

компресија на оптичката хијазма и хипоталамус со проминирање во свеноидалниот синус и инвазија на кавернозните синуси. Офталмолошки преглед: периметрија со почетни фокални испади. Преглед на очно дно: PNO, ML и крвни садови уредни. Направена консултација со невролог и започнат медикаментозен третман со каберголин 2 мг неделно. По 12 месеци од терапија MP на хипофиза со наод за макроаденом 16x9мм, 22 ng/ml, тестостерон-3,1 nmol/l. Кај пациентот се продолжи со досегашниот медикаментозен третман и се започна со терапија со тестостерон. **Дискусија:** Терапијата со допамин агонисти како прва линија на третман кај гигантските пролактиноми доведува подобрување на видот, нормализирање на нивото на пролактин и значителна редукција на големината на туморската маса, во нашиот случај 74%. Кај некои од пациентите има потреба и од тестостерон заместителна терапија поради оштетување на гонадотропните клетки од долготрајниот мас ефект на туморот. **Заклучок:** Кај повеќето од пациентите потребен е континуиран третман со допамин агонисти со цел да одржи супресија на пролактинот и да се спречи рецидив на туморот. Резистентните пролактиноми може да се третираат со хирургија, радиотерапија, темозоломид.

GIANT PROLACTINOMA-CASE REPORT

I. Mladenovska Stojkoska, A. Muca, B. Todorovska, I. Ahmeti

University Clinic of endocrinology, diabetes and metabolic disorders, Skopje, Macedonia

Introduction: Giant prolactinomas are rare tumors of pituitary gland with incidence in all prolactinomas of 1-5 %, with dimensions greater than 4 cm and hyperprolactinemia (1000 ng/ml). They present with symptoms of hyperprolactinemia and neuro-ophthalmological symptoms as a result of the compressive and invasive effect of the tumor. Case report: A 44-year-old male patient presented in our hospital to report decreased libido and erection for the last 12 months. Since 6 months ago, the patient has had intense headaches, decreased and double vision. From hormonal analyzes: PRL-1050 ng/ml, TSH-3,63 mU/l, fT4-11,0 pmol/l, cortisol-357 nmol/l, ACTH-20 pg/ml, FSH-2,12 mU/ml, LH-1,78 mU/ml, testosterone- 3,63 nmol/l. MRI of the pituitary gland: parasellar and suprasellar mass with dimensions of 65x56mm, compression of the optic chiasma and hypothalamus with protrusion into the sphenoid sinus and invasion of the bilateral cavernous sinuses. Ophthalmological examination: perimetry with initial focal outbursts. **Fundus examination:** PNO, ML and blood vessels -normal finding. We made a consultation with a neurologist and cabergoline 2 mg per week was started. After 12 months of therapy we made MRI of the pituitary gland and we found macroadenoma 16x9mm, prolactin 22 ng/ml, testosterone-3.1 We continue with the medical treatment and testosterone therapy was started. Discussion: Dopamine agonist therapy as the first line of treatment in giant prolactinomas leads to improvement of vision, normalization of prolactin levels and a significant reduction in the size of the tumor mass, in our case 74%. Some of the patients also need testosterone replacement therapy due to damage to the gonadotropic cells from the long-term mass effect of the tumor.

Conclusion: In almost all patients is required continuous dopamin agonist treatment to maintain prolactin suppression and prevent recidiv. Resistant prolactinomas can be treated with surgery, radiotherapy, temozolomide.

4. ГЕСТАЦИСКИ ДИЈАБЕТ КАКО ПРИЧИНА ЗА КОМПЛИКАЦИИ ВО БРЕМЕНОСТА-ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ

М.Бајдевска-Спирковска¹, С.Докузова², И.Исуфи¹

Општа болница Куманово¹, Клиничка болница Штип²

Вовед: Гестацискиот дијабет се дефинира како нарушување на толеранцијата на глукоза кое се јавува за прв пат во бременоста. Афектира 9-25% од бременостите глобално, и претставува еден од најголемите предизвици во обезбедување на најсоодветно мајчино и неонатално здравје. Бројни се здравствените ризици кои ги носи гестацискиот дијабет, како во следните бремености на мајката, така и во понатамошниот живот на мајката и плодот. **Цел:** Сакам да обрнам внимание на важноста од редовно следење на пациентките со гестациски дијабет, преку приказ на случај на лош исход на бременост со гестациски дијабет. **Приказ на случај:** Пациентка, 31годишна, трета бременост, планирана и редовно контролирана, дијагностициран гестациски дијабет во 28 г.н. Поставена на хигиено-диететски режим, договорени редовни неделни контроли со домашни профили, воедно направен гликозилиран хемоглобин кој е 5,2%, со што е исклучен дијабет тип 2. Пациентката редовно доаѓаше на контроли и носеше уредни гликемиски профили. Во анамнезата на пациентката има две претходни уредни бремености (2009 и 2012 год), со спонтани породувања, и плодови со надпросечна родилна тежина 4500 и 5500 гр, но тогаш нема правено скрининг за гестациски дијабет, што