

GIPERPROLAKTINEMIYA VA GIPERKORTIZOLIZM BILAN KECHGAN GIPOFIZ MIKROADENOMASI: KLINIK HOLAT.

Najimova Aziza Samiyevna, Issayeva Saodat Saydullayevna.

Najimova Aziza Samiyevna azizanajimova3@gmail.com <https://orcid.org/0009-0006-8221-8506>

Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, “Endokrinologiya, bolalar endokrinologiyasi” kafedrası-70910202, Toshkent, O‘zbekiston

Dolzarbli: Gipofiz mikroadenomalari reproduktiv yoshdagi ayollarda ikkilamchi amenoreya va giperprolaktinemiyaning muhim neyroendokrin sabablaridan biri hisoblanadi. ACTH va prolaktin gipersekretsiyasi bilan kechuvchi mikroadenomalar klinik jihatdan amenoreya, galaktoreya, semizlik, arterial gipertenziya hamda metabolik buzilishlar bilan namoyon bo‘lib, ko‘pincha Kushing sindromi va ginekologik patologiyalar bilan differensial diagnostikada qiyinchilik tug‘diradi. Shu sababli bunday bemorlarda klinik, gormonal va radiologik o‘zgarishlarni kompleks baholash kasallikni erta aniqlash, reproduktiv funksiyani saqlash hamda og‘ir endokrin asoratlarning oldini olishda muhim ahamiyat kasb etadi.

Tadqiqot maqsadi: Ikkilamchi amenoreya, giperprolaktinemiya hamda Kushing sindromiga gumon bilan kechgan gipofiz mikroadenomasining klinik, gormonal va radiologik xususiyatlarini kompleks baholash hamda kasallikning differensial-diagnostik ahamiyatini tahlil qilish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Tadqiqotda 1990-yilda tug‘ilgan, ikkilamchi amenoreya, giperprolaktinemiya hamda Kushing sindromiga gumon bilan murojaat qilgan ayol bemor klinik kuzatuv ostida o‘rganildi. Bemorda kompleks klinik-endokrinologik, laborator va instrumental tekshiruvlar amalga oshirildi. Gormonal profil prolaktin, adrenokortikotrop gormon, kortizol, tireotrop va jinsiy gormonlar ko‘rsatkichlari asosida baholandi. Giperkortizolizmni aniqlash maqsadida kichik deksametazon supressiv testi o‘tkazildi. Gipofiz bezining magnit-rezonans tomografiyasi orqali mikroadenomaning lokalizatsiyasi, o‘lchami va dinamik o‘zgarishlari aniqlandi. Reproaktiv tizim holati ultratovush tekshiruvi yordamida baholanib, barcha olingan natijalar klinik simptomatika bilan kompleks tahlil qilindi.

Natijalar va muhokama: 1990-yilda tug‘ilgan bemorda kasallik dastlab menstrual sikl buzilishi va ikkilamchi amenoreya bilan namoyon bo‘lgan. Anamnezida hayz siklining uzoq muddat buzilishi, galaktoreya, tana vaznining ortishi, arterial gipertenziya, bosh og‘rig‘i, umumiy holsizlik, uyqu buzilishi, hirzutizm, poliuriya va teri qurishi qayd etilgan. Klinik simptomlarning progressiv rivojlanishi gipotalamo-gipofizar tizim patologiyasiga gumon uyg‘otgan. Bemorning tana massasi indeksining taxminan 30 kg/m² ni tashkil etishi, arterial bosimning davriy yuqorilashi hamda menstrual-reproduktiv buzilishlarning mavjudligi giperkortizolizmga xos metabolik sindrom komponentlari bilan mos kelgan.

2025-yil aprel oyida o‘tkazilgan gormonal tekshiruvlarda prolaktin miqdori 620 ng/ml gacha oshgani aniqlangan. Dinamik kuzatuv davomida ACTH miqdori 61,4 pg/ml ni tashkil etib, referens qiymatlardan yuqori bo‘lgan. Kortizolning tungi ko‘rsatkichlari yuqoriligi qayd etilgan hamda kichik deksametazon supressiv testida kortizol sekretsiyasining yetarli darajada susaymaganligi ACTH-ga bog‘liq giperkortizolizm va Kushing sindromi ehtimolini kuchaytirgan. Laborator tekshiruvlarda TSH miqdori 0,03–0,2 mEd/l gacha pasaygani aniqlangan. Ferritin miqdorining 14,5 ng/ml ni tashkil etgani latent temir tanqisligini ko‘rsatgan. Dinamik kuzatuv davomida gormonal disbalans saqlanib qolgan bo‘lib, bu gipofizning funksional faol mikroadenomasi ehtimolini kuchaytirgan.

2025-yil 18-aprelda bajarilgan gipofiz magnit-rezonans tomografiyasida adenogipofiz sohasida 6×3 mm o‘lchamdagi mikroadenoma aniqlangan. 2025-yil noyabr oyida o‘tkazilgan takroriy MRT tekshiruvda mikroadenoma o‘lchamining 8×6 mm gacha kattalashgani qayd etilgan. Dinamik radiologik o‘zgarishlar o‘choqning gormon faol xarakterga ega ekanligini ko‘rsatgan. MRT ma’lumotlari klinik simptomatika va laborator ko‘rsatkichlar bilan birgalikda gipofizning gormon faol mikroadenomasi tashxisini asoslash imkonini bergan.

Qalqonsimon bez ultratovush tekshiruvda bez hajmining diffuz kattalashgani, parenxima echogenligining notekisligi va diffuz struktur o'zgarishlar aniqlangan. Ayrim sohalarda mayda gipoxogen o'choqlar qayd etilib, diffuz buqoq va tireoid disfunktsiya bilan mos keluvchi ultratovush belgilar aniqlangan. Laborator tekshiruvlarda TSH ko'rsatkichining pasayishi hamda klinik jihatdan teri qurishi, umumiy holsizlik, charchoq va uyquchanlikning kuzatilishi qalqonsimon bez funksional buzilishlari bilan bog'liq deb baholangan. Bemorga levotiroksin terapiyasi buyurilgach, umumiy holatda qisman ijobiy dinamika kuzatilgan.

Ginekologik ultratovush tekshiruvlarida bachadon va tuxumdonlarda yaqqol organik patologiya aniqlanmagan. Dominant follikul mavjudligi, nabot kistalari hamda bachadon ichi vositasi qayd etilgan. Ovulyator apparatning saqlangani menstrual buzilishlarning asosiy sababi sifatida endokrin omillar ustunligini ko'rsatgan. Polikistoz tuxumdon sindromi bilan differensial diagnostika o'tkazilgan bo'lsa-da, prolaktin va ACTH ko'rsatkichlarining yuqoriligi hamda MRT natijalari gipofiz genezli patologiya foydasiga baholangan.

Bemorga kabergolin (Dostinex), metformin va levotiroksin preparatlari bilan kompleks konservativ terapiya buyurilgan. Dinamik kuzatuv davomida prolaktin ko'rsatkichining 18,3 ng/ml gacha pasaygani qayd etilgan. Davolash fonida galaktoreya kamaygan, umumiy holsizlik va uyqu buzilishlari qisman regressiyaga uchragan. Menstrual funksiyada ijobiy dinamika kuzatilib, hayz sikli tiklangan hamda har 25 kunda muntazam kelishi qayd etilgan, biroq hayz davomiyligi 10 kungacha cho'zilishi saqlanib qolgan. Bu holat reproduktiv tizim funksiyasining qisman tiklanganini, biroq gormonal regulyatsiya to'liq stabilizatsiyalanmaganini ko'rsatgan. Dinamik kuzatuv davomida ACTH va kortizol ko'rsatkichlarining yuqoriligicha saqlanib qolishi giperkortizolizm ehtimolini inkor etmasligini ko'rsatgan. Klinik jihatdan arterial gipertenziya, semizlik, hirutizm va metabolik buzilishlarning saqlanib qolishi Kushing sindromining subklinik yoki boshlang'ich shakli ehtimolini ko'rsatgan.

Mazkur klinik holat reproduktiv yoshdagi ayollarda ikkilamchi amenoreya va giperprolaktinemiya kuzatilganda faqat ginekologik patologiyalar bilan cheklanib qolmasdan, gipofizning gormon faol mikroadenomalari hamda Kushing sindromini ham differensial diagnostik jihatdan baholash zarurligini ko'rsatadi. Klinik simptomlar, laborator gormonal o'zgarishlar va instrumental tekshiruv natijalarini kompleks tahlil qilish kasallikni erta aniqlash, reproduktiv funksiyani saqlash hamda og'ir neyroendokrin asoratlarning oldini olishda muhim ahamiyat kasb etadi.

Xulosalar: Mazkur klinik holatda gipofizning gormon faol mikroadenomasi ikkilamchi amenoreya, giperprolaktinemiya va ACTH-ga bog'liq giperkortizolizm belgilari bilan namoyon bo'ldi. Dinamik kuzatuv davomida laborator va instrumental ko'rsatkichlarning progressiv o'zgarishi hamda MRTda mikroadenoma hajmining kattalashishi kasallikning faol kechayotganini ko'rsatdi. Kompleks konservativ terapiya fonida gormonal ko'rsatkichlar va klinik simptomlarda ijobiy dinamika kuzatilib, menstrual sikl tiklandi. Ushbu holat reproduktiv yoshdagi ayollarda amenoreya va giperprolaktinemiya kuzatilganda gipofiz mikroadenomalari hamda Kushing sindromini kompleks differensial diagnostika qilish muhim ahamiyatga ega ekanligini tasdiqlaydi.

PITUITARY MICROADENOMA ASSOCIATED WITH HYPERPROLACTINEMIA AND HYPERCORTISOLISM: A CLINICAL CASE

Najimova Aziza Samiyevna, Issayeva Saodat Saydullayevna

Najimova Aziza Samiyevna azizanajimova3@gmail.com <https://orcid.org/0009-0006-8221-8506>
Tashkent State Medical University, Department of Endocrinology and Pediatric Endocrinology – 70910202, Tashkent, Uzbekistan

Abstract: Pituitary microadenomas are one of the important neuroendocrine causes of secondary amenorrhea and hyperprolactinemia in women of reproductive age. We present a clinical case of a hormonally active pituitary microadenoma associated with hyperprolactinemia and suspected ACTH-dependent hypercortisolism. A 1990-born female patient presented with secondary

amenorrhea, galactorrhea, weight gain, arterial hypertension, headache, hirsutism, and metabolic disturbances. Hormonal evaluation revealed persistent hyperprolactinemia, elevated ACTH and cortisol levels, and insufficient cortisol suppression during the low-dose dexamethasone suppression test. Magnetic resonance imaging demonstrated progressive enlargement of a pituitary microadenoma during dynamic follow-up. Thyroid ultrasound showed diffuse structural changes of the thyroid gland associated with thyroid dysfunction. Combined therapy with cabergoline, levothyroxine, and metabolic treatment resulted in clinical improvement, reduction of prolactin levels, and restoration of the menstrual cycle. This clinical case highlights the importance of comprehensive endocrine, laboratory, and radiological evaluation in reproductive-aged women presenting with amenorrhea and hyperprolactinemia for early detection of hormonally active pituitary microadenomas and possible Cushing syndrome.

Keywords: pituitary microadenoma, hyperprolactinemia, secondary amenorrhea, hypercortisolism, Cushing syndrome, ACTH, galactorrhea, reproductive dysfunction.