამატებით გაიგზავნა კომპიუტერულ ტომოგრაფიაზე. კომპიუტერულმა ტომოგრაფიამ 6 შემთხვევაში დაადასტურა მორფოლოგიური ცვლილებები თურქული კეხისა და ჰიპოფიზის სტრუქტურაში. აქაც აღნიშნული ცვლილებების დასარეგულირებლად რეკომენდირებული იქნა ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია და მკურნალობა.

მიღებული შედეგებიდან გამომდინარე შეიძლება გამოვიტანოთ დასკვნები და რეკომენდაციები:

1. ორალური კომბინირებული ესტროგენ-გესტოგენური პრეპარატების დანიშვნისას აუცილებელია პერიფერიულ სისხლში პროლაქტინის მნიშვნელობის განსაზღვრა ორჯერადად 5-8 დღის ინტერვალით 10-დან 12სთ-მდე შუალედში. საწყისი შედეგი საჭიროა შემდგომი შედარებისას საკონტროლო მნიშვნელობის განსაზღვრის შემდეგ.
2. პაციენტებზე დაკვირვებამ აჩვენა მონიტორინგის აუცილებლობას, რაც მოიცავდა კონსულტაციებსა და ლაბორატორიულ კვლევებს 3-6 თვის შუალედით. გამონაკლისი შემთხვევების დაშვება ხდებოდა რაიმე საყურადღებო სიმპტომების გამოვლენისას.
3. პროლაქტინის მნიშვნელოვანი მატების დროს აუცილებელია თურქული კეხის რენტგენოგრაფია და ზოგჯერ კომპიუტერული ტომოგრაფია, რათა დროულად იყოს დიაგნოსტირებული ორგანული პათოლოგია ენდოკრინული სისტემის მხრიდან.
4. მოცემული დაკვირვებიდან გამომდინარე თურქული კეხის პათოლოგიიდან შეგვხვდა თურქული კეხის კედლების ადგილობრივი ოსტეოპროზი და თურქული კეხის ძვლოვანი კედლის შიდა კონტურის მონაკვეთის უსწორმასწორობა. კომპიუტერულმა ტომოგრაფიამ 45-55% შემთხვევაში დაასტურა ორგანული პათოლოგიის საწყისი ნიშნები.
5. ყველაფერი ზემოთ ჩამოთვლილი იძლევა საფუძველს დავასკვნათ, რომ ორალური კომბინირებული ესტროგენ-გესტოგენური პრეპარატების დანიშვნისას საჭიროა მრავალმხრივი მიდგომა ორიენტირებული შედეგის მისაღწევად და გართულების პროფილაქტიკისათვის.

## გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ლომსიანიძე თ. ჰიპერპროლაქტინემიის გამოვლინება კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების მიღებისას და მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევის დროს. მე-3 საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია ბიოლოგიისა და მედიცინის აქტუალური პრობლემები. შრომათა კრებული. თბილისი 2005 წელი. გვ. 110-113
2. სოხაძე ხ. რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევები ქალებში ჰიპერპროლაქტინემიის სხვადასხვა ფორმებით, მათი მართვის პრინციპები და მკურნალობის შედეგები-მედიცინის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი დისერტაცია თბილისი 2021
3. Klibanski A. Prolactinomas. N Engl J Med. 2010; 362: 1219-26.
4. Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, Kleinberg DL, Montori VM, Schlechte JA et al. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011; 96: 273-88.
5. Casanueva F, Molitch M, Schlechte J, Abs R, Bonert V, Bronstein MD, et al. Guidelines of the Pituitary Society for the diagnosis and management of prolactinomas. Clin Endocrinol (Oxf). 2006; 65: 265-73.
6. Molitch ME. Medication-induced hyperprolactinemia. Mayo Clin Proc. 2005; 80: 1050.
7. Ikeda H, Abe T, Watanaba K. Usefulness of composite methionine-positron emission tomography/3.0-tesla magnetic resonance imaging to detect the localization and extent of early-stage Cushing adenoma. J Neurosurg. 2010; 112: 750-5.
8. Gillam MP, Molitch ME, Lombardi G, Colao A. Advances in the treatment of prolactinomas. Endocr Rev. 2006; 27: 485-534.
9. Schlechte J, Dolan K, Sherman B, Clapler F, Luciano A. The natural history of untreated hyperprolactinemia: a prospective analysis. J Clin Endocrinol Metab. 1989; 68: 412-8.
10. Massoud F, Serri O, Hardy J, Somma M, Beauregard H. Transsphenoidal adenomectomy for microprolactinomas: 10-20 years of follow-up. Surg Neurol. 1996; 45: 341-6.
11. Brada M, Ajijykumar TV, Minniti C. Radiosurgery for pituitary adenomas. Clin. Endocrinol (Oxf). 2004; 61: 531-4.
12. Molitch M. Prolactinomas and pregnancy. Clin Endocrinol (Oxf). 2010; 73: 147-8.
13. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Синдром гиперпролактинемии. М: Триада 2004; 304.
14. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И., Рожинская Л.Я., Дзеранова Л.К., Иловайская И.А., Далантаева Н.С., Бармина И.И. Гиперпролактинемия. Современные подходы и старые проблемы. Вестник репродуктивного здоровья. 2009; 2: 2-8.
15. Иловайская И.А. Диагностика и лечение гиперпролактинемии: клинические рекомендации Международного эндокринологического общества и взгляд российских экспертов. Акушерство и гинекология 2012; 1: 2-7.
16. Мельниченко Г.А., Марова Е.И., Дзеранова Л.К., Вакс Гиперпролактинемия у женщин и мужчин: Пособие для врачей. М. 2008.

# Detection of morphological changes in the Turkish hump structure in hyperprolactinemia caused by taking oral contraceptives.

Teimuraz Lomsianidze<sup>1</sup>; Sakandelidze Reniko<sup>2</sup>; Lomsianidze Isolda<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Associate Professor ; Georgia Kutaisi. Department of Biology of Akaki Tsereteli State University;  
e-mail: teimuraz.lomsianidze@atsu.edu.ge

<sup>2</sup>Professor; Georgia Kutaisi. Department of Biology of Akaki Tsereteli State University; e-mail: r\_sakandelidze@yahoo.com

<sup>3</sup>Associate Professor; Georgia Kutaisi. Department of Chemistry of Akaki Tsereteli State University; e-mail:  
izolda.lomsianidze@atsu.edu.ge

---

## Abstract

Hyperprolactinemia remains one of the most common neuroendocrine disorders today. It is manifested by an increase in the amount of the hormone prolactin in the peripheral blood and related changes. At the same time, some authors believe that taking combined estrogen-gestogen drugs in many cases causes such complications as prolactinomas.

Published in 2005 four-year follow-up data on 2 groups of women: practically healthy, who took oral contraceptives and those with menstrual dysfunction.

The observation was continued in the following years (2006-2019), on practically healthy women who received oral combined estrogen-gestogen preparations for contraception. 152 women were followed for one to three years at different points in time. An X-ray study of the Turkish humpback was performed while receiving high levels of prolactin in the peripheral blood. If necessary, computed tomography.

In the first group, 85 women received oral combined estrogen-gestogenic preparations for one year continuously, in the second group 67 women, for more than one year continuously, for a maximum of 3 years.

1. In the first and second groups, a slight one-time increase in prolactin level was detected as a temporary reaction and adaptation to the drug.
2. A significant increase in prolactin level was detected in the first and second groups. It was recommended to stop the drug and to have a radiograph of the Turkish hump and additionally sent for a computed tomography. Morphological changes in the Turkish hump and pituitary structure were confirmed in 8 cases in both groups. Endocrinologist consultation and treatment were recommended.

Conclusions and recommendations:

1. When prescribing oral combined estrogen-gestogenic drugs, the initial result of the value of prolactin in the peripheral blood is necessary for further comparison.
2. Observation of patients showed the necessity of monitoring.



3. In the event of a significant increase in prolactin, radiography and computed tomography of the Turkish hump are necessary.

4. From the pathology of the Turkish hump, we found local osteoporosis of the walls and irregularity of the internal contour section of the bony wall.

5. When prescribing oral combined estrogen-gestogen drugs, a multifaceted approach is needed, focused on achieving results and preventing complications.

**Key words:** hyperprolactinemia, contraceptive, Turkish hump, observation, radiography, tomography