

АКРОМЕГАЛИЯ КАСАЛЛИГИ КЕЛИБ ЧИКИШИ, КЛИНИКАСИ ХАМДА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ.

Содиқов Самат Салоҳиддинович

Сам.Д.Т.У эндокринология кафедраси ассистенти

Нарзуллаев Жалолиддин Ураз угли

Мухторов Жавохир Маннон угли

Хатамов Азизбек Алишер угли

Тоиров Жавохир Ойбек угли

Сағдиев Мансур Юнус угли

Салоҳиддинов Муродулла Фуркат угли

Сам.Д.Т.У педиатрия факултети 405-гуруҳ талабалари.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14061489>

Аннотация. Акромегалия касаллиги қандай ҳолатда келиб чиқади. Бу касаллик билан хасталанганда қанақа клиник белгилар кузатилиши. Касаллик клиникасида юзага чиқадиган субъектив ва объектив белгилари. Акромегалияни даволашдаги нурлантириш усули, криогипофизэктомия ва медикаментоз терапиянинг афзалликлари.

Калит сузлар: Акромегалия касаллиги, субъектив ва объектив белгилар, нурлантириш усули, криогипофизэктомия ва медикаментоз терапия.

ORIGIN OF ACROMEGALIA DISEASE, METHODS OF TREATMENT IN THE CLINIC.

Abstract. How does acromegaly occur? Clinical signs can be observed when suffering from this disease. Subjective and objective symptoms that occur in the clinic. Benefits of radiation therapy, cryohypophysectomy, and drug therapy in the treatment of acromegaly.

Key words: Acromegaly disease, subjective and objective signs, irradiation method, cryohypophysectomy and drug therapy.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ БОЛЕЗНИ АКРОМЕГАЛИЯ, МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В КЛИНИКЕ.

Аннотация. Как возникает акромегалия? Клинические признаки могут наблюдаться при этом заболевании. Субъективные и объективные симптомы, возникающие в клинике. Преимущества лучевой терапии, криогипофизэктомии и медикаментозной терапии при лечении акромегалии.

Ключевые слова. Акромегалия, субъективные и объективные симптомы, метод облучения, криогипофизэктомия и медикаментозная терапия.

Акромегалия грекча сўз бўлиб акрон- учи, megos-катта деган маънони англатади.

Акромегалия-гипофиз олдинги бўлагидан ажраладиган ўсиш гормони – соматотропин гиперсекрецияси натижасида ички органлар, юмшоқ тўқималар, скелетнинг, диспропорционал ўсиши билан характерланадиган касаллик ҳисобланади. Ҳозиргача этиологияси аниқ эмас. Касалликнинг клиник кечиши 90 % ҳолларда гипофиз аденомаси билан, асосан эозинофилли аденома, яхши сифатли ва соматотропин секреция қилувчи аденомага боғлиқ ҳолда келиб чиқади.

Адабиётларда асосан акромегалияга олиб келувчи сабаблардан инфекцион касалликлар, бош мия жароҳати каби ҳолатлар сабаб булганликлари кўрсатилиб келинмоқда.

Хозирги вақтларда соматолибериннинг эктопиялашган секрецияси кўпроқ ошқозон ости беи аденомасига боғлиқ бўлган акромегалия ҳоллари тез-тез қайд қилинмоқда.

Беморларнинг шикоятлари асосан ташқи қиёфасининг ўзгариб бораётганлигига, бош оғриғи, умумий қувватсизлик, жинсий органлар фаолиятининг ўзгариб боришига бўлади.

Баъзан беморларда бош оғриғи жуда кучли бўлиб, пешона-чакка, кўз ва бурун қаншари соҳаларида яккол кузатилади. Бу оғриқ гипофиз ўсмасининг турк эгари диафрагмасининг қисилиши билан боғлиқ бўлади. Баъзи ҳолларда беморларнинг асосий шикояти фақат ташқи қиёфасининг ўзгариб бораётганлигига бўлади (кулок, бурун, қўл оёқ панжаларининг катталашishi). Камдан кам ҳолларда эса сийдик тош, жинсий фаолиятнинг бузилиши ва қандли диабет касалликлари аломатлари пайдо бўлиши акромегалия касаллигининг ерта белгилари кўринишида намоён бўлади ва беморларни врачга мурожаат қилишга мажбур қилади.

Объектив текширилганда беморлардаг юз суяқларининг, қўл-оёқ бармоқ панжаларининг нисбатан катталашганлиги, тери ва сочларидаги ўзгаришлар еътиборни жалб қилади. Ёноқ ва қовоқ устки суяқларининг катталашishi беморлар учун хос бўлган юз қиёфани беради. Юзнинг юмшоқ тўқималари гипертрофияси, кулок супраси ва бурун ўлчамларининг катталашishi сабаб бўлади. Одатда тери анча қалинлашиб қолади, ҳамда чуқур бурмалар ҳосил бўлади. Кўп ҳолларда тери одатдагидан ёғлилиги ошган бўлади. Тил ва тишлар ора бўшлиқ ҳам катталашганини куришимиз мумкин. Оёқ панжалари одатда энига кўпроқ катталашган бўлади ва беморларнинг оёқ қийимлари кичик бўлиб қолади. Касалликда ички органлар гипертрофияси (спланхномегалия) доимий клиник аломатлардан ҳисобланади. Ўпка, ошқозон ва жигар ҳажми ва массаси бўйича 2-4 мартага ошиб кетади. Юрак ўлчамлари ҳам катталашади, массаси баъзан 1-1,2 кг. гача етади. Айрим шифокорларнинг фикрича беморларнинг айримларида артериал гипертензия иккиламчи гиперальдостеронизм ҳисобига ривожланади ва натижада юрак етишмовчилиги келиб чиқади.

Акромегалияда қалқонсимон без катталашishi 25-35 % ҳолларда қайд қилинади.

Асосан бундай беморларда қалқонсимон без функцияси ошгиши кузатилади (тез асабийлашиш, кўп терлаш, юрак тез уриши). Лекин қон таркибидаги тиреоид гормонлар миқдори ўзгармаган бўлади. Узоқ муддатда давом этган СТГ гиперсекрецияси натижасида углевод алмашинувининг бузилишига, яъни глюкозага толерантликнинг ўзгаришига ёки енгил, ўртача оғирликдаги қандли диабетнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Даволашда Гипофизда СТГ секрециясини камайтириш мақсадида гипофизар соҳани радиоактив итриг, нурлаш, олтин ёки иридий билан имплантация қилиш, гипофизни криоген бузиш, медикаментоз терапия фойда бермаган ҳолатларда хирургик йул билан гипофизни олиб ташлаш усуллари қўлланилади. Гипофизни нурлантириш усули билан биргаликда қонсерватив даволашда жуда кенг фойдаланиб келинмоқда. Бу мақсадда ҳозир телегамматерапия ва рентгенотерапия усулларида фойдаланиш яхши натижа беради.

Гипофизни нурлантиришда умумий курс дозаси 5000 рад. дан ошмаслиги керак.

Нурлантириш вақтида баъзан мия шиш белгилари пайдо бўлиши кузатилади. Бундай ҳолларда нурлантиришда марталиқ дозасини камайитириш ва дегидратацион терапия ўтказиш етарли ҳисобланади. Нурлантириш одатда калланинг 4 та қисмидан ўтказиш буюрилади.

Радиоактив итрид, иридий ёки олтин билан имплантация қилиш асосан транснозал, трансэтноидал ёки трансфронтал усулда ўтказилади. Лекин бу усул билан даволашда қатор асоратлар (гипофизар абцесси, менингит, кўриш нервнинг зарарланиши) келиб чиқиш ҳавфи юқори бўлганлиги сабабли деярли қўлланилмайди.

Криогипофизэктомия – гипофизга 180° Сда суюқ азот ўтказиш билан гипофиз тўқималарининг тўлиқ бузилишига олиб келинади.

Медикаментоз терапия. Касалликнинг торпид кечишида ёки дастлабки босқичларида периферияда СТГ таъсирига нисбатан антогонист (эстрогенлар) ёки СТГ секрециясини сусайтирувчи препаратлар (прогестерон, хлорпропамид) қўлланилади.

Гипофиз аденомасида СТГ ажралишини сусайитириш учун дофаминомиметиклар (L дофа) ва бромкрептин (парлодел) каби препаратлар жуда яхши натижа беради.

Бромкрептин 2,5-25 мг. дан суткасига тавсия қилинади. Узоқ муддатга таъсир килувчи соматостатин аналоглари (октреотид, сандостатин) даволаш жараёнида анча яхши эффект беради. Ҳозирги вақтда акромегалияни умумий даволаш усули ишлаб чиқилмаган.

Шу сабабли акромегалияни даволашда бир нечта даволаш усуллари кетма-кет ва алмаштириб қўллаш билан ҳам яхши натижаларга эришишимиз мумкин.

REFERENCES

1. B.Shagazotova. -Endokrinologiya.Toshkent-2021y
2. Нарбаев А. Н. Эндокринология Самарканд – 2018 йил
3. Баранов В. Г., Болезни эндокринной системы и обмена веществ, 2 изд., М., 1957
4. Руководство по клинической эндокринологии, под ред. Е. А. Васюковой, М., 1958
5. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев, Эндокринология учебник «ГООЭТАР-Медиа». 2012
6. Акромегалия / Большая советская энциклопедия: в 66 т . (65 т,и 1 доп) / гл. ред. О.Ю.Шмидт.-М.: Сщветская энциклопедия
7. Акромегалия/ Сайт медицинского справочника “Здоровая тема”
8. Межрегиональная Благотворительная Общественная Организация пациентов с патологией гипофиза “Великан”
9. Нарбаев А.Н. Тогаева Г.С. «The Use of daily continuous glucose monitoring in clinical practice». //The American Journal of medical sciences and pharmaceutical research. // Volume 2. Issue 9. 2020.Стр 82-85
10. Хамраев Х.Т., Тогаева Г.С., «Клинико-Биохимические показатели больных сахарным диабетом 2 типа, прошедших обучение в школе самоконтроля». //Проблемы биологии и медицины. №1.72 Самарканд. Стр 75-77. 2013