PROLAKTIN VA PSIXIATRIYA: NEYROLEPTIKLAR ANTIPSIXOTIKLAR QABUL QILADIGAN BEMORLARDA DORI VOSITALARI KELTIRIB CHIQARADIGAN GIPERPROLAKTINEMIYA VA UNI KORREKSIYA QILISH USULLARI

Abdurahimov Xushnudbek Sherzodbek o‘g‘li
Andijon davlat tibbiyot instituti Pediatriya fakulteti ikkinchi bosqich talabasi

Annotatsiya: *Ushbu maqolada antipsixotik dori vositalarini qabul qiluvchi bemorlarda rivojlanadigan dori vositalari chaqirgan giperprolaktinemiya, uning rivojlanish mexanizmlari, klinik ko‘rinishlari, diagnostikasi va korreksiya usullari yoritilgan. Antipsixotiklarning D2-dofaminergik retseptorlarni bloklashi natijasida prolaktin sekretsiyasining kuchayishi hamda uning reproduktiv va endokrin tizimga ta’siri ko‘rib chiqilgan. Giperprolaktinemiyani boshqarishda antipsixotik terapiyani individual tanlash, preparat dozasini qayta ko‘rib chiqish, prolaktin darajasiga kamroq ta’sir qiluvchi preparatlarga o‘tish va aripiprazolni qo‘shimcha qo‘llash imkoniyatlariga e’tibor qaratilgan. Prolaktin darajasini laborator nazorat qilish va bemorning psixiatrik holatini muntazam baholash davolash xavfsizligining muhim qismi hisoblanadi.*

Kalit so‘zlar: *Prolaktin, giperprolaktinemiya, antipsixotiklar, neyroleptiklar, D2-retseptorlar, risperidon, paliperidon, amisulprid, aripiprazol, gipogonadizm.*

PROLACTIN AND PSYCHIATRY: ANTIPSYCHOTIC-INDUCED HYPERPROLACTINEMIA IN PATIENTS RECEIVING NEUROLEPTIC THERAPY AND METHODS OF ITS CORRECTION

Abstract: *This article examines antipsychotic-induced hyperprolactinemia, including its pathophysiological mechanisms, clinical manifestations, diagnosis, and correction strategies in patients receiving antipsychotic therapy. The effects of D2-dopamine receptor blockade on prolactin secretion and its potential consequences for the reproductive and endocrine systems are considered. Particular attention is given to individualized antipsychotic treatment, dose adjustment, switching to prolactin-sparing antipsychotics, and the potential use of adjunctive aripiprazole for the management of antipsychotic-induced hyperprolactinemia. Laboratory monitoring of serum prolactin and regular assessment of psychiatric status are important components of safe and individualized treatment.*

Keywords: *Prolactin, hyperprolactinemia, antipsychotics, neuroleptics, D2 receptors, risperidone, paliperidone, amisulpride, aripiprazole, hypogonadism.*

ПРОЛАКТИН И ПСИХИАТРИЯ: ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННАЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ НЕЙРОЛЕПТИКИ АНТИПСИХОТИКИ, И МЕТОДЫ ЕЁ КОРРЕКЦИИ

Аннотация: *В статье рассматривается лекарственно-индуцированная гиперпролактинемия у пациентов, получающих антипсихотическую терапию, включая механизмы ее развития, клинические проявления, диагностику и методы коррекции. Рассмотрено влияние блокады D2-допаминовых рецепторов антипсихотическими препаратами на секрецию пролактина и возможные последствия повышения его уровня для репродуктивной и эндокринной систем. Особое внимание уделено индивидуальному подбору антипсихотической терапии, коррекции дозы препарата, переходу на антипсихотики с меньшим влиянием на уровень пролактина и возможности дополнительного применения арипипразола. Лабораторный контроль уровня пролактина и регулярная оценка психического состояния пациента являются важными компонентами безопасного и индивидуализированного лечения.*

Ключевые слова: *Пролактин, гиперпролактинемия, антипсихотики, нейролептики, D2-рецепторы, рисперидон, палиперидон, амисульприд, арипипразол, гипогонадизм.*

Kirish

Giperprolaktinemiya psixiatriya amaliyotida neyroleptiklar, ya’ni antipsixotik dori vositalarini qabul qiluvchi bemorlarda uchrashi mumkin bo‘lgan muhim endokrin nojo‘ya ta’sirlardan biridir. Prolaktin sekretsiyasi gipotalamusdan ajraladigan dofamin orqali, asosan D2-retseptorlar vositasida nazorat qilinadi. Antipsixotik preparatlarning D2-retseptorlarni bloklashi gipofizdagi laktotrof hujayralarga dofaminning tormozlovchi ta’sirini kamaytirib, qonda prolaktin miqdorining oshishiga olib kelishi mumkin. Giperprolaktinemiyaning darajasi preparatning farmakologik xususiyatlari, dozalari, retseptorlarga ta’sir kuchi va davolash davomiyligiga bog‘liq. Risperidon, paliperidon va amisulprid prolaktin miqdorini oshirish ehtimoli yuqori bo‘lgan antipsixotiklar qatoriga kiradi, aripiprazol esa prolaktin darajasiga nisbatan kamroq ta’sir ko‘rsatadi. Antipsixotiklar chaqiradigan giperprolaktinemiya klinik belgilarsiz kechishi yoki hayz siklining buzilishi, galaktoreya, libido pasayishi, jinsiy disfunksiya, bepushtlik, erkaklarda ginekomastiya va gipogonadizm kabi holatlar bilan namoyon bo‘lishi mumkin. Prolaktin miqdorining uzoq muddat yuqori bo‘lishi gipogonadizm bilan birgalikda suyak mineral zichligining kamayishi va suyak salomatligiga salbiy ta’sir ko‘rsatishi mumkin. Ushbu nojo‘ya ta’sirlar bemorning hayot sifatiga ta’sir qilib, uzoq muddatli psixiatrik davolanishga rioya qilishni qiyinlashtirishi mumkin.

Antipsixotiklar bilan bog‘liq giperprolaktinemiyani korreksiya qilishdan oldin prolaktin miqdorining oshganligini tasdiqlash va boshqa mumkin bo‘lgan sabablarni istisno qilish muhimdir. Davolash taktikasiga simptomlari bo‘lmagan bemorlarda kuzatuv olib borish, antipsixotik dozasini kamaytirish, prolaktin darajasiga kamroq ta’sir qiluvchi preparatga almashtirish yoki amaldagi antipsixotik davolashni davom ettirish zarur bo‘lgan hollarda aripiprazolni qo‘shimcha tarzda qo‘llash kirishi mumkin. Mavjud klinik dalillar giperprolaktinemiyani kamaytirishda qo‘shimcha aripiprazol qo‘llash samarali farmakologik yondashuvlardan biri ekanligini ko‘rsatadi. Shu bilan birga, psixiatrik bemorlarda

giperprolaktinemiyani davolashda antipsixotik terapiyani o‘zgartirish bemorning ruhiy holatiga ta’sir qilishi mumkinligi hisobga olinishi kerak. Dofamin agonistlari prolaktin miqdorini kamaytirishi mumkin, biroq ayrim hollarda psixotik simptomlarning kuchayish xavfi sababli ehtiyotkorlik bilan qo‘llanadi. Shuning uchun antipsixotiklar chaqirgan giperprolaktinemiyani korreksiya qilish usuli prolaktin darajasi, klinik simptomlar, bemorning psixiatrik holati, reproduktiv holati va antipsixotik davolashni davom ettirish zaruratini hisobga olgan holda individual ravishda tanlanishi lozim.

Dolzarbligi

Antipsixotik dori vositalarini uzoq muddat qabul qiluvchi bemorlarda giperprolaktinemiya tez-tez uchraydigan endokrin nojo‘ya ta’sirlardan biridir. Prolaktin miqdorining oshishi hayz siklining buzilishi, galaktoreya, libido pasayishi, jinsiy disfunksiya, gipogonadizm va reproduktiv faoliyatning buzilishiga olib kelishi mumkin. Uzoq davom etuvchi giperprolaktinemiya suyak mineral zichligining pasayishi bilan ham bog‘liq bo‘lishi mumkin. Ayniqsa risperidon, paliperidon va amisulprid kabi D2-retseptorlarni kuchli bloklovchi preparatlarni qabul qiluvchi bemorlarda ushbu holatga e’tibor berish zarur. Shu sababli antipsixotik terapiya samaradorligini saqlagan holda prolaktin miqdorini nazorat qilish va dori vositalari chaqirgan giperprolaktinemiyani xavfsiz korreksiya qilish zamonaviy psixiatriya va endokrinologiyaning dolzarb masalalaridan biridir.

Maqsadi

Tadqiqotning maqsadi neyroleptiklar (antipsixotiklar) qabul qiluvchi bemorlarda dori vositalari chaqiradigan giperprolaktinemiyaning klinik xususiyatlarini o‘rganish, uning rivojlanishiga ta’sir qiluvchi omillarni aniqlash hamda prolaktin miqdorini me’yorlashtirish va psixiatrik davolash samaradorligini saqlab qolishga qaratilgan korreksiya usullarini baholashdan iborat.

Asosiy qism

Prolaktin adenogipofizning laktotrof hujayralari tomonidan sintez qilinadigan peptid gormon bo‘lib, uning sekretsiyasi asosan gipotalamus-gipofizar tizim orqali boshqariladi. Gipotalamusda ishlab chiqariladigan dofamin prolaktin sekretsiyasining asosiy fiziologik ingibitori hisoblanadi. Dofamin tuberoinfundibulyar neyronlardan gipofiz portal tizimiga ajralib, laktotrof hujayralardagi D2-dofaminergik retseptorlar bilan bog‘lanadi. Ushbu mexanizm adenogipofizdan prolaktin ajralishini fiziologik darajada ushlab turadi. Antipsixotik preparatlarning asosiy farmakodinamik xususiyatlaridan biri markaziy nerv tizimidagi D2-retseptorlarni bloklashdir. D2-retseptorlarning blokadasi tuberoinfundibulyar dopaminergik tizimda dofaminning prolaktin sekretsiyasiga nisbatan ingibitor ta’sirini kamaytiradi. Natijada laktotrof hujayralarning sekretor faolligi kuchayib, qonda prolaktin konsentratsiyasi oshadi. Prolaktin sut bezlari rivojlanishi, laktogenez va reproduktiv tizim faoliyatida muhim fiziologik rol o‘ynaydi. Uning patologik ko‘tarilishi gipotalamus-gipofizar-gonadal o‘q faoliyatiga salbiy ta’sir ko‘rsatishi mumkin. Giperprolaktinemiya gonadotropin-rilizing gormon sekretsiyasini susaytirib, luteinlashtiruvchi va follikulani stimullovchi gormonlar ishlab chiqarilishining kamayishiga olib kelishi mumkin. Natijada gipogonadizm, reproduktiv disfunksiya va jinsiy faoliyat buzilishlari rivojlanishi ehtimoli ortadi. Antipsixotiklarning prolaktin darajasiga ta’siri ularning D2-retseptorlarga affiniteti va

qon-miya to‘sig‘idan o‘tish xususiyatlari bilan bog‘liq. Shuningdek, preparatning dozasi va davolash davomiyligi ham giperprolaktinemiya rivojlanishida ahamiyatga ega. Shu sababli antipsixotik terapiya davomida prolaktin almashinuvini nazorat qilish endokrin va psixiatrik xavfsizlik nuqtayi nazaridan muhim hisoblanadi.

Antipsixotiklar chaqiradigan giperprolaktinemiya asosan tuberoinfundibulyar dopaminergik tizimning farmakologik blokadasi natijasida rivojlanadi. D2-retseptor antagonistlari gipofiz laktotrof hujayralarida dofaminning fiziologik tormozlovchi ta’sirini kamaytiradi. Natijada prolaktin sintezi va sekretsiyasi kuchayadi hamda qon zardobidagi prolaktin konsentratsiyasi oshadi. Giperprolaktinemiyaning rivojlanish darajasi antipsixotik preparatning retseptor profiliga bog‘liq. Risperidon va paliperidon prolaktin miqdorini sezilarli darajada oshirishi mumkin bo‘lgan preparatlar qatoriga kiradi. Amisulprid ham D2/D3-retseptorlarga yuqori affiniteti sababli prolaktin sekretsiyasini kuchaytirishi mumkin. Birinchi avlod tipik antipsixotiklar, xususan kuchli D2-antagonistik faollikka ega preparatlar ham giperprolaktinemiyaga sabab bo‘lishi mumkin. Ayrim atipik antipsixotiklarda esa prolaktin darajasining oshishi nisbatan kam uchraydi. Aripiprazol D2-retseptorlarga qisman agonistik ta’sir ko‘rsatishi sababli prolaktin darajasiga boshqa antipsixotiklardan farqli ravishda ta’sir qiladi. Preparat dozasining oshirilishi D2-retseptor blokadasining kuchayishi bilan prolaktin konsentratsiyasining ortishiga olib kelishi mumkin. Davolashning uzoq davom etishi ham klinik jihatdan ahamiyatli giperprolaktinemiyaga olib kelishi mumkin. Individual farmakokinetik xususiyatlar, dori-darmonlararo o‘zaro ta’sir va bemorning metabolik holati ham prolaktin dinamikasiga ta’sir ko‘rsatadi. Giperprolaktinemiya simptomatik yoki asemptomatik shaklda kechishi mumkin. Shuning uchun faqat klinik simptomlarning mavjudligiga asoslanish laborator monitoring zaruratini to‘liq bartaraf etmaydi. Prolaktin darajasining persistent oshishi reproduktiv va endokrin tizim faoliyatiga ta’sir qilishi mumkin.

Antipsixotiklar bilan bog‘liq giperprolaktinemiyaning klinik ko‘rinishlari prolaktin darajasi, davomiyligi, bemorning jinsi, yoshi va reproduktiv holatiga qarab farqlanadi. Ayollarda eng ko‘p uchraydigan klinik belgilar hayz siklining buzilishi, oligomenoreya, amenoreya va galaktoreya hisoblanadi. Prolaktinning yuqori konsentratsiyasi gonadotropin sekretsiyasini susaytirishi natijasida ovulyatsiya buzilishi va fertilitet pasayishi mumkin. Ayrim bemorlarda libido pasayishi va jinsiy disfunksiya kuzatiladi. Erkaklarda giperprolaktinemiya gipogonadizm, libido pasayishi, erektil disfunksiya va spermatogenez buzilishlari bilan namoyon bo‘lishi mumkin. Ba’zi holatlarda ginekomastiya va galaktoreya ham kuzatiladi. Prolaktinning uzoq muddat yuqori bo‘lishi jinsiy steroidlar konsentratsiyasining pasayishiga olib kelishi mumkin. Estrogen yoki testosteron yetishmovchiligi suyak mineral zichligining kamayishi bilan bog‘liq bo‘lishi ehtimoli mavjud. Shu sababli uzoq davom etuvchi giperprolaktinemiyada osteopeniya va osteoporoz xavfini ham hisobga olish zarur. Klinik simptomlarning intensivligi har doim ham prolaktin konsentratsiyasi bilan to‘g‘ridan-to‘g‘ri parallel bo‘lmaydi. Ayrim bemorlarda laborator giperprolaktinemiya mavjud bo‘lsa-da, klinik simptomlar kuzatilmasligi mumkin. Boshqa bemorlarda esa nisbatan kam darajadagi gormonal o‘zgarishlar ham klinik jihatdan sezilarli bo‘lishi mumkin. Psixiatrik bemorlarda jinsiy disfunksiya antipsixotiklarning boshqa nojo‘ya ta’sirlari bilan ham bog‘liq bo‘lishi mumkin. Shu sababli differensial diagnostikada psixiatrik

kasallikning o‘zi, boshqa dori vositalari va endokrin patologiyalar ham hisobga olinadi. Giperprolaktinemiyaning klinik belgilarini erta aniqlash davolash taktikasini individual tanlash uchun muhimdir.

Antipsixotik terapiya fonida giperprolaktinemiyani aniqlash klinik va laborator tekshiruvlarning kompleks baholanishiga asoslanadi. Asosiy diagnostik mezon qon zardobidagi prolaktin konsentratsiyasini aniqlash hisoblanadi. Prolaktin darajasi fiziologik sharoitlarda sutkalik ritmga ega bo‘lib, stress, uyqu, jismoniy faollik va boshqa omillar ta’sirida vaqtincha oshishi mumkin. Shu sababli laborator tekshiruv natijalarini bemorning klinik holati bilan birgalikda baholash zarur. Giperprolaktinemiya aniqlanganda dori vositalari anamnezi batafsil o‘rganiladi. Qabul qilinayotgan antipsixotikning nomi, dozasi, davolash davomiyligi va boshqa preparatlar bilan kombinatsiyasi qayd etiladi. Prolaktin oshishining boshqa sabablarini, jumladan gipofiz adenomasi, gipotireoz, buyrak yoki jigar faoliyati buzilishlarini differensial diagnostika qilish muhimdir. Klinik ko‘rsatmalarga ko‘ra qalqonsimon bez faoliyatini baholash uchun tireotrop gormon va erkin tiroksin tekshirilishi mumkin. Zarur hollarda makroprolaktin miqdorini aniqlash ham differensial diagnostik ahamiyatga ega. Juda yuqori prolaktin konsentratsiyasi yoki nevrologik simptomlar mavjud bo‘lganda gipofiz patologiyasini istisno qilish uchun magnit-rezonans tomografiya o‘tkazilishi mumkin. Ayollarda hayz sikli va reproduktiv anamnez, erkaklarda esa jinsiy funksiya va gipogonadizm belgilariga e’tibor beriladi. Uzoq muddatli giperprolaktinemiyada suyak metabolizmi va suyak mineral zichligini baholash masalasi ham ko‘rib chiqiladi. Psixiatrik holatning barqarorligi ham diagnostik va davolash jarayonida muhim ko‘rsatkich hisoblanadi. Chunki antipsixotik preparatni keskin o‘zgartirish yoki bekor qilish psixotik simptomlarning qaytalanish xavfini oshirishi mumkin. Shuning uchun laborator natijalar psixiatrik va endokrinologik klinik ma’lumotlar bilan birgalikda talqin qilinadi.

Antipsixotiklar chaqirgan giperprolaktinemiyani korreksiya qilishda davolash strategiyasi bemorning klinik holati va psixiatrik terapiyaning zaruratiga qarab individual belgilanadi. Asemptomatik va klinik jihatdan yengil giperprolaktinemiyada muntazam kuzatuv va prolaktin dinamikasini monitoring qilish yetarli bo‘lishi mumkin. Klinik simptomlar mavjud bo‘lganda antipsixotik terapiyaning dozasi qayta ko‘rib chiqiladi. Dori dozasini kamaytirish faqat psixiatrik simptomlar nazorat qilinadigan holatlarda va mutaxassis nazorati ostida amalga oshirilishi kerak. Yana bir yondashuv prolaktin darajasiga kamroq ta’sir qiluvchi antipsixotik preparatga almashtirish hisoblanadi. Bunday strategiyada asosiy psixiatrik kasallikning klinik barqarorligi alohida hisobga olinadi. Aripiprazol qisman D2-retseptor agonisti sifatida antipsixotiklar chaqirgan giperprolaktinemiyani kamaytirishda qo‘shimcha terapiya sifatida o‘rganilgan. Uning qo‘shilishi ayrim bemorlarda prolaktin konsentratsiyasining pasayishiga yordam berishi mumkin. Biroq aripiprazolni qo‘llashda psixiatrik simptomlarning o‘zgarishi va boshqa nojo‘ya reaksiyalar monitoring qilinadi. Dofamin agonistlari, masalan kabergolin yoki bromokriptin, prolaktin sekretsiyasini kamaytirishi mumkin, ammo psixotik buzilishlari bo‘lgan bemorlarda ularni qo‘llash ehtiyotkorlikni talab qiladi. Dofaminergik stimulyatsiya ayrim bemorlarda psixotik simptomlarning kuchayishiga olib kelishi mumkin. Shu sababli bunday preparatlar psixiatr va endokrinologning hamkorligida ko‘rib chiqiladi. Gormonal asoratlar mavjud bo‘lgan

bemorlarda reproduktiv va suyak salomatligi ham hisobga olinadi. Davolash davomida prolaktin darajasining dinamikasi, klinik simptomlar va psixiatrik holat muntazam baholanadi.

Giperprolaktinemiyani korreksiya qilish samaradorligini baholashda laborator, klinik va psixiatrik ko‘rsatkichlar kompleks ravishda o‘rganiladi. Asosiy laborator mezon qon zardobidagi prolaktin konsentratsiyasining dinamikasidir. Davolash boshlanganidan keyin prolaktin darajasini klinik vaziyatga mos ravishda qayta tekshirish mumkin. Klinik monitoring davomida galaktoreya, amenoreya, hayz sikli buzilishi, libido pasayishi va jinsiy disfunksiya kabi simptomlarning dinamikasi baholanadi. Erkaklarda testosteron yetishmovchiligi bilan bog‘liq klinik belgilar ham kuzatiladi. Reproduktiv yoshdagi ayollarda hayz siklining tiklanishi va ovulyatsiya bilan bog‘liq holatlar alohida e’tibor talab qiladi. Uzoq davom etuvchi giperprolaktinemiyada suyak mineral zichligi bilan bog‘liq xavflar ham baholanadi. Psixiatrik bemorlarda korreksiya samaradorligini baholashning muhim qismi ruhiy holat barqarorligini nazorat qilishdir. Antipsixotik preparatning dozasi kamaytirilganda yoki preparat almashtirilganda psixotik simptomlarning qaytalanishi kuzatilishi mumkin. Shu sababli psixiatrik simptomlar, ekstrapiramidal buzilishlar va boshqa nojo‘ya ta’sirlar muntazam nazorat qilinadi. Aripiprazol qo‘shilgan holatlarda ham prolaktin dinamikasi bilan birga preparatning klinik tolerabelligi baholanadi. Davolashning individual samaradorligi bemorning klinik va laborator ko‘rsatkichlari asosida aniqlanadi. Giperprolaktinemiya qayta rivojlanishining oldini olish uchun antipsixotik terapiya davomida monitoring davom ettiriladi. Endokrinolog va psixiatr o‘rtasidagi multidisiplinar hamkorlik bemor xavfsizligini ta’minlashda muhim hisoblanadi. Individual kuzatuv dasturi prolaktin darajasi, klinik simptomlar va asosiy psixiatrik kasallikning kechishiga moslashtiriladi. Shu tarzda giperprolaktinemiyani korreksiya qilishda endokrin samaradorlik va psixiatrik barqarorlik birgalikda nazorat qilinadi.

Natijalar

Tadqiqot natijalariga ko‘ra, antipsixotik preparatlarni qabul qiluvchi bemorlarda giperprolaktinemiya klinik jihatdan muhim endokrin nojo‘ya ta’sirlardan biri sifatida qayd etildi. Prolaktin darajasining oshishi ayniqsa D2-dofaminergik retseptorlarni kuchli bloklovchi antipsixotiklar, jumladan risperidon, paliperidon va amisulprid bilan davolashda ko‘proq kuzatiladi. Giperprolaktinemiyaning klinik ko‘rinishlari ayollarda hayz siklining buzilishi, amenoreya va galaktoreya, erkaklarda esa libido pasayishi, erektil disfunksiya va gipogonadizm bilan namoyon bo‘lishi mumkin. Ayrim bemorlarda prolaktin miqdori oshgan bo‘lsa-da, klinik simptomlar kuzatilmadi. Antipsixotik terapiya davomiyligi va preparatning farmakologik xususiyatlari prolaktin dinamikasini baholashda muhim omillar sifatida ko‘rib chiqildi. Giperprolaktinemiyani aniqlashda qon zardobidagi prolaktin konsentratsiyasini aniqlash asosiy laborator ko‘rsatkich bo‘ldi. Zarur hollarda qalqonsimon bez faoliyati va giperprolaktinemiyaning boshqa sabablarini aniqlashga qaratilgan qo‘shimcha tekshiruvlar o‘tkazildi. Korreksiya taktikasida antipsixotik dozasini qayta ko‘rib chiqish, prolaktin darajasiga kamroq ta’sir qiluvchi preparatga o‘tish hamda ayrim holatlarda aripiprazolni qo‘shimcha qo‘llash yondashuvlari ko‘rib chiqildi. Davolash jarayonida prolaktin konsentratsiyasi bilan bir qatorda klinik simptomlar va bemorning psixiatrik holati muntazam

baholandi. Giperprolaktinemiyani korreksiya qilishda asosiy maqsad prolaktin darajasini nazorat qilish bilan birga psixiatrik kasallikning klinik barqarorligini saqlab qolishdan iborat bo‘ldi.

Muhokama

Antipsixotiklar bilan bog‘liq giperprolaktinemiya psixiatrik amaliyotda muhim endokrin nojo‘ya ta’sirlardan biri hisoblanadi. Prolaktin miqdorining oshishi asosan tuberoinfundibulyar dopaminergik tizimdagi D2-retseptorlarning bloklanishi bilan bog‘liq. Risperidon, paliperidon va amisulprid kabi preparatlarda ushbu ta’sir yaqqolroq namoyon bo‘lishi mumkin. Giperprolaktinemiya klinik jihatdan hayz siklining buzilishi, galaktoreya, libido pasayishi, jinsiy disfunksiya va gipogonadizm bilan kechishi mumkin. Biroq ayrim bemorlarda prolaktin konsentratsiyasi oshgan bo‘lsa-da, klinik simptomlar kuzatilmasligi mumkin. Shu sababli laborator ko‘rsatkichlarni bemorning klinik holati bilan birgalikda baholash muhimdir. Giperprolaktinemiyani korreksiya qilishda asosiy masala prolaktin darajasini kamaytirish bilan birga psixiatrik kasallikning barqarorligini saqlab qolishdan iborat. Antipsixotik dozasini kamaytirish yoki prolaktin darajasiga kamroq ta’sir qiluvchi preparatga almashtirish ayrim bemorlarda samarali yondashuv bo‘lishi mumkin. Aripiprazolning qisman D2-retseptor agonistik xususiyati uni antipsixotiklar chaqirgan giperprolaktinemiyani kamaytirishda muhim farmakologik variantlardan biriga aylantiradi. Dofamin agonistlarini qo‘llash esa psixotik simptomlarning kuchayish ehtimoli sababli ehtiyotkorlikni talab qiladi. Shuning uchun davolash taktikasini individual tanlash va psixiatrik hamda endokrinologik monitoringni birgalikda olib borish maqsadga muvofiqdir.

Xulosa

Antipsixotik dori vositalarini qabul qiluvchi bemorlarda giperprolaktinemiya muhim klinik muammo bo‘lib, reproduktiv, jinsiy va endokrin tizim faoliyatiga salbiy ta’sir ko‘rsatishi mumkin. Prolaktin darajasini muntazam nazorat qilish, klinik simptomlarni baholash va giperprolaktinemiyaning boshqa sabablarini istisno qilish davolash taktikasini to‘g‘ri tanlash uchun muhimdir. Antipsixotik terapiyani individual korreksiya qilish, zarur hollarda preparatni almashtirish yoki aripiprazolni qo‘shimcha qo‘llash prolaktin darajasini kamaytirishga yordam berishi mumkin. Davolash jarayonida asosiy psixiatrik kasallikning barqarorligini saqlash va endokrin nojo‘ya ta’sirlarni kamaytirish birgalikda ko‘zda tutilishi kerak. Multidisiplinar yondashuv va muntazam monitoring bemorlarning hayot sifatini yaxshilash hamda antipsixotik terapiyaning xavfsizligini oshirishda muhim ahamiyatga ega.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Chen J., Huang X.F., Qiu H., et al. The effects of novel and newly approved antipsychotics on serum prolactin levels: a comprehensive review // Clinical Neuropharmacology. 2014. Vol. 37, № 5. P. 119–124.

2. Molitch M.E. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia // Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2011. Vol. 96, № 2. P. 273–278.

3. Montejo A.L., Arango C., Bernardo M., et al. Multidisciplinary consensus on the therapeutic recommendations for iatrogenic hyperprolactinemia secondary to antipsychotics // Frontiers in Psychiatry. 2021. Vol. 12. Article 787300.

4. Reutfors J., Clori A., Pálsson S., et al. Antipsychotic-induced hyperprolactinemia: clinical consequences and management // International Clinical Psychopharmacology. 2021. Vol. 36, № 5. — P. 241–249.

5. Wang X., Zhang T., Wang H., et al. Prolactin levels influenced by antipsychotic drugs in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis // Schizophrenia. 2021. Vol. 7. Article 72.

6. Stojkovic M., Radmanovic B., Jovanovic M., Janjic V., Muric N., Ignjatovic Ristic D. Risperidone induced hyperprolactinemia: from basic to clinical studies // Frontiers in Psychiatry. 2022. Vol. 13. Article 874705.

7. Lu Z., Sun Y., Zhang Y., Chen Y., Guo L., Liao Y., Kang Z., Feng X., Yue W. Pharmacological treatment strategies for antipsychotic-induced hyperprolactinemia: a systematic review and network meta-analysis // Translational Psychiatry. 2022. Vol. 12, № 1. Article 267.

8. Inder W.J., Castle D. Antipsychotic-induced hyperprolactinaemia // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2011. Vol. 45, № 10. P. 830–837.

9. De Hert M., Detraux J., Stubbs B. Relationship between antipsychotic medication and prolactin levels: clinical consequences and management // Current Opinion in Psychiatry. 2016. Vol. 29, № 4. P. 260–266.

10. Jiang Q., Li T., Zhao L., Sun Y., Mao Z., Xing Y., Wang C., Bo Q. Treatment of antipsychotic-induced hyperprolactinemia: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses // Frontiers in Psychiatry. 2024. Vol. 15. Article 1337274.