

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 20 მაისის N3 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 21 მაისის N01-150/ო ბრძანებით

# ჰიპერპროლაქტინემიური სინდრომის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

პროტოკოლი

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: ჰიპერპროლაქტინემიური სინდრომის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა .....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები .....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია .....	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	3
5. სამიზნე ჯგუფი.....	3
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი .....	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	4
8. რეკომენდაციები.....	4
8.1 ჰიპერპროლაქტინემიის განმაპირობებელი ფაქტორები.....	4
8.2 პათოგენეზი და კლინიკა .....	4
8.3 ჰიპერპროლაქტინემიის დიაგნოსტიკა.....	5
9. მოსალოდნელი შედეგები .....	9
10. აუდიტის კრიტერიუმები .....	9
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	9
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	9
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	10
14. პროტოკოლის ავტორები .....	10
15. დანართები.....	10
დანართი №1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	10
დანართი №2. მტკიცებულებების დონეების კლასიფიკაცია .....	11

## 1. პროტოკოლის დასახელება: ჰიპერპროლაქტინემიური სინდრომის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება</b>	<b>ICD-10</b>
ჰიპერპროლაქტინემია	E22.1
გალაქტორეა, რომელიც არ არის დაკავშირებული მშობიარობასთან	N64.3
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
საშვილოსნოს და პარამეტრიუმის ულტრაბგერითი გამოკვლევა	LCDE2A
სხვა გინეკოლოგიური ულტრაბგერითი გამოკვლევა	LXDE1X
<b>3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b>	
<b>სისხლის ჰორმონალური ანალიზი:</b>	
Prol (პროლაქტინის განსაზღვრა სისხლში)	HR.3.7
TSH	HR.3.6

## 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი ლიტერატურული წყაროების საფუძველზე:

1. Diagnosis & Treatment of Hyperprolactinemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline <http://www.endo-society.org/guidelines/final/upload/Diagnosis-Treatment-of-Hyperprolactinemia.pdf>. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, February 2011, 96(2): 273–288. The Endocrine Society.
2. Prolactinoma. Venkatesh Babu Segu (2011). <http://emedicine.medscape.com/article/124634-overview#showall>;
3. Hyperprolactinemia. (2011). Donald Shenenberger. <http://emedicine.medscape.com/article/121784-overview>

ბ) მნიშვნელოვანი ცვლილებები წყარო გაიდლაინის რეკომენდაციებში შეტანილი არ არის.

## 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ჰიპერპროლაქტინემიური სინდრომის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება და ჯანდაცვის პერსონალისთვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება ჰიპერპროლაქტინემიური სინდრომის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე მიდგომების შესახებ.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება პაციენტებს შემდეგი კლინიკური სიმპტომებით: **ქალები** – გალაქტორეით, მენსტრუაციული ციკლის დარღვევით, უნაყოფობით, ოსტეოპენია/ოსტეოპოროზით, **მამაკაცები** – უნაყოფობით, ლიბიდოს დაქვეითებით, იმპოტენციით, სქესობრივი მომწიფების პერიოდში **ვაჟები** – სქესობრივი მომწიფების შეფერხებით, ჰიპოგონადიზმით, **ორივე სქესის პაციენტები** ცეფალგიით, მხედველობის პრობლემებით და **ორსული ქალები**.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია რეპროდუქტოლოგებისა და მენ-გინეკოლოგებისთვის, რომლებიც დასაქმებული არიან ამბულატორიული (ქალთა კონსულტაცია, რეპროდუქციული კლინიკა) სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებსა და სტაციონარული სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების სამეანო-გინეკოლოგიურ დეპარტამენტებში.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისთანავე ამბულატორიულად.

## 8. რეკომენდაციები

### დეფინიცია და გავრცელება

ჰიპერპროლაქტინემია არის პათოლოგიური მდგომარეობა, რომლის დროსაც მამაკაცებისა და არაორსული ქალების სისხლში პროლაქტინის დონე აღემატებას ნორმას.

იგი გვხვდება პოპულაციის (ქალებისა და მამაკაცების)  $\approx 1\%$ -ში, მეორადი ამენორეის მქონე ქალებში  $-10-40\%$ -ში, ხოლო ამენორეისა და გალაქტორეის დროს  $- \approx 75\%$ -ში;

### 8.1 ჰიპერპროლაქტინემიის განმაპირობებელი ფაქტორები

- პროლაქტინომა, რომელიც ჰიპერპროლაქტინემიის  $\approx 30\%$ -ში გვხვდება;
  - მიკროადეომა ( $<10\text{მმ}$ );
  - მაკროადეომა ( $>10\text{მმ}$ );
- ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზ დოფამინერგული სისტემის დისფუნქცია
- მედიკამენტები:
  - ანტიდეპრესანტები;
  - ფსიქოტროპული მედიკამენტები;
  - ანესთეტიკები;
  - H2 ანტიჰისტამინურ საშუალებები;
  - D რეცეპტორების ბლოკერები;
  - დოფამინის სინთეზის ინჰიბიტორები;
  - ოპიატები;
  - ესტროგენები.
- იდიოპათიური.

### 8.2 პათოგენეზი და კლინიკა

სისხლში პროლაქტინის არაფიზიოლოგიური ჭარბი რაოდენობა იწვევს:

- არაორსულ ქალებში, სარძევე ჯირკვლების ეპითელური უჯრედების სტიმულაციას და რძის წარმოებას – გალაქტორეას;
- ჰიპოთალამუსში გონადოტროპინების რილიზინგ ჰორმონის სეკრეციის დათრგუნვას;

- ჰიპოგონადიზმს – საკვერცხეებსა და სათესლეებში ტესტოსტერონისა და ესტრადიოლის სეკრეციის დათრგუნვას;
- ძვლის სიმკვრივის დაქვეითებას.

ჰიპერპროლაქტინემია ქალებში იწვევს გალაქტორეას, მენსტრუაციული ციკლის სხვადასხვა ხარისხით დარღვევას (ანოვულაცია, ლუთეინური ფაზის უკმარისობა, ჰიპომენორეა, ოლიგო-ამენორეა), უნაყოფობას, ოსტეოპენია/ოსტეროპოროზს, მამაკაცებში – უნაყოფობას, ლიბიდოს დაქვეითებას, იმპოტენციას, სქესობრივი მომწიფების პერიოდში – სქესობრივი მომწიფების შეფერხებას, ჰიპოგონადიზმის განვითარებას, მაკროადენომის შემთხვევაში - ორივე სქესში იწვევს ცეფალგიას და მხედველობის პრობლემებს;

ზოგიერთ შემთხვევაში ჰიპერპროლაქტინემია შესაძლოა მიმდინარეობდეს ასიმპტომურად.

### 8.3 ჰიპერპროლაქტინემიის დიაგნოსტიკა

- ჰიპერპროლაქტინემიის დიაგნოზის დასმისთვის საკმარისია უზმო მდგომარეობაში შრატში პროლაქტინის დონის ერთჯერადი განსაზღვრა დღის ნებისმიერ დროს (++++);
- საექვო შემთხვევაში, სისხლის აღება და ანალიზის გამეორება რეკომენდებულია სხვა დღეს 15–20 წუთის ინტერვალით, პროლაქტინის პულსაციური სეკრეციის გათვალისწინებით;
  - სისხლის აღება რეკომენდებულია ვენოპუნქციის მიმართ განსაკუთრებული სტრესის გარეშე (++++);
- პროლაქტინის დონე  $>250 \text{ ng/l}$  ( $N - 25 \text{ ng/l}$ ) მიუთითებს პროლაქტინომის არსებობაზე;
- პროლაქტინის დონე  $>500 \text{ ng/l}$  ( $N - 25 \text{ ng/l}$ ) მიუთითებს მაკროადენომის არსებობაზე;
  - პროლაქტინის დონის მნიშვნელოვანი მატება შეიძლება აღინიშნოს მიკროადენომის დროსაც;
  - პრეპარატებმა (მეტოკლოპრამიდი, რისპერიდონი) შესაძლოა გამოიწვიოს პროლაქტინის მატება  $200 \text{ ng/l}$ -მდე, ადენომის განვითარების გარეშე;
- ფარმაკოლოგიური ფაქტორებით გამოწვეული ჰიპერპროლაქტინემიის დროს, რეკომენდებულია, მკურნალ ექიმთან კონსულტირების საფუძველზე, პრეპარატის შეწყვეტა ან ალტერნატიული საშუალებით შეცვლა 3 დღის განმავლობაში და ანალიზის განმეორება (++00);
- თუ პრეპარატის შეწყვეტა ან ალტერნატიული საშუალებით შეცვლა არ არის ნაჩვენები, რეკომენდებულია MRI-ის ჩატარება (+000);
- MRI წარმოადგენს არჩევის მეთოდს ადენომის დიაგნოსტიკისთვის. აღნიშნული მეთოდით შესაძლებელია 3–5 მმ ზომის ადენომის გამოვლენა;
- ჰიპოფიზის სიმსივნესა და პროლაქტინის დონეს შორის დისოციაციის შემთხვევაში რეკომენდებულია სისხლის შრატის სერიული განზავება (1:100 serial dilution) არტეფაქტის გამორიცხვის მიზნით, ვინაიდან შრატში პროლაქტინის მაღალი კონცენტრაცია, იმუნორადიომეტრული ანალიზისას, განაპირობებს ანტისხეულების სატურაციას (გაჯერებას) (++++); შრატის სერიული დილუცია ჰიპოფიზის მაკროპროლაქტინომასა და არაფუნქციონირებად ადენომას შორის დიფერენციაციის საშუალებას იძლევა;
- DXA – ტარდება ძვლის სიმკვრივის განსაზღვრის საჭიროებისას.

პაციენტებში ასიმპტომური ჰიპერპროლაქტინემიით, რეკომენდებულია მაკროპროლაქტინემიის დადასტურება (++00); მაკროპროლაქტინემია არის მდგომარეობა, როდესაც სისხლში ჭარბობს პროლაქტინის დიდი მოლეკულები, ისინი ბიოლოგიურად

ნაკლებად აქტიურია, ნაკლებად უკავშირდებიან პროლაქტინის რეცეპტორებს, მაგრამ აქვთ უნარი განიცადონ პოლიმერიზაცია და დაუკავშირდნენ IgG-ს.

### ჰიპერპროლაქტინემიური სინდრომის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა

სიმპტომური არაფიზიოლოგიური ჰიპერპროლაქტინემიის შემთხვევაში აუცილებელია გამოირიცხოს (++++):

- ორსულობა – გათვალისწინებული უნდა იყოს, რომ მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ჰიპერპროლაქტინემია ნორმალური მდგომარეობაა;
- მედიკამენტები;
- ჰიპოფიზისა და პარასელულური სიმსივნეები:
  - პროლაქტინმასეკრეტირებელი ადენომა – პროლაქტინომა;
  - არამოფუნქციონირე სიმსივნეები, რომლებმაც შესაძლოა გამოიწვიოს ჰიპერპროლაქტინემია ჰიპოფიზის კომპრესიის ან დოფამინერგული ნეირონების დაზიანების გამო;
- პირველადი ჰიპოთირეოზი;
- თირკმლის უკმარისობა – თირკმლის დაავადებების მქონე პაციენტების 1/3-ს აღენიშნება ჰიპერპროლაქტინემია კლირენსის დაქვეითების გამო;
- ციროზი;
- მაკროადენომის შემთხვევაში - ჰიპოპიტიტარიზმი;
- აკრომეგალია – ზრდის ჰორმონმასეკრეტირებელი სიმსივნეების მქონე პაციენტების 50%-ში პროლაქტინი მომატებულია.

### ჰიპერპროლაქტინემიის მართვა

- პროლაქტინმასეკრეტირებელი მიკრო- ან მაკროადენომის დროს ჰიპერპროლაქტინემიის სიმპტომების მქონე პაციენტებში რეკომენდებულია დოფამინის აგონისტებით თერაპია, რომელიც განაპირობებს პროლაქტინის დონის დაწევას, სიმსივნის ზომის შემცირებასა და გონადების ფუნქციის აღდგენას (++++);
- დოფამინის აგონისტებიდან არჩევის პრეპარატს წარმოადგენს კაბერგოლინი, ვინაიდან იგი ხასიათდება მაღალი ეფექტურობით, პროლაქტინის ნორმალიზებისა და ჰიპოფიზის ადენომის შემცირების თვალსაზრისით (++++).

### რეზისტენტული და მალიგნიზებული პროლაქტინომის მართვა

დოფამინის აგონისტის მიმართ რეზისტენტობა გულისხმობს იმ შემთხვევას, როცა დოფამინის აგონისტის მაქსიმალურ დოზაზე ნორმოპროლაქტინემია და პროლაქტინომის ზომის მნიშვნელოვანი შემცირება (50 %-ით) ვერ მიიღწევა. რეზისტენტული პროლაქტინომა უპირატესად აღინიშნება მაკროადენომის დროს (კერძოდ, იგი გვხვდება მაკროადენომების 18 %-ში, მიკროადენომების 10%-ში). რეზისტენტობის განვითარების მექანიზმი დღეისათვის უცნობია, სავარაუდოდ, მოიაზრება პროლაქტინომის D2 რეცეპტორების ნაკლებობა.

- ჰიპერპროლაქტინემიის სიმპტომების მქონე პაციენტებში, თუ დოფამინის აგონისტის სტანდარტული დოზით მკურნალობის ფონზე ჰიპერპროლაქტინემია არ მოწესრიგდა და ადენომის ზომა მნიშვნელოვნად არ შემცირდა, ქირურგიული ოპერაციასთან შედარებით, უმჯობესია, გაზარდოთ დოფამინის აგონისტის დოზები (++++);

- პაციენტებში, რომლებსაც გააჩნიათ აუტანლობა ორალური ბრომოკრიპტინის მიმართ, შესაძლებელია, სცადოთ მისი ვაგინალურად გამოყენება;
- ბრომოკრიპტინის მიმართ რეზისტენტულ პაციენტებში რეკომენდებულია კაბერგოლინის დანიშვნა (++++).

პროლაქტინომის მქონე პაციენტების 25% რეზისტენტულია ბრომოკრიპტინის მიმართ, ხოლო მათ 80%-ში კი ნორმოპროლაქტინემია მიიღწევა კაბერგოლინის მიღების ფონზე.

დოფამინის აგონისტის დოზის მატება ხდება ეტაპობრივად პროლაქტინის დონის მიხედვით. პაციენტებში, რომლებიც საჭიროებენ კაბერგოლინის მაღალი დოზებით თერაპიას ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, რეკომენდებულია ექოკარდიოგრაფიის ჩატარება გულის სარქველოვანი აპარატის დარღვევის მომატებული რისკის გამო. თუმცა, პაციენტები, რომლებიც იღებენ კაბერგოლინის სტანდარტულ დოზას (1–2 მგ/კვირაში), ნაკლებად საჭიროებენ რეგულარულ ექოკარდიოგრაფიულ სკანირებას.

ჰიპერპროლაქტინემიის სიმპტომების მქონე პაციენტებში პროლაქტინომით, რომლებიც ვერ ეგუებიან კაბერგოლინის მაღალ დოზებს, ან არ ემორჩილებიან დოფამინერგულ თერაპიას – ნაჩვენებია ტრანსფენოიდალური ქირურგიული ჩარევა (პრეპარატის ინსტრუქციის მიხედვით, მაქსიმალური დოზა შეადგენს 4,5 მგ კვირაში).

რეზისტენტული პროლაქტინომის დროს ქირურგიული მკურნალობის ეფექტურობის შესახებ კონტროლირებადი კვლევები არ არსებობს. იშვიათად, ქირურგიული ჩარევის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს ჰიპოპიტუიტარიზმი, უშაქრო დიაბეტი, თავზურგტვინის სითხის გაჟონვა და ადგილობრივი ინფექციის განვითარება.

პროლაქტინომის ქირურგიული მკურნალობის წარუმატებლობის ან მისი მალიგნიზაციის შემთხვევაში რეკომენდებულია სხივური თერაპია (+000).

რადიოთერაპიის დროს ნორმოპროლაქტინემია მიიღწევა პაციენტების 1/3-ში. იგი თრგუნვას სიმსივნის ზრდის პროცესს, თუმცა, ზოგჯერ საჭიროებს ხანგრძლივ გამოყენებას (>20 წელი) მაქსიმალური ეფექტის მიღწევის მიზნით. რადიოთერაპია ასოცირდება ისეთ გვერდით ეფექტებთან, როგორცაა, ჰიპოპიტუიტარიზმი, იშვიათად - კრანიალური ნერვის დაზიანება, სხვა სიმსივნის ფორმირება.

პროლაქტინომის მალიგნიზაცია აღინიშნება ძალზე იშვიათად, აღწერილია მისი  $\approx 50$  შემთხვევა, ახასიათებს მეტასტაზების განვითარება, როგორც ნერვულ სისტემაში, ასევე მის გარეთ, არ გააჩნია სპეციფიური, პათოლოგიური მარკერები. მალიგნიზებული პროლაქტინომის მკურნალობა რთულია, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენს  $\approx 1$  წელს. მკურნალობისთვის გამოიყენება ქირურგიული მეთოდი, სხივური და ქიმიოთერაპია. სხვადასხვა მონაცემებით, თემოზოლამიდი სხვა ქიმიოთერაპიულ საშუალებებთან შედარებით, უფრო მეტად აქვეითებს პროლაქტინის დონეს და ამცირებს სიმსივნის ზომას (+000).

### **დოფამინერგული თერაპიის ფონზე რეკომენდებულია:**

- პროლაქტინის დონის განსაზღვრა თვეში 1–ჯერ მისი ნორმალიზაციის მიღწევის მიზნით, შემდგომში - პროლაქტინის მონიტორინგი, რეკომენდებულია 3–6 თვეში ერთჯერ;
- MRI-ის განმეორება 1 წლის შემდეგ ან 3 თვის შემდეგ, თუ დოფამინერგული თერაპიის ფონზე, მაკროპროლაქტინომის შემთხვევაში პროლაქტინის დონე იზრდება ან აღინიშნება ახალი სიმპტომები – გალაქტორეა, მხედველობის პრობლემები, ცეფალგია;

- მხედველობის ველის გამოკვლევა პაციენტებში მაკროადენომით;
- ძვლის სიმკვრივის განსაზღვრის საჭიროების შემთხვევაში - DXA;
- მკურნალობის ხანგრძლივობა შეადგენს 12–24 თვეს კლინიკური სიმპტომებისა და პროლაქტინომის ზომის მიხედვით. თერაპიის შეწყვეტიდან პაციენტების 1/6–ში პროლაქტინი ნარჩუნდება ნორმის ფარგლებში;
- თუ 2 წლის განმავლობაში დოფამინის აგონისტიტ მკურნალობის ფონზე პროლაქტინის დონე ნორმაშია ან არ აწეულა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში და MRI–ზე არ აღინიშნება პროლაქტინომის „ნარჩენი“, შესაძლებელია პრეპარატის დოზის შემცირება და შემდეგ მოხსნა (+000);
- 2 წლიანი დოფამინერგული თერაპიის მოხსნის შემდეგ რეკომენდებულია:
  - პირველი წლის განმავლობაში - პროლაქტინის დონის განსაზღვრა ყოველ 3 თვეში 1–ჯერ, შემდეგ კი წელიწადში 1–ჯერ;
  - MRI - პროლაქტინის დონის მატების შემთხვევაში.
- დოფამინერგული თერაპიის შეწყვეტის შემდეგ პროლაქტინომის რეციდივი აღინიშნება 26–69%–მდე;
- **მედიკამენტებით გამოწვეული ჰიპერპროლაქტინემიის მართვა:**
- მედიკამენტებით გამოწვეული ჰიპერპროლაქტინემიის მართვის პირველ რგოლს წარმოადგენს პრეპარატის მიღების შეწყვეტა ან ალტერნატიული საშუალებით შეცვლა, რომელიც არ იწვევს ჰიპერპროლაქტინემიას. თუ ეს შეუძლებელია, რეკომენდებულია დოფამინ აგონისტის სიფრთხილით დანიშვნა მკურნალ ექიმთან კონსულტაციის საფუძველზე (+000);
  - მედიკამენტებით გამოწვეული ასიმპტომური ჰიპერპროლაქტინემია არ საჭიროებს მკურნალობას (+00);
- **იდიოპათიური ჰიპერპროლაქტინემიის მართვა:**
- იდიოპათიური ჰიპერპროლაქტინემია 1/3–ში ნორმალიზდება მკურნალობის გარეშე, ხოლო თუ პროლაქტინის დონე არ აღემატება 40 ნგ/მლ–ს, 2/3–ში იდიოპათიური ჰიპერპროლაქტინემია ნორმალიზდება მკურნალობის გარეშე;
- **ასიმპტომური მიკროპროლაქტინომის მართვა:**
- ასიმპტომური მიკროპროლაქტინომა არ საჭიროებს დოფამინის აგონისტიტ მკურნალობას (+000);

## **პროლაქტინომის მართვა ორსულობის დროს**

- ქალებში პროლაქტინომით, ორსულობის დადგომისთანავე, რეკომენდებულია დოფამინ აგონისტიტ მკურნალობის შეწყვეტა (+000);
- ქალებში მაკროადენომით, რომლებიც არ ემორჩილებიან დოფამინერგულ თერაპიას ან გააჩნიათ ინტოლერანტობა ბრომოკრიპტინისა და კაბერგოლინის მიმართ, ორსულობის დაგეგმვამდე მიზანშეწონილია ქირურგიული მკურნალობის საკითხის განხილვა (+000), თუმცა, უნდა გაითვალისწინოთ შესაძლო ჰიპოპიტუიტარიზმის ჩამოყალიბება;
- პაციენტებში მაკროადენომით, რომელთაც წარსულში არა აქვთ ჩატარებული ქირურგიული ან სხივური თერაპია, ორსულობის დროს მიზანშეწონილია დოფამინერგული მკურნალობის გაგრძელება, განსაკუთრებით, თუ სიმსივნე აწვება ოპტიკურ ქიაზმას (+000);



- ორსულობის დროს პროლაქტინომის ზრდის სიმპტომების გამოვლენის შემთხვევაში რეკომენდებულია ბრომოკრიპტინით თერაპია (++)). მის მიმართ ინდივიდუალური აუტანლობისას, შესაძლებელია, კაბერგოლინის დანიშვნა;
- დოფამინერგული თერაპიის უეფექტობის შემთხვევაში უნდა განიხილოთ ქირურგიული მკურნალობის საკითხი;
- ორსულ ქალებში პროლაქტინომით, არ არის რეკომენდებული სისხლში პროლაქტინის განსაზღვრა (++++) და რუტინული MRI-ის ჩატარება, თუ სიმსივნე არ იწვევს მხედველობის ქიაზმის ზეწოლის კლინიკურ ნიშნებს (++++);
- ორსულ ქალებში პროლაქტინომით, თავის ძლიერი ტკივილისა და/ან მხედველობის ველის ცვლილების შემთხვევაში, რეკომენდებულია MRI-ის ჩატარება, გადოლინიუმის გარეშე (++));

## 9. მოსალოდნელი შედეგები

**დოფამინის აგონისტით მკურნალობის ეფექტურობა** – ლიტერატურული მონაცემების სიტემური მიმოხილვის შედეგი:

- პროლაქტინის დონის ნორმალიზაცია – 68%-ში.
- გალაქტორეის კუპირება – 86%-ში.
- ამენორეის დროს მენსტრუაციული ციკლის დარეგულირება – 78%-ში.
- სექსუალური ფუნქციის გაუმჯობესება – 67%-ში.
- უნაყოფობის დროს ორსულობის მიღება – 53%-ში.
- მხედველობის პრობლემების კუპირება – 67%-ში.
- ადენომის ზომის შემცირება – 62%-ში.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

მოსალოდნელი გამოსავლის მიღწევის შეფასება ხორციელდება პაციენტის ანამნეზური მონაცემების, მიმდინარე კლინიკური გამოვლინებებისა და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების შედეგების საფუძველზე.

აუდიტისთვის საჭირო ინფორმაციის მარტივად შეგროვების საშუალებას იძლევა ექიმის მიერ წარმოებული კონსულტაციები, სადაც დოკუმენტირებულია (აღწერილია) პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების შედეგები.

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა და განახლება რეკომენდებულია დამტკიცებიდან 5 წლის ვადაში.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების შესახებ ინფორმაცია მოცემულია დანართში N1.

### 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის რეკომენდაციების მოდიფიცირება სამედიცინო დაწესებულების დონეზე, იქ არსებული რესურსისა და შესაძლებლობების გათვალისწინებით, რეკომენდებული არ არის.

### 14. პროტოკოლის ავტორები

- **არსენ გვენეტაძე** - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ექიმი-რეპროდუქტოლოგი, მენ-გინეკოლოგი, სგეა-ს პრეზიდენტი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ექსპერტი-რეპროდუქტოლოგი, შპს „ზურაბ საბახტარაშვილის რეპროდუქციული კლინიკის“ დირექტორი;
- **ზურაბ საბახტარაშვილი** - ექიმი-რეპროდუქტოლოგი, გინეკოლოგი, ენდოკრინოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, შპს „ზურაბ საბახტარაშვილის რეპროდუქციული კლინიკის“ ხელმძღვანელი;
- **ქეთევან კაკაშვილი** - ექიმი-რეპროდუქტოლოგი, მენ-გინეკოლოგი, შპს „ზურაბ საბახტარაშვილის რეპროდუქციული კლინიკის“ ექიმი;
- **ქეთევან ქანთარია** - ექიმი-რეპროდუქტოლოგი, მენ-გინეკოლოგი, შპს „ზურაბ საბახტარაშვილის რეპროდუქციული კლინიკის“ ექიმი;
- **თამთა ცაავა** - ექიმი-რეპროდუქტოლოგი, მენ-გინეკოლოგი, შპს „ზურაბ საბახტარაშვილის რეპროდუქციული კლინიკის“ ექიმი.

### 15. დანართები

#### დანართი №1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური რესურსი</b>	<b>რესურსის გამოყენების მიზანი</b>	
რეპროდუქტოლოგი მენ-გინეკოლოგი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ექთანი	ვენოპუნქცია	სავალდებულო
მენეჯერი/ ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა, დანერგვაზე მეთვალყურეობა, აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
<b>მატერიალურ-ტექნიკური</b>		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია სისხლის ჰორმონალური ანალიზის და ა.შ. ჩასატარებლად	სისხლის ჰორმონალური ანალიზის ჩატარება	სასურველი
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა (ულტრაბგერა, MRI, DXA და სხვ)	დიაგნოზის დადასტურება, რისკის შეფასება, მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება და სხვ.	სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სავალდებულო

## დანართი №2. მტკიცებულებების დონეების კლასიფიკაცია

„+“ მიუთითებს მონაცემების ხარისხს:

(+000) - ძალიან დაბალი ხარისხის;

(++00) – დაბალი ხარისხის;

(+++0) – საშუალო ხარისხის;

(++++) – მაღალი ხარისხის.