

AKROMEGALIYA KASALLIGI

Xasanova Barfena Akmal qizi

Samarqand Davlat Tibbiyot universiteti

Tibbiy Profilaktika fakulteti

4-kurs talabasi

Umbarova Sabina To'liqin qizi

Samarqand Davlat Tibbiyot universiteti

Tibbiy Profilaktika fakulteti

4-kurs talabasi

Bekmirzayeva Zarnigor Isomiddin qizi

Samarqand Davlat Tibbiyot universiteti

Tibbiy Profilaktika fakulteti

4-kurs talabasi

Annotatsiya: *Ushbu maqolada akromegaliya kasalligini kelib chiqishi rivojlanishi qaysi yoshda ko'proq uchraydi va qaysi jins vakillarida ko'proq uchrashi taxlil qilingan.*

Kalit so'zlar: *Akromegaliya, neyroendokrin, giperproduksiya, gigantizm, sindrom.*

Akromegaliya yunoncha akros – oyoq-qo'l va megos – katta – miya ortigi (gipofiz) o'sish gormonini ortiqcha ishlab chiqarish natijasida kelib chiqadigan endokrin kasallik. Bunda odamlarning lab, burun, pastki va yuqori jag'i hamda oyoq qo'li, shuningdek ichki a'zolari kattalashib ketadi. Akromegaliyada tana skeleta, yumshoq to'qimalari (biriktiruvchi to'qima, muskul, shilliq pardalar) haddan tashqari o'sib ketadi. Ko'pincha 18–35 yoshdagi kishilar (aksari ayollar)da uchraydi. Akromegaliyada ichki sekresiya bezlarining faoliyati ham buziladi. Akromegaliya rentgen nurlari, gormonal preparatlar, shuningdek jarrohlik yo'li bilan davolanadi.

Akromegaliya va gigantizm — neyroendokrin sindrom bo'lib, o'sish gormonining ortiqcha sekresiyasi yoki biologik aktivligining oshishi natijasida kelib chiqadi. Bu 2 ta kasallikni yagona patologik jarayonning yoshga oid turli variantlari deb qarash kerak.

O'sishi yakunlanayotgan bolalar va o'smirlarda o'sish gormoni (O'G) ning surunkali giperproduksiyasi gigantizm bilan namoyon bo'ladi. Bu suyaklarning proporsional, epifizar va periostal o'sishi, yumshoq to'qimalar va organlarning kattalashishi fiziologik chegaralardan ortishi bilan xarakterlanadi.

Kattalarda akromegaliya — skelet suyaklarining disproporsional periostal o'sishi, ichki organlar vaznining ortishi va modda almashinuvining buzilishi bilan kuzatiladi. Akromegaliya mustaqil kasallik sifatida 1886 yilda birinchi marta Pyer Mari tomonidan yozilgan.

Etiologiyasi:

Bir nechta mexanizmlarni ajratish mumkin:

Gipotalamus yoki markaziy-nerv sistemasining (MNS) yuqorida joylashgan bo'limlarini shikastlanishi, samotostatin sekresiyasi yetishmovchiligi yoki samotoliberin ortiqcha sekresiyasi natijasida;

Gipofizda o'sma bo'lganda, gipotalamik nazoratni buzilishi va o'sish gormoni uning komponentlari gipersekresiyasi bo'lganda;

Somatomedin hosil bo'lishini ko'payishi va aktivligi oshganda. Somatomedin suyak-bo'g'im apparatining o'sishiga ta'sir qiladi.

Asosiy sabablaridan biri, o'sish gormoni ishlab chiqaruvchi gipofiz adenomasi hisoblanadi, ya'ni makroadenomalar > 10 mm) 40% hollarda somatotropinomalarda GSP-oqsil mutatsiyasi kuzatiladi, bu oqsil G-oqsil subbirliklarining dimerizatsiyasini ta'minlaydi, buning natijasida somatoliberin (GR-RG) reseptorlarining aktivligi ortadi, shuningdek ular mikroadenoma (10 mm gacha) hisoblanib, somatostatin analoglari va dofaminometiklar bilan davolashga, sezgir hisoblanadi. Akromegaliyada o'sish gormonini sekresiya qiluvchi gipofiz adenomalari 99% hollarda uchraydi. Ayrim xollarda aralash adenomalar (PRG+GR), (TTG+GR) va boshqalar uchraydi. Barcha akromegaliya holatlaridan 1% dan kam xollarda GR-RG ning ektopek giperproduksiyasi kuzatiladi. Ko'p hollarda bular o'pka, ingichka ichak, timus o'smalari hisoblanadi.

Bundan tashqari adabiyotlarda yozilishicha akromegaliyani rivojlanishiga bevosita va bilvosita ta'sir qiluvchi keng spektrdagi patologik va fiziologik xolatlar bor.

- psixoemotsional zo'riqishlar;
- tez-tez xomiladorlik, tug'ruq, abortlar;
- klimakterik va postkastratsion sindromlar;
- kalla suyagini jaroxati, bosh miya chayqalishi bilan;
- gipofizdan tashqari o'smalar
- MNS ga ta'sir qiluvchi spetsifik va nospesifik infeksiyalar.

Akromegaliyada organlardagi o'zgarishlar ularning chin gipertrofiyasi va giperplaziyasi (splanxomegaliya) ko'rinishida bo'ladi, bu mizenximal to'qima o'sishi bilan bog'liq.

Klinikasi:

Ko'pincha 30-50 yoshda rivojlanadi. Ko'p hollarda ayollarda uchraydi. Tovon suyaklari o'sishi, kattalashishi, ko'rinishini o'zgarishini, uglevod almashinuvi buzilishi, xayz siklini buzilishi va boshqa simptomlar ko'rinishida bo'ladi.

Akromegaliyada simptomatika quyidagicha bo'ladi:

Miya ichi gipertenziviyasi sindromi:

Miya ichi bosimi oshishi yoki turk egari diafragmasini o'suvchi o'sma bilan kompressiyasi oqibatida akromegaliyada bosh og'riqlarni yuzaga kelishi. Bu og'riqlar kuchli xarakterga ega.

Organ va to'qimalariga o'sish gormoni (O'G) ni ortiqcha sekresiyasi ta'siri bilan bog'liq bo'lgan sindromlar. Bunda bo'yiga o'sishning ortishi (gigantizm) va tana, tovon, burun, pastki jag', kaft barmoqlarini o'lchamlarini ortishi (yuz, qovoq usti ravoqlarini kattalashishi, yonoq suyaklari va pastki jag'ni kattalashishi bilan bog'liq bo'lgan yuz tuzilishini

qo'pollashishiga, yuz yumshoq to'qimalarini gipertrofiyasi; burun; lab; quloq, prikus o'zgarishi (prognatizm), tishlararo oraliqni kattalashishi (diastema) tilni kattalashishi (makroglosiya) kuzatiladi. Organlar gipertrofiyasi o'pka va yurak yetishmovchiligiga olib keladi.

Reproduktiv o'zgarishlar bilan bog'liq bo'lgan sindromlar. Ular prolaktinni giperproduksiyasi bilan ham bog'liq bo'lib, xayzni buzilishi, amenoreyagacha, ayollarda galaktoreya, erkaklarda impotensiya ko'rinishida bo'ladi.

Endokrin buzilishlar sindromi. Ular O'G ni turli xil modda almashinuviga ta'siri, ichki sekresiya bezlari faoliyatining buzilishi, glyukozaga tolerantlikni buzilishi, aniq qandli diabet; Ca⁺⁺, R⁺ almashinuvi buzilishi (qonda noorganik R⁺ oshishi, Ca⁺ ni siydik bilan ajralishi), yog' almashinuvini buzilishi, xolesterinni ortishi, erkin yog' kislotalari (EYOK) ni ortishi, qalqonsimon bezni kattalashishi kuzatiladi.

O'smani o'sishi bilan gipotalamo-gipofizar sistemani yetishmovchiligi rivojlanadi (ikkilamchi gipotireoz, gipokortitsizm, gipogonadizm).

Bosh miya nervlari funksiyasi buzilishi sindromi:

Xiazmal sindrom (bitemporal gemianopsiya, ko'ruv maydoni qisqarishi)

ko'rish nervini shishi va atrofiyasi gipotalamus kompressiyasi va likvorodinamikani buzilishi, bu esa uyquchanlik, poliuriya, xaroratni ko'tarilishi, epileptiksimon sindrom, ptoz, ikkilanish, eshitishni pasayishiga olib keladi.

Quyidagi bosqichlar farqlanadi:

- preakromegalik (kasallikni erta belgilari, qiyin diag-nostika qilinadigan);
- gipertrofik (to'qima va vorsinkalar gipertrofiyasi va giperplaziyasi);
- o'smasimon (bosh miya ichi bosimi ortishi bilan xarakterlanadi, ko'z va nevrologik simptomlar paydo bo'ladi);

- kaxeiksik (pangipopitiutarizm ko'rinishlari paydo bo'ladi).

Aktivlik darajasiga qarab:

- Aktiv faza (suyaklar o'sishini ortib borishi, ko'z tubidagi o'zgarishlarni yomonlashishi, ko'ruv maydoni qisqarishi, uglevod almashinuvi buzilishi, STG ortishi, somatostatin kamayishi, erkin yog' kislotalari ortishi; siydikda Ca⁺ ni ajralishini ortishi, giper- va gipoglikemiyaga paradoksal sezuvchanlik, parlodel va L-dofa preparatlariga sezuvchanlik);

- Remissiya fazasi.

Shakllari:

Gipofizar (avtonom o'sma bilan xarakterlanadi, STG sekresiyasini rezistentligi giper va gipoglikemiya o'zgarishlariga va MNS ga ta'sir qiluvchi preparatlar (parlodel, tiroliberin) ta'siri va STG ni oshganligini, uyquni boshlang'ich fazasi yo'qolishi va STG ni oshganligi kuzatiladi.

Gipotalamik (somatotrop funksiyani markaziy regulyatsiya-sini saqlanganligi xarakterli, glyukozaga STG ni sezuvchanligi saqlangan, paradoksal reaksiya, ya'ni tiroliberin va parlodelga sezuvchanlik, STG ni ritmik sekresiyasi saqlangan).

Kechishi:

Yaxshi sifatli (>45 yoshli bemorlarda kuzatiladi, kasallik sekin rivojlanib, turk egari o'lchamlari katta bo'lmaganda va klinik simptomatika aniq ifodalanmaganda va davolanmaganda 10-30 yil davom etadi);

yomon sifatli (yoshlikda yuzaga keladi, tez avj olib kechish bilan xarakterlanadi, o'smani o'sishi ko'proq ifodalangan, turk egari o'lchamlaridan tashqariga chiqadi va ko'rish buziladi, davolanmasa 3-4 yil davom etadi.

Yaxshi sifatli varianti gipotalamik shaklga, yomon sifatli varianti gipofizar shaklga xarakterli.

Diagnoz

Diagnostika qilinyotgan vaqtda kasallikni bosqichi, aktivlik fazasi shakli va kechish xususiyatlarini hisobga olish kerak.

Diagnoz qo'yishda rentgen tekshiruv, MRT, gormonal tekshiruv va funksional sinamalar (testlar) dan foydalanish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Suyaklarni rentgengrafiyasida osteoporoz belgilari bo'lgan periostal giperostoz ko'rinishlari kuzatiladi. Barmoq va tovon suyaklari qalinlashgan, strukturasi saqlangan. Tirnoqlar yuzasi tekis bo'lmaydi. Tovuq suyaklarida, tirsak suyaklarida "shpora"lar borligi xarakterli.

Bosh miya R-grammasida — chin prognatizm, diastema, ensa do'mbog'i kattalashishi, bosh miya suyagi gumbazi qalinlashganligi, peshona suyagi giperostoz, miya qalin pardasi kalsifikatsiyasi, burunni qo'shimcha bo'shliqlari (peshona, ponasimon) keskin pnevmatozlangan. 70-90% hollarda turk egari kattalashgan.

Oyoq panjasining pastki yuzasida yumshoq to'qimalar qalinligi 22 mm dan oshadi. STG va IFR-1 bilan to'g'ri korrelyatsiyalanadi. (STG normada 0,5-5 ng/ml). O'G ko'plarda keskin oshgan, ayrim hollarda bir oz oshgan yoki normaga yaqin. Bu xollarda funksional sinamalar o'tkaziladi.

Glyukozaga tolerantlik testi — oldin qon zardobidagi asl O'G miqdori aniqlanadi, keyin xar 30 daqiqada, 2,5-3 soat davomida 75 gr glyukoza yuborgandan so'ng qon zardobidagi miqdori aniqlanadi. Normada glyukoza bilan yuklama qilinganda O'G kamayadi. Akromegaliyani aktiv fazasida O'G 2 ng/ml dan kamaymaydi yoki paradoksal oshib ketadi.

Tiroliberin bilan sinama — akromegaliyada v/i 500 mkg tiroliberin yuborilgandan, 60% hollarda 30-60 daqiqa o'tgandan so'ng O'G ni patologik ortishi kuzatiladi (boshlanich xolatidan 50-100% ga va undan ko'p). Normada tiroliberinga javob reaksiya bo'lmaydi.

MRT — tekshiruv — adenomani vizualizatsiya qilishda tanlov usuli xisoblanadi.

Ushbu maqolani ham o'qing: Quturish kasalligi belgilari, davolash va oldini olish

Differensial diagnoz:

Gigantizmni konstitutsional uzunlik bilan, Klaynfelter sindromidan, turli etiologiyali birlamchi gipogonadizmdan differentsiyalanadi.

Gipotireozda terining quruqligi, tanada, yuzdagi shishlar xos. Soch to'kilishiga bemorlarning befarqligi, tilning shishi, qabziyat kamxarakatchanlik xos. Tireoid garmonlar kamayadi.

Davolash

Davolashdan maqsad O'G ni avtonom giperproduksiyasi bartaraf etish, qonda IFR-1 miqdorini normallashtirish, glyukozaga tolerantlik testi o'tkazilganda O'G miqdorini 1 kg/ml dan ko'p oshmasligi (75 g glyukoza). Bu kriteriyalar kasallikni remissiyasini ko'rsatadi. Bu maqsadga gipofiz o'smasini olib tashlash va o'sma massasini reduksiyasi bilan erishiladi.

Akromegaliyani davolashda tanlov usuli bo'lib atrof to'qimalarini minimal travmatizatsiyasi bilan gipofiz ademasini transfenoidal olib tashlash.

Davolashda ko'p tarqalgan usul bo'lib, turli xil nurlanishlar (rentgenterapiya, teleradioterapiya, oraliq gipofizar sohani proton tutam bilan nurlantirish). Kam hollarda oltin (Au198) va itriy (I90) radioaktiv izotoplarini gipofizga implantatsiyasi qo'llaniladi. O'sma xujayralarini parchalash maqsadida (shuningdek kriodestruksiya) suyuq azot bilan kriodestruksiya qo'llaniladi.

Bu usullar orasida protonoterapiya usuli eng perspektiv hisoblanadi. Dozasi 45 Gr dan 150 Gr gacha o'smani xajmiga qarab belgilanadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Marova E.I., Belova Y.Y., Deev A.D., Molitvoslovova N.N. Akromegaliyada uglevod va lipid almashinuvining holati. // Semirib ketish va metabolizm. - 2005. - No 2. - B. 19–25.
2. Rose D., Clemmons D. O'sish gormoni retseptorlari antagonisti akromegaliyada insulin qarshiligini yaxshilaydi // Growth Horm. IGF Res. – 2002. – jild. 12, N 6. – B. 418–424.
3. Kreze A., Kreze-Spirova E., Mikulecky M. Faol akromegaliyada glyukoza intoleransi uchun xavf omillari // Braz. J. Med. Biol. Res. – 2001. – jild. 34, N 11. – S. 1429–1433.
4. V. Schwartz, yog' to'qimasi endokrin organ sifatida, Probl. endokrinol. - 2009. - T. 55, No 1. - B. 38–44.
5. Ametov A.S. Endokrinologiya bo'yicha tanlangan ma'ruzalar. - M.: Tibbiy axborot agentligi, 2009. - 496 b.