

Лечить нельзя ждуть. Как правильно расставить запятые в случае гиперпролактинемии?

По итогам научно-практической конференции, 15 мая, г. Алушта

Гиперпролактинемия (ГП) – адаптивная реакция или патология? Как определить тонкую грань между этими состояниями, требующими разного подхода к терапии? И как сделать правильный выбор в дилемме «лечить – не лечить», от которого зависит не только здоровье женщины, но и реализация ее в дальнейшем как мамы? Существует ли более эффективная альтернатива общепринятым подходам к ведению пациенток с гиперпролактинемией?

Ответы на эти и другие вопросы, а также интересные данные, касающиеся этого часто встречающегося в практике врача-гинеколога состояния, прозвучали в докладе заведующей отделом эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии» НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора **Татьяны Феофановны Татарчук** в рамках научно-практической конференции, состоявшейся 15 мая в г. Алуште при поддержке компании Pfizer.

– Пролактин был открыт в 1928 г., в 1970 г. гормон был выделен Р. Hwang.

В зависимости от молекулярной массы выделяют несколько изоформ пролактина:

- ▼ «малый» (little) – 50-90%;
- ▼ «большой» (big) – 5-25%;
- ▼ «большой-большой» (big-big) – 9-21%;
- ▼ гликозилированная форма.

Молекулярный полиморфизм пролактина дает возможность объяснить наличие симптомов гиперсекреции гормона без повышения его уровня.

К причинам, приводящим к физиологической ГП, относятся сон, физическая нагрузка, стресс, поздняя фолликулярная фаза менструального цикла, беременность, лактация, перинатальный период плода и новорожденного. Уровень пролактина у пациенток, находящихся в стационаре, необходимо определять сразу после сна.

Особое внимание хочется обратить на явление jet lag – влияние смены часовых поясов на уровень пролактина. S.C. Yen, R.B. Jaffe (1999) доказали, что смена часовых поясов влияет на ночной пик выработки пролактина, а полное восстановление происходит в течение 11-21 дня после возвращения в привычный часовой пояс. Если произошла смена часового пояса хотя бы на 2 ч, то следующий менструальный цикл после перелета может протекать с транзитной ГП. Специалисты-репродуктологи обязаны предупреждать об этом пациенток, поскольку неправильное истолкование ими фразы врача «хорошо отдохните, а потом будем планировать беременность» и путешествие на экзотические острова, находящиеся в другом часовом поясе, могут привести к тому, что беременность будет запланирована на фоне повышенного уровня пролактина, а это в дальнейшем может обусловить невынашивание, «замершую» беременность и другие нарушения.

Очень часто ГП имеет стрессовую этиологию. К стрессовым ситуациям относятся война, землетрясение, наводнение и другие катастрофы; в этих условиях ГП является адаптивной реакцией. В начальной стадии стресса повышается уровень кортизола, что сдерживает повышение

уровня пролактина; стойкая стрессорная ГП, как правило, наблюдается на фоне нормального или несколько сниженного уровня кортизола и компенсаторно повышенного уровня дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭА-С). Низкий уровень кортизола и повышенный ДГЭА-С и пролактина свидетельствуют о первично стрессорной этиологии ГП и стрессе в анамнезе, который наблюдался приблизительно 1,5-2 года назад. Если стресс произошел недавно, наблюдаются повышенные уровни эстрогена, пролактина и кортизола и нормальный уровень ДГЭА-С.

В случае длительного воздействия стрессорного фактора адаптация переходит в дезадаптацию.

К метаболическим эффектам пролактина относят:

- снижение минеральной плотности костной ткани путем прямого и опосредованного подавления стероидогенеза в яичниках;
- повышение активности β-клеток поджелудочной железы (инсулинорезистентность);
- снижение синтеза глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ), в печени;
- повышение синтеза андрогенов в надпочечниках.

Необходимо устранять ГП, возникающую у девочек-подростков на фоне приема антидепрессантов, нейролептиков и др. Тактика ожидания, что пациентка «перерастет» такое состояние, может привести лишь к тому, что ГП «перерастет» в остеопороз, сахарный

диабет, гиперандрогенные состояния, поликистоз яичников.

По данным различных ученых (D. Dixon et al., 2002; R.S. Baban et al., 2008), пролактин снижает синтез ГСПГ в печени, повышает синтез андрогенов в надпочечниках, обладает митотической активностью в отношении гладкомышечных клеток матки, угнетает апоптоз, стимулирует синтез инсулиноподобного фактора роста-1. Доказано, что матка является вторым после гипофиза органом по количеству синтезируемого пролактина.



Рецепторы пролактина выявлены как в молочной железе (МЖ), так и в миометрии и тканях лейомиомы.

ГП сопровождается многими патологическими заболеваниями (рис. 1).

Причинами нарушения секреции пролактина являются:

- ▼ гипоталамическая ГП (повреждение ножки гипофиза, сдавление ее опухолью);
- ▼ центральная стрессиндуцированная ГП;
- ▼ гипофизарная ГП (опухоль гипофиза, гормонально активные опухоли, нейроинфекции, воздействие радиации);

- ◆ Дисгормональные заболевания молочной железы
- ◆ Гипогонадотропная аменорея
- ◆ Предменструальный синдром
- ◆ Недостаточность лютеиновой фазы
- ◆ Дизэнцефальный пубертатный синдром
- ◆ Остеопенический синдром

Даже незначительное повышение уровня пролактина может привести к патологическим состояниям и требует коррекции

Рис. 1. Патологические состояния, встречающиеся в практике врача-гинеколога, которые сопровождаются гиперпролактинемией



▼ различные эндокринные заболевания (дисфункция щитовидной железы, болезнь Кушинга, синдром Штейна-Левенталя, акромегалия);

▼ воздействие лекарственных препаратов (нейролептики, антидепрессанты, антигипертензивные средства, высокие дозы эстрогенов).

Для исключения опухолей гипоталамуса и гипофиза необходимо проводить магнитно-резонансную томографию (МРТ).

Важной и дискуссионной в настоящее время является роль ГП в развитии ювенильных транзиторных аритмий и офтальмологических нарушений. В пользу этой гипотезы свидетельствует тот факт, что после нормализации уровня пролактина эти проявления исчезают.

Выделяют следующие виды патологической ГП:

- первичные формы (интракраниальные);
- вторичные формы (висцеральные);
- фармакологическую;
- идиопатическую (функциональную).

Патологическая ГП может проявляться различными симптомами: у женщин – недостаточностью лютеиновой фазы, ановуляцией, олиго- и аменореей, галактореей, себореей, вирилизацией, гирсутизмом, офтальмологическими нарушениями (скотоматами), аритмиями; у мужчин – снижением либидо, клиническим гипогонадизмом, галактореей, офтальмологическими нарушениями (скотоматами), аритмиями, угнетением фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), который отвечает за подвижность сперматозоидов.

В настоящее время большинство случаев мужского бесплодия связано с нарушением подвижности сперматозоидов.

Гиперпролактинемический гипогонадизм (синдром галактореи-аменореи) имеет 3 формы – идиопатическую, симптоматическую и смешанную.

Если у пациентки диагностируется бесплодие, невынашивание беременности, предменструальный синдром, миома матки, эндометриоз или дисгормональное заболевание молочной железы (ДЗМЖ), необходимо пошагово проводить диагностику согласно алгоритму (рис. 2).

При идиопатической ГП доминируют вегетативные расстройства, симптомы нейроциркуляторной дистонии, клиника транзиторного предменструального синдрома; при ГП, ассоциированной с опухолью гипофиза, – нарушения репродуктивной функции, галакторея, отмечаются более высокие уровни пролактина и более выраженная симптоматика.

Клинические формы ГП: – галакторея, олиго- и аменорея и опухоль гипофиза;



Рис. 2. Диагностика гиперпролактинемии

– функциональная ГП (с/без галактореи и с/без нарушений менструального цикла);

– послеродовая галакторея-аменорея (синдром Киари-Фроммеля);

– галакторея, аменорея, гипотиреоз.

К признакам гиперпролактинемического гипогонадизма относятся аменорея (с галактореей; гипоэстрогенией и гиперплазией МЖ; стрессиндуцированная; с гипоплазией матки и нормальным развитием МЖ); аменорея с незначительным расширением турецкого седла; удлиненный менструальный цикл при гипоплазии матки и нормальном развитии МЖ; галакторея после приема прогестинов.

Если у девочки наблюдается гипоплазия матки при нормальном или чрезмерном развитии МЖ, это свидетельствует о гиперпролактинемическом гипогонадизме; гипоплазия матки и МЖ развивается при гипогонадотропном гипогонадизме, не связанном с ГП.

По данным S.C. Yen, R.B. Jaffe (2007), ГП является причиной нарушений

менструальной и репродуктивной функций в 25-30% случаев.

При ГП могут наблюдаться центральная ановуляция, нарушение фолликулогенеза и аномальный фолликулогенез при нормальном овуляторном цикле. Доказана роль ГП в генезе различных форм бесплодия.

Алгоритм диагностики ГП включает определение уровня пролактина, исключение симптоматических форм ГП, уточнение состояния турецкого седла, осмотр глазного дна, определение гормонального профиля, диагностические пробы, исследование функции щитовидной железы, ультразвуковое исследование МЖ. Для установления диагноза ГП необходимо трехкратное определение уровня гормона.

Алгоритм диагностики ГП представлен на рисунке 3.

В лечении ГП применяются производные алкалоида спорыньи (бромкриптин), производные эрголина (каберголин), неэрголиновые препараты (хинаголид), фитопрепараты на основе *Agnus castus*.

По данным российских ученых И.А. Проскуриной, Т.И. Романцовой (2001), применение традиционных агонистов дофаминовых рецепторов (бромкриптина) сопровождается высокой частотой развития побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта (тошноты, рвоты, сухости во рту, запоров, рефлюкс-эзофагита), ортостатической гипотонии и обмороков (в 25% случаев), нарушений функций нервной системы (головная боль, бессонница). Побочные эффекты развиваются приблизительно у 23% пациентов.

Вопрос безопасности терапии сегодня является первостепенным при проведении лечения, поэтому более предпочтительно использование современных препаратов с хорошим профилем безопасности, в частности препарата каберголин (Достинекс). Каберголин является высокоселективным ингибитором секреции пролактина, оказывающим пролонгированное действие. При умеренной ГП его применяют в минимальных дозах; при высоком уровне пролактина каберголин назначают в высоких дозировках, а после достижения результата постепенно снижают дозу препарата.

При сравнении бромкриптина и каберголина (Достинекса) были продемонстрированы преимущества последнего в отношении безопасности (European Multicentre Study Group for Cabergoline in Lactation Inhibition, 1991), влияния побочных эффектов на режим приема (Scanlon et al.), продолжительности действия (Ferrari, 1986), активности (Strolin-Benedetti, 1990), селективности (Pontiroli, 1987), нормализации уровня пролактина (Scanlon et al.), частоты возобновления овуляций (Scanlon et al.), влияния на размеры пролактином (Ciccarelli et al., 1989; Ferrari, 1986; Muratori et al., 1991).

С помощью каберголина можно проводить консервативное лечение опухолей гипофиза.

Режим назначения Достинекса:

- 1 этап – подбор оптимальной дозы (начальная доза – 1/2 таблетки (0,25 мг) 2 р/нед; титрование дозы – повышение недельной дозы на 1 таблетку с интервалом 4 недели);

- 2 этап – поддержание терапевтической дозы (в среднем 1 мг в неделю – от 1/2 до 4 таблеток в неделю).

Терапию каберголином можно сочетать с применением фитопрепаратов на основе *Agnus castus*.

Хочется подчеркнуть, что в лечении ГП нет мелочей: очень важна как рациональная медикаментозная терапия, так и достижение психологического комфорта с помощью прогулок на природе, отдыха на море, SPA-процедур и др.

Хирургическое вмешательство проводят при аполексии гипофиза, супра- и интраселлярных макроаденомах, вызывающих сдавление соседних органов, микроаденомах (для раннего восстановления импульсной секреции).

ГП у людей молодого возраста требует обязательной коррекции, поскольку оказывает негативное влияние на репродуктивное здоровье и качество жизни:

1. Длительно существующая ГП приводит к снижению минеральной плотности костной ткани и нарушению формирования пика костной массы.

2. Выявлена прямая коррелятивная связь между длительностью аменореи и снижением минеральной плотности костной ткани (Klibanski et al., 2004).

3. После нормализации менструального цикла потеря костной массы не компенсируется (A. Biller et al., 2006).

Тактика при ГП зависит от наличия/отсутствия пролактиномы, ее размеров и репродуктивных планов пациентки (J. Bieber, 2006):

1. Пролактинома не выявлена.

- 1.1. Пациентка не планирует беременность: назначение агонистов дофаминовых рецепторов и наблюдение; возможно использование комбинированных оральных контрацептивов (КОК).

- 1.2. Пациентка планирует беременность: применение бромкриптина до наступления беременности.

2. Пролактинома выявлена.

- 2.1. Пациентка не планирует беременность: назначение агонистов дофаминовых рецепторов и наблюдение; возможно применение КОК и чистых прогестинов, проведение хирургического вмешательства при больших размерах опухоли.

- 2.2. Пациентка планирует беременность: агонисты дофаминовых рецепторов до наступления беременности с постепенным снижением дозы.

Следует подчеркнуть, что наличие опухоли гипофиза и ГП не является противопоказанием к беременности.

Выделяют следующие ключевые моменты ведения пациенток с ГП (King et al., 2006).

- ▼ Диагноз патологической ГП устанавливается только после исключения физиологических и медикаментозных причин.

- ▼ В лечении микро- (менее 10 мм) и макропролактиномы (10 мм и более), а также идиопатической ГП эффективны агонисты дофаминовых рецепторов.

- ▼ Наиболее эффективным и селективным дофаминергическим действием обладают агонисты дофаминовых рецепторов III поколения – Достинекс (каберголин).

- ▼ Согласно современным подходам хирургическое лечение пролактиномы является «шагом отчаяния» и применяется в случае отсутствия эффекта после проведения консервативной терапии.

Задача врача-гинеколога – обеспечить своевременное, эффективное и безопасное лечение пациенток с ГП с учетом всех аспектов и особенностей течения этого состояния.

В рамках конференции также состоялись профильные круглые столы под руководством авторитетных специалистов. Все участники мероприятия отметили новаторский формат конференции: в рамках круглых столов были представлены сложные и требующие нестандартного подхода клинические случаи, а любой из присутствующих мог как получить ответы на интересующие вопросы, так и поделиться собственными размышлениями и практическими наблюдениями.

Один из круглых столов – под руководством старшего научного сотрудника отдела эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии» НАМН Украины, кандидата медицинских наук Ольги Алексеевны Ефименко – был посвящен обсуждению проблемы возникшего вследствие гиперпролактинемии ДЗМЖ и использованию при этой патологии препарата Достинекс. Как подчеркнула модератор секции, в настоящее время не установлено, что именно ГП является пусковым фактором ДЗМЖ, но существуют данные, которые доказывают, что длительно существующая ГП как симптом может привести к развитию дисгормональных заболеваний и требует коррекции.

Применение препарата Достинекс является патогенетически обоснованным при симптоматической ГП и наличии опухолей гипофиза, однако существуют другие патологии, сопровождающиеся ГП и требующие назначения данного лекарственного средства.

Ольгой Алексеевной Ефименко и Светланой Анатольевной Ласачко (Донецкий региональный центр охраны материнства и детства) были представлены 3 интереснейших клинических случая.

Продолжение на стр. 64.



Рис. 3. Алгоритм диагностики ГП (J.A. King et al., 2006)

Лечить нельзя ждать. Как правильно расставить запятыя в случае гиперпролактинемии?

По итогам научно-практической конференции, 15 мая, г. Алушта

Продолжение. Начало на стр. 62.

Пациенткам с различными диагнозами — лейомиомой матки после проведения эмболизации маточных артерий и постэкстракционным синдромом; ГП, состоянием после 2 оперативных вмешательств по поводу рецидивирующей аденомы гипофиза; кистозной дисплазией МЖ — был назначен препарат Достинекс, что позволило частично нормализовать уровень пролактина и значительно улучшить состояние пациенток.

В рамках другого круглого стола были представлены новые данные, касающиеся беременности на фоне применения каберголина и ведения пациенток с ГП, а также результаты сравнения эффективности и безопасности хинаголида и каберголина.

Каберголин и беременность: новые научные данные в помощь практическому врачу

Беременность — состояние полного физиологического и психологического оптимума женщины в норме, однако ее ведение при наличии фоновой патологии представляет собой сложную задачу. В этом случае перед специалистами возникает ряд непростых вопросов: продолжать или отменить терапию каберголином? И если продолжать, то в каких дозах необходимо принимать препарат? Какова безопасность каберголина в отношении здоровья будущей мамы?

Ранее в исследованиях на животных было показано, что каберголин проникает через плаценту, но не обнаруживает тератогенного влияния, тем не менее вопрос, оказывает ли препарат непосредственное и отдаленное негативное воздействие на плод, до недавнего времени не имел четкого и обоснованного ответа. Долгое время многие из этих вопросов врачам приходилось решать на свой страх и риск, руководствуясь только знаниями и опытом, однако сегодня доказательная медицина располагает новыми данными в отношении применения каберголина при беременности.

Наиболее крупное исследование по оценке репродуктивной безопасности каберголина включало данные, полученные в 37 клиниках 6 стран Европы и 2 стран Америки. Robert и соавт. (2006) были обследованы беременные, получавшие каберголин по поводу ГП с 1987 по 1994 год. Было выявлено, что из 226 беременностей у 205 женщин 24 закончились самопроизвольным абортom, 3 — искусственным абортom в связи с тяжелыми пороками развития плода. Пороки развития (мегауретер и скафоцефалия) были выявлены у 2 новорожденных.

По данным ученых (Turcalj, Braun, Krupp, 1982; Krupp, Monka, 1987), частота спонтанных абортов при применении каберголина (11,6%) сопоставима с таковой в общей популяции в развитых странах и не превышает соответствующий показатель при приеме бромкриптина.

В более поздних работах данные о каком-либо тератогенном влиянии каберголина отсутствуют. В работе Саппаво и соавт. (1999) описаны 6 беременностей, наступившие на фоне терапии каберголином у женщин с пролактиномами, которые завершились рождением здоровых детей.

Данные анализа 61 беременности у 50 женщин, принимающих каберголин, проведенного E. Ricci (2002), свидетельствуют, что в 19,7% случаев зарегистрировано прерывание беременности на ранних сроках, у 80,3% пациенток беременность завершилась рождением ребенка; частота врожденных пороков развития соответствовала таковой в общей популяции.

Полученные на сегодня данные свидетельствуют о том, что каберголин не оказывает неблагоприятного влияния на исход беременности и плод.

Поскольку в настоящее время количество исследований ограничено и не позволяет полностью исключить влияние препарата на исход беременности, необходимо дальнейшее изучение проблемы и проведение исследований соответствующей тематики.

Гиперпролактинемия у мужчин

Сложно найти позитивную точку сопоставления «женского» гормона пролактина и мужской половой системы, в связи с чем ведение таких пациентов представляет собой непростую задачу для нейроэндокринологов. Свой взгляд на эту актуальную проблему представил **руководитель группы восстановительного лечения эндокринных заболеваний Украинского НИИ медицинской реабилитации и курортологии МЗ Украины, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии Одесского государственного медицинского университета М.Л. Кирилюк.**

— В 80-х годах XX ст. было показано, что пролактин ускоряет созревание добавочных половых желез, ассоциированное с увеличением в них числа ядерных рецепторов андрогенов, однако у мужчин репродуктивного возраста избыточное количество гормона негативно влияет на свойства сперматозоидов, снижает уровень лютеинизирующего гормона и тестостерона в крови и количество рецепторов рилизинг-фактора лютеинизирующего гормона в гипоталамусе.

Наиболее опасной является ГП опухолевого генеза: у женщин при повышении уровня пролактина развивается нарушение менструального цикла, а у мужчин относительно медленно развивающийся андрогенный дефицит приводит к развитию эректильной дисфункции (ЭД). Как правило, пациент связывает развитие заболевания с психоэмоциональным стрессом, напряженностью ритма современной жизни, сопутствующими заболеваниями и др. и не сразу обращается к специалисту.

Вторичный гипогонадизм, как правило, диагностируется при возникновении нарушений зрения, головной боли, ликвороразореи, потере сознания, иногда — во время комплексного обследования по причине бесплодия.

У пациентов с ЭД, гипогонадизмом необходимо определять не только уровень тестостерона, лютеинизирующего гормона и ФСГ, но и пролактина; при необходимости проводят МРТ гипоталамо-гипофизарной области. Об этом должны помнить как урологи и сексопатологи, так и врачи общего профиля.

Опыт применения препарата Достинекс у пациентов с функциональной ГП свидетельствует о его высокой эффективности и хорошей переносимости на протяжении длительного (не менее 5-8 лет) приема. Достинекс может быть препаратом выбора для предоперационного лечения пациентов с ГП опухолевого генеза.

Следует отметить, что высокая чувствительность большинства пролактином к агонистам дофамина, в частности к каберголину, предопределяет успех консервативного лечения, особенно у больных с микропролактиномами; в ряде случаев проведение терапии каберголином позволяет избежать оперативного вмешательства при макроаденомах. Согласно полученным на сегодня данным при лечении агонистами дофамина у 80-90% больных уровень пролактина снижается, у 50-80% отмечается уменьшение объема опухоли. Учитывая низкую эффективность хирургического лечения (длительный эффект наблюдается только у 25% пациентов с макропролактиномами) и высокую частоту послеоперационных рецидивов, применение консервативной и лучевой терапии во многих случаях является хорошей альтернативой.

Бромкриптин vs хинаголид vs каберголин: слово доказательной медицине

Хинаголид в 3,5 раза больше стимулирует D₂-рецепторы по сравнению с бромкриптином, имеет минимальное сродство к серотониновым и адренергическим рецепторам, эффективно снижает уровень пролактина. При применении хинаголида уменьшается размер пролактином, препарат лучше переносится по сравнению с бромкриптином.

В настоящее время проводятся исследования, цель которых — определить, применение какого из препаратов — хинаголида или каберголина — является предпочтительным с позиций эффективности и безопасности.

В открытом перекрестном исследовании (Giusti, Poroella, Carrago et al., 1994) было проведено сравнение эффективности каберголина (0,5 мг 2 р/нед) и хинаголида (75 мкг 1 р/сут) в лечении ГП. Клиническая эффективность препаратов была сопоставима в обеих группах и составила 75%, биохимическая — 92% в группе каберголина и 75% в группе хинаголида. Побочные эффекты при приеме хинаголида наблюдались достоверно чаще (p<0,01).

По данным Delgrange, Donckier, Colaо и соавт., каберголин эффективен у пациенток, которые не ответили на ранее проведенную терапию хинаголидом.

На фоне лечения каберголином в дозе 0,5-3 мг/нед в течение 12-24 мес 27 больных с пролактиномами (в 8 случаях диагностировались микропролактиномы, в 19 — макропролактиномы), которые не ответили на ранее проведенную терапию бромкриптином и/или хинаголидом, уровень пролактина нормализовался у 22 больных, статистически значимое уменьшение размеров опухоли наблюдалось у 13 пациенток, клиническое улучшение — у 25. Эффект наблюдался уже спустя месяц после начала терапии.

Следует отметить, что хинаголид не разрешен FDA для лечения пролактином.

В настоящее время множество вопросов, касающихся ведения пациентов с ГП, требует дальнейшего изучения. Однако мнения авторитетных специалистов, данные мировых исследований и собственные практические наблюдения убеждают: ГП — состояние, которое в большинстве случаев требует медикаментозной коррекции.

Гиперпролактинемия: лечить, нельзя ждать. Простой секрет репродуктивного здоровья.

Список литературы находится в редакции.

Подготовила **Ольга Радучиц**

3у

ДОСТИНЕКС (каберголин) таблетки по 0,5 мг; 8 таблеток во флаконе

Краткая инструкция для медицинского применения препарата

Показания к применению

Предотвращение или угнетение лактации, гиперпролактинемия.

Способ применения и дозы

Следует принимать внутрь, желательно во время еды.

Для предотвращения послеродовой лактации применяют по 1 мг однократно в первый день после родов; для прерывания установившейся лактации — 0,25 мг каждые 12 часов на протяжении двух дней; для лечения гиперпролактинемии принимают 1-2 раза в неделю от 0,25 мг до 4,5 мг в неделю.

Повышение недельной дозы должно проводиться постепенно на 0,5 мг с интервалом в месяц. Нормализация уровня пролактина, как правило, наблюдается на протяжении 2-4 недель лечения.

Противопоказания

Гиперчувствительность к препарату, легочные, перикардиальные, ретроперикардиальные фиброзные заболевания; эхокардиографическое подтверждение кардиальных вальвулопатий.

Побочные эффекты

Снижение артериального давления, головокружение, тошнота, головная боль, сонливость, боль в животе, ощущение сердцебиения, носовое кровотечение.

Особые указания

Следует назначать с осторожностью пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, синдромом Рейно, почечной недостаточностью, язвенной болезнью, пациентам с выраженными психическими заболеваниями в анамнезе. В случае приема

Достинекса в течение длительного времени необходимо регулярное гинекологическое обследование. Препарат не следует принимать в период беременности и лактации. Необходимо избегать управления автомобилем, работы с механизмами, а также при выполнении работ, которые требуют повышенного внимания.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Сопутствующая терапия другими алкалоидами рожков, антагонистами дофамина, макролидными антибиотиками не рекомендуется.

Фармакологические свойства

Достинекс — допаминергическое производное эрголина, которое имеет выраженный и длительный пролактинснижающий эффект.

Условия отпуска

По рецепту.

Перед использованием препарата необходимо ознакомиться с инструкцией по применению.

Информация для врачей и фармацевтов.

Регистрационное свидетельство № UA/5194/01/01 от 25.02.2009

За дополнительной информацией обращайтесь в представительство «Файзер Эйч. Си. Пи. Корпорейшн» в Украине, 02098, г. Киев, ул. Березняковская, 29. Тел. (044) 291-60-50.

UA-DOS-10-006