

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
7-илова

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

**АКАДЕМИК Ё. Х. ТЎРАҚУЛОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ЭНДОКРИНОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«АКРОМЕГАЛИЯ ВА ГИПОФИЗАР ГИГАНТИЗМ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

“ТАСДИКЛАЙМАН”
Академик Ё.Х.Тўракулов номидаги
РИЭИАТМ директори
Алимов А.В.



2025 йил

**«АКРОМЕГАЛИЯ ВА ГИПОФИЗАР ГИГАНТИЗМ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАР**

Тошкент – 2025

**«АКРОМЕГАЛИЯ ВА ГИПОФИЗАР ГИГАНТИЗМ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ - 2025

Мундарижа

| | |
|---|-----------|
| <u>АКРОМЕГАЛИЯ ВА ГИПОФИЗАР ГИГАНТИЗМНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ</u> | <u>5</u> |
| <u>АКРОМЕГАЛИЯ ВА ГИПОФИЗАР ГИГАНТИЗМНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВИ УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ</u> | <u>36</u> |
| <u>АКРОМЕГАЛИЯ ВА ГИПОФИЗАР ГИГАНТИЗМНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....</u> | <u>41</u> |

1. КИРИШ ҚИСМИ

Ўзбекистон Республикасида эндокрин касалликларнинг мунтазам кўпайиши ва уларнинг “ёшариши” кузатилмоқда. Маълумки, акромегалия ва нейроэндокрин тизимининг бошқа касалликлари сурункали бўлиб, оғир асоратларга олиб келади. Касалликни барвақт аниқлаш, беморларга тўғри ташхис қўйиш ва даволаш, шунингдек, асоратларни олдини олиш эндокрин касалликлар асоратидан келиб чиқадиган ногиронликнинг камайишига ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшиланишига, ушбу касалликдан ўлимнинг камайишига олиб келади [1].

1.1 ХКТ-10 бўйича кодлар:

| | |
|---|-------------------------------------|
| E 22.0 | Акромегалия ва гипофизар гигантизм. |
| https://mkb-10.com/index.php?pid=3112 | |
| 5A60.0 | Акромегалия ва гипофизар гигантизм. |
| МКБ-11 для ведения статистики смертности и заболеваемости | |

1.2 Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлиши билан. Тақдим этилган тавсияларга киритилган ҳар қандай тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

1.3 Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: ЎзР ССВ Ё.Х.Тўрақулов номидаги РИЭИАТМ.

Эндокринология йўналиши бўйича жараёни ташкил этиш бўйича ишчи гуруҳ аъзолари

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшганлар:

1 Фахрутдинова С.С., т.ф.д.

ЎзР ССВ акад. Ё.Х.Тўрақулов номидаги РИЭИАТМ директор в.б., худудий филиаллар билан ишлаш бўйича директор ўринбосари, эндокринолог

2 Ҳалимова З.Ю, т.ф.д., профессор

ЎзР ССВ Ё.Х.Тўрақулов номидаги РИЭИАТМ, илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, эндокринолог

- 3 Наримова Г.Д., т.ф.д., кат.и.х. ЎзР ССВ Ё.Х.Тўрақулов номидаги РИЭИАТМ,
бош шифокор в.б., эндокринолог
- 4 Насырова Х.К., т.ф.д., доцент ТошПТИ эндокринология болалар
эндокринологияси билан кафедраси мудири
- 5 Юсупова Ш.К., т.ф.д., доцент Андижон давлат тиббиёт институти госпитал терапия
ва эндокринология кафедраси мудири, эндокринолог
- 6 Ахмедова Ш. У., т.ф.н., доцент ТошПТИ эндокринология болалар эндокринологияси
билан кафедраси доценти, эндокринолог
- 7 Холова Д.Ш., т.ф.н. ЎзР ССВ Ё.Х.Тўрақулов номидаги РИЭИАТМ
Нейроэндокринология гипофиз жарроҳлиги
билан илмий лабораторияси катта илмий
ходими, DSc докторанти, эндокринолог.
- 8 Султанова Ш.Т. ЎзР ССВ Ё.Х.Тўрақулов номидаги РИЭИАТМ,
педиатр эндокринолог.

Муаллифлар рўйхати:

1. Ҳалимова З.Ю, т.ф.д., профессор ЎзР ССВ Ё.Х.Тўрақулов номидаги РИЭИАТМ,
илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, эндокринолог
2. Холиқова А.О. т.ф.д., профессор ЎзР ССВ Ё.Х.Тўрақулов номидаги
РИЭИАТМ Нейроэндокринология бўлими
бошлиғи, кат.и.х.
3. Сафарова Ш.М., т.ф.н. ЎзР ССВ Ё.Х.Тўрақулов номидаги РИЭИАТМ
Нейроэндокринология гипофиз жарроҳлиги билан илмий лабораториясида
к.и.х.
4. Иссаева С.С., т.ф.н. ЎзР ССВ Ё.Х.Тўрақулов номидаги РИЭИАТМ
Нейроэндокринология гипофиз жарроҳлиги билан илмий лабораториясида грант
рахбари
5. Негматова Г.Ш., т.ф.н. ЎзР ССВ Ё.Х.Тўрақулов номидаги РИЭИАТМ Самарқанд
филиали Бош

шифокори

Тақризчилар:

Гринёва Е.Н. – т.ф.д., профессор, "В.А. Алмазов номидаги Миллий тиббий тадқиқот маркази" ФДБМ Эндокринология институти директори, РАС аъзоси.

Урманова Ю.М. – т.ф.д., ТошПТИ эндокринология болалар эндокринологияси билан кафедраси доценти **Мунозара саналари:**

07.09.2023й - ЎзР ССВ Ё.Х.Тўракулов номидаги РИЭИАТМ илмий кенгаши да ТХКМРМ, ТМА, ТошПТИ дан таклиф қилинган эндокринологлар гуруҳи билан (муҳокама протоколидан олинган рақам) муҳокама

Клиник баённома Олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон эндокринологлар ассоциацияси аъзолари, Соғлиқни Сақлаш ташкилотчилари (Академик Ё.Х.Тўракулов номидаги РИЭИАТМ филиаллар директорлари ва уларнинг ўринбосарлари, ВЭД бош шифокорлари ва уларнинг ўринбосарлари) Ўзбекистон Республикаси ҳудудий муассасалари шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий келишувга эришилган ҳолда офлайн ва онлайн форматда муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди 10 ноябр 2023 й., №1-баённома.

Ишчи гуруҳ бошлиғи – т.ф.д. Тўраев Ф.Ф., ЎзР ССВ Ё.Х.Тўракулов номидаги РИЭИАТМ директори.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларнинг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Мувофиқлаштирувчи кенгаш мажлиси баённомасидан кўчирма (сана, рақам).

1.6 Қисқартмалар рўйхати

| | |
|-------|------------------------------|
| ГА | Гипофиз аденомаси |
| АКТГ | Адренкортикотроп гормони |
| ИКГ | Интракраниал гипертензия |
| ЎГ | Ўсиш гормони |
| ИЎО-1 | Инсулинга ўхшаш ўсиш омили-1 |
| КТ | Компютер томографияси |
| ЛГ | Лютеинловчи гормон |

| | |
|--------|---------------------------------------|
| НТ | Нур терапияси |
| МРТ | Магнит-резонанс томография |
| МТ | Медикаментоз терапия |
| ҚсД | Қандсиз диабет |
| ОГТТ | Орал глюкозага толерантлик тести |
| ПРЛ | Пролактин |
| эр. Т4 | Эркин тироксин |
| БТЭС | Бўш турк эгари синдроми |
| СТГ | Соматотроп гормони |
| ГТА | Гипофиз трансфеноидал аденомэктомияси |
| ТРГ | Тирепотропин-рилизинг-гормони |
| ТТГ | Тиреотроп гормони |
| УТТ | Ултратовуш текшируви |
| ФСГ | Фолликул стимулловчи гормон |
| ХСС | Хиазмал-селляр соҳа |

1.7 Протокол фойдаланувчилари:

1. Эндокринолог шифокорлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Терапевт врачлар;
4. Гинеколог шифокорлар;
5. Кардиолог шифокорлар;
6. Уролог шифокорлар;
7. Соғлиқни Сақлаш ташкилотчилари;
8. Студентлар, клиник ординаторлар, магистрлар, аспирантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари;
9. Акромегалия билан оғриган беморлар, уларнинг оилалари ва уларга ғамхўрлик қилувчилар.

1.8 Беморлар тоифаси : Акромегалия билан оғриган беморлар **Мақсад:**

Ўзбекистон Республикасида акромегалия билан оғриган беморларни энг сўнгги халқаро тавсияларга мувофиқ сифатли диагностика ва даволашни таъминлаш.

Вазифалар:

1. Акромегалияни ўз вақтида, сифатли ташхислаш ва уни даволаш учун меъёрийуслубий асосни таъминлаш;

2. Акромегалияни ўз вақтида ташхислаш ва даволаш, беморларни узоқ муддатли кузатиш.

1.9 Далиллар даражаси шкаласи

Диагностик усуллар (диагностик аралашувлар) учун далиллар ишончилиги даражасини (ДИД) баҳолаш

| ДИД | Ўритиб бериш |
|-----|--|
| 1 | Маълумотнома-назорат остидаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ёки метатаҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш |
| 2 | Индивидуал маълумотнома-назорат остидаги тадқиқотлар ёки индивидуал рандомизацияланган клиник синовлар ва мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник синовлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш |
| 3 | Маълумот усули бўйича кетма-кет назоратсиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари |
| 4 | Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ҳисоботи |
| 5 | Ҳаракат механизми ёки эксперт хулосаси учун фақат мантикий асос мавжуд |

Профилактик, даволаш ва реабилитация тадбирлари учун далиллар ишончилиги даражасини (ДИД) баҳолаш

| ДИД | Ўритиб бериш |
|-----|---|
| 1 | Мета-таҳлил ёрдамида Рандом назоратида синов (РНС) ларни тизимли кўриб чиқиш |
| 2 | Алоҳида РНСлар ва мета-таҳлил қўлланилган РНСлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш |
| 3 | Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когорт тадқиқотлари |
| 4 | Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, бир ёки бир нечта клиник ҳолатлар, “клиник ҳолатназорат” текширувлари |
| 5 | Фақат аралашувнинг таъсир қилиш механизми (клиникагача тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси учун асос мавжуд |

Профилактик, диагностик, терапевтик ва реабилитация тадбирлари бўйича тавсияларнинг ишончлиликл даражаси (ТИД)ни баҳолаш шкаласи

| ТИД | Ўритиб бериш |
|------------|---|
| А | Кучли тавсия (барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил) |
| Б | Шартли тавсиялар (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мос келмайди) |
| С | Кучсиз тавсия (адекват сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас) |

2. АСОСИЙ ҚИСМ

2.1 КИРИШ

Сўнгги йилларда дунёнинг турли географик минтақаларида турли даражадаги Соғлиқни Сақлаш Тизимида эга бўлган мамлакатларда ўтказилган бир қатор тадқиқотлар Акромегалиянинг тарқалиши ва учраши мос равишда йилига 100 000 кишига 2,8-13,7 ва 100 000 кишига 0,2-1,1 ҳолатни ташкил этди. Ўзбекистон Республикасида акромегалия учраши 100 минг аҳолига 1,6 тани ташкил этади. Ўз вақтида ташхис қўйиш ва ташхис қўйишнинг кечикиши ҳали ҳам муҳим деб ҳисобланади. Касалликнинг пайдо бўлиши бемор ҳаётининг 5чи ўн йиллигида, 40,5 ва 47 ёш бўлган даврда тасдиқланади (эркаклар учун: 36,5-48,5 ёш, аёллар учун 38-56 ёш). Маълумки, акромегалиянинг биринчи белгилари пайдо бўлишидан ташхис қўйишгача бўлган давр, турли тадқиқотларга кўра, 3 йилдан 25 йилгача, ўртача 4,5-5 йилни ташкил қилади. Буларнинг барчаси ташхис қўйиш вақтида макроаденомаларнинг кўп учрашини (2/3 дан кўпроғи) келтириб чиқаради, бу эса жарроҳлик даволашнинг радикаллигини кучайтиради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27743174/>).

Маълумки, назоратсиз акромегалия ўртача умр кўриш давомийлигининг қисқариши, ўлим даражасини бир хил ёшдаги ва жинсдаги беморларда назорат гуруҳдагиларга нисбатан 2-3 баравар кўпайиши билан боғлиқ. Ўлим асосан юрак-қон томир касалликлари, нафас олиш касалликлари ва баъзи тадқиқотларда ёмон сифатли ўсмалардан келиб чиқади.

1.2. Таъриф

Акромегалия - тўлиқ физиологик ўсишдан тўхтаган одамларда ўсиш гормони (соматотропин, СТГ) нинг сурункали ортиқча секрецияси натижасида келиб чиққан нейроэндокрин касаллик ҳисобланиб, суяклар, тоғайлар, юмшоқ тўқималар, ички органларнинг номутаносиб периостал ўсиши, шунингдек, юрак-қон томир, ўпка тизими, периферик эндокрин безлар, моддалар алмашинуви функционал ҳолатининг бузилиши билан тавсифланади (<https://doi.org/10.14341/probl20135964-18>) .

1.1. ТАСНИФИ

(<https://doi.org/10.14341/probl20135964-18>) .

| | |
|------------------------------------|---|
| Этиологик тамойилга кўра | Гипофизнинг спорадик ўсмаси (соматотропинома) |
| | Ўсиш гормони эктопик секрецияси: -эндокраниал (фарингеал ҳалқа ва сфеноидал синуснинг шиши) -Экстракраниал (ошқозон ости бези, ўпка ва медиастинал ўсма) |
| | Соматолибериннинг эктопик секрецияси: - эндокраниал (гамартомалар, ганглиоцитомалар) - Экстракраниал (ошқозон ости бези, бронхлар, ошқозон-ичак тракти карциноиди) |
| | Генетик бузилишлар синдромлари: - Мак-Кюн-Олбрайт синдроми -КЭН-1 синдроми (Вермер синдроми) - Карни комплекси -изоляция қилинган оилавий бўй пастлиги |
| Морфофункционал хусусиятларга кўра | Гипофиз моногормонал ўсмаси (соматотропинома): - зич грануляцияланган - кам грануляцияланган |
| | Гипофиз безининг плюригормонал ўсимтаси: - СТГ ва пролактин ишлаб чиқариш (соматопролактинома) - СТГ ва аденогипофизнинг бошқа гормонларини ишлаб чиқариш (аралаш гипофиз ўсмалари) |
| Ўлчамига кўра | Микроаденомалар (10 мм дан кичик) |
| | Макроаденомалар (10 мм дан катта) |
| Ўсиш характерига кўра | Эндоселляр Экстраселляр: - параселляр - супраселляр - инфраселляр |

Клиникада акромегалия қуйидагиларга ажратилади: фаол босқич ва ремиссия босқичи; прогрессив ва торпид кечиш.

3. ТАШХИСЛАШ МЕТОДЛАРИ

3.1 Шикоятлар ва анамнез

Беморларнинг энг кўп учрайдиган шикояти – бош оғриғи, асосан чакка қисмида бўлиб, орбита ва бурун кўприғи соҳасига тарқалади. Кўплаб беморларни умумий заифлик, холсизланиш, чарчаш, иш қобилиятининг пасайиши, хотира пасайиши, тизимли бўлмаган бош айланиши ва ортиқча терлаш безовта қилади.

Жадвал 1

Акромегалия билан оғриган беморларнинг асосий шикоятлари
<http://article.sapub.org/10.5923.j.ajmms.20190908.04.html>

| |
|--|
| Бош оғриқлари |
| Юз ва қўлларда шиш |
| Оёқ-қўлларнинг қаттиқлашиши |
| Тирноқлар зарарланиши |
| Сочлар зарарланиши |
| Кўриш қобилиятининг бузилиши |
| Ҳайз циклининг бузилиши ёки умуман йуқлиги |
| Жинсий қувват камайиши |
| Либидо камайиши |
| ҚБ ошиши |
| чанқаш |
| Тез-тез пешоб ажратиш |
| Кўкрак безидан ажралмалар |
| Бепуштлик |
| Пастки жағда оғриқлар |
| Бўғимларда оғриқлар |

Шикоятлар ва анамнезни йиғишда қариндошларида акромегалия ва гипофиз аденомаси ҳолатлари мавжудлигига эътибор бериш керак. Натижа ижобий бўлса, КЭН-1 синдроми, оилавий Акромегалия, FIPA (оилавий изоляция қилинган гипофиз аденомаси) ни истисно қилиш учун қўшимча генетик тадқиқотлар талаб қилинади.

3.2. Жисмоний текширув

Кўрув вақтида ташқи кўринишдаги характерли ўзгаришлар эътиборни тортади: юз тузилиши, қўл ва оёқларнинг номутаносиб катталашishi, прогнатизм, тилнинг кенгайishi, тишлараро бўшлиқларнинг кенгайishi (диастема), ортиқча терлаш, аёлларда овознинг йўғонлаishi. Акромегалиянинг объектив ва субъектив белгиларини тўқималарга ЎГ ёки ИЎО-1 таъсири натижаси ва ўсимта ҳажмининг таъсири натижасида пайдо бўлганларга ажратиш мумкин. Маҳаллий таъсирлар, айниқса, ёшларда агрессив, тез ўсадиган ўсмалар бўлганда кузатилиши мумкин. Бунга қуйидагилар киради: бош оғриғи, кўриш майдонининг бузилиши, гиперпролактинемия, гипопитуитаризм, қандсиз диабет.

Жадвал 2.

Акромегалиянинг клиник намоён бўлиши

doi: 10.1007/c11102-016-0772-8.

| Ўсимта ҳажмининг атрофдаги тўқималарга таъсири | |
|--|---|
| | бош оғриғи, кўриш майдонининг бузилиши, гиперпролактинемия, гипопитуитаризм, қандсиз диабет |
| | Ортиқча ЎГ нинг тизимли таъсири |
| Юз ва оғиз бўшлиғи | Қош бўртиб чиқиши; бурун ва қулоқларнинг кенгайishi; лабларнинг, юзнинг қалинлаishi; тери ажинлари ва аниқ бурун -лаб бурмалари; прогнатизм, тиш нуқсонлари ва тишлараро бўшлиқнинг кенгайishi, макроглоссия, пастки жағ кенгайishi |
| Тери | Тери қалинлаishi; товонларнинг қалинлаishi; гипергидроз; ёғли себорея, қўпол тери бурмалари; қора акантоз; гирсутизм; гипертрихоз; Рейно синдроми. |
| Юрак қон-томир тизими | Гипертензия; чап қоринча гипертрофияси; кардиомиопатия; турғун юрак етишмовчилиги; аритмиялар |
| Мускул-скелет тизими | Гигантизм; қўллар ва оёқларнинг ҳаддан ташқари ўсиб кетиши; бўғим тоғайлари қалинлигининг ошиши; артралгия ва артритлар; карпал туннел синдроми; акропарестезия; проксимал миопатия |
| Вистсеромэга лиялар | Ички органларнинг ҳажмини ошиши: жигар, талоқ, буйраклар ва простата; қалқонсимон без (бўқоқ), сўлак ва тер безлари |
| Ошқозон-ичак тизими | Йўғон ичак полиплари; ошқозон-ичак тракти моторикаси пасайishi, холецистит |

| | |
|---------------------------------|--|
| Нейропсихик | Ўз-ўзини ҳурмат қилишнинг бузилиши; шахслараро муносабатларнинг бузилиши; ижтимоий чекиниш; нормал ҳаётнинг бузилиши, ташвиш, депрессия. |
| Нафас олиш тизимидаги асоратлар | Юқори нафас йўлларидаги обструкцияси; ҳаддан ташқари хуррак отиш; уйқу вақтида апное (обструктив ва марказий); нафас қисиши, вентиляция функциясининг бузилиши |
| Метаболик асоратлар | Инсулинорезистентлик, глюкозага толерантликнинг бузилиши, қандли диабет, дислипидемия |
| Неоластик асоратлар | Айрим саратон турлари, айниқса йўғон ичак ва қалқонсимон без саратони ривожланиш хавфи ортади |

3.3. Лаборатор ташхислаш

Агар Акромегалияга ўта шубҳали бўлган бир қатор клиник белгилар аниқланса, кейинги қадам лаборатория текширувларини ўтказишдир:

| | |
|----|---|
| 2В | Гормонал тестларни ИЎО-1 ни ўлчаш билан бошлаш тавсия этилади. |
| 3С | Оғиз орқали глюкозага толерантликнинг тести (ОГТТ) ёрдамида ИЎО-1 кўрсаткичи ортганда ўсиш гормони даражасини таҳлил қилиш тавсия этилади (75 г глюкоза 2 соат давомида ҳар 30 дақиқада ЎГ кўрсаткичини ўрганиш билан) [9]. Нормада ЎГ /ОГТТ кўрсаткичлари базалдан ташқари ҳар қандай 5 нуктада глюкоза юкидан кейин 1 нг / мл ёки 2,7 мУ / л дан кам. |
| 2В | Ўсиш гормонининг базал кўрсаткичини ўрганиш – эрталаб оч қоринга ўтказилади. Диагностик хатоларга йўл қўймаслик учун 20 дақиқалик интервал билан уч марта тест ўтказиш тавсия этилади, шундан сўнг қон намуналари аралаштирилади. |

Қўшимча гормонал таҳлиллар:

| | |
|----|---|
| 1А | Пролактин, АКТГ, кортизол, ТТГ, Эркин Т4, ЛГ, ФСГ, тестостерон, Э2 кўрсаткичини аниқлаш тавсия этилади: |
| | Плазма ва сийдик осмолярлигини ўрганиш. |

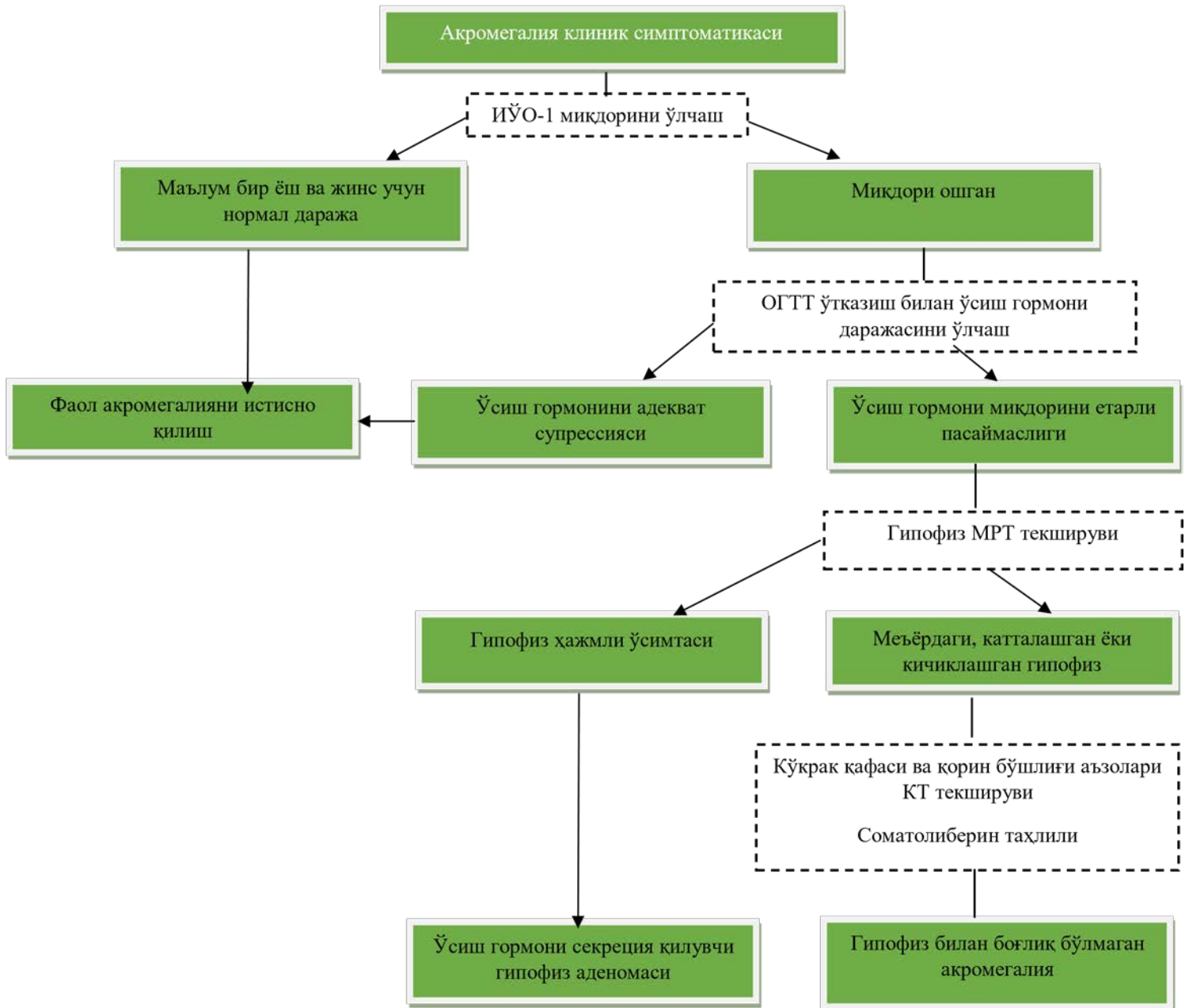
Инструментал диагностика

| | |
|----|---|
| 1В | Контрастли ёки контрастсиз мия ва гипофиз безининг МРТ тавсия этилади; қарши кўрсатмалар мавжуд ҳолларда контрэндиқациялар учун (сунъий юрак стимулятори, металл имплантлар ва б. мавжудлиги) - КТ. |
| 1А | Агар хиазманинг сиқилишига шубҳа бўлса (МРТ ҳулосасига кўра) ёки тегишли шикоятлар мавжуд бўлса, кўз туби ва кўриш майдонларини текшириш тавсия этилади. |

Мутахассислар билан маслаҳатлашиш учун кўрсатмалар:

- офталмолог - кўз туби, кўриш майдонлари, кўрув нервларнинг ҳолатини баҳолаш
- нейрохирург – жарроҳлик усули билан даволашнинг мақсадга мувофиқлиги тўғрисида қарор қабул қилиш;
- кардиолог – юрак-қон томир тизимининг ҳолатини баҳолаш;
- невропатолог – интракраниал гипертензияни истисно қилиш ва нейростатусни баҳолаш;
- онколог - йўғон ичакда ўсмаларни истисно қилиш.

3.4. Диагностика алгоритми



- Акромегалия диагностикаси алгоритми (Melmed.dan New Engl J Med 2006 DOI: 10.1056/NEJMra062453)

3.5 Қиёсий ташхислаш

| Ташхис | Қиёсий ташхислаш учун асос | Текширувлар | Ташхисни истисно қилиш мезонлари |
|--------------------------------|------------------------------------|---|---|
| Гипофиздан ташқари Акромегалия | Акромегалиянинг клиник кўринишлари | ОГТТ пайтида ИЎО -1 ва СТГ кўрсаткичлари, контрастни кучайтириш билан гипофиз безининг МРТ | СТГ ва ИЎО-1 секрецияси ошган. Гипофиз аденомаси аниқланмади |
| Акромега лоидизм | Акромегалиянинг клиник кўринишлари | ОГТТ пайтида ИЎО -1 ва СТГ кўрсаткичлари, контрастни кучайтириш билан гипофиз безининг МРТ | ИЎО -1 кўрсаткичи меъёрда. Гипофиз аденомаси аниқланмади |
| Гипотиреоз | Акромегалиянинг клиник кўринишлари | ОГТТ пайтида ИЎО -1 ва СТГ кўрсаткичлари, контрастни кучайтириш билан гипофиз безининг МРТ ТТГ, Эркин Т3, Эркин Т4 | ТТГ ↑ Т4↓ ИЎО -1 кўрсаткичи ва СТГ меъёрда. Гипофиз аденомаси аниқланмади |

| | | | |
|-------------------------|--|--|---|
| Пахидермопериостоз | Акромегалиянинг клиник кўринишлари + тери ва бўғимларда ўзгаришлар | ОГТТ пайтида ИЎО -1 ва СТГ кўрсаткичлари, контрастни кучайтириш билан гипофиз безининг МРТ | ИЎО -1 кўрсаткичи ва СТГ меъёрда. Гипофиз аденомаси аниқланмади Қўлларнинг ўзгаришлар билан катталашishi Дистал фалангалар барабан таёқчалари кўринишида Рентгенографияда – узун трубкасимон суякларнинг дистал қисмларида гиперостоз |
| Педжет касаллиги | Акромегалиянинг клиник кўринишлари + суяк ва бўғимларда ўзгаришлар | ОГТТ пайтида ИЎО -1 ва СТГ кўрсаткичлари, контрастни кучайтириш билан гипофиз безининг МРТ Ишқорий фосфатаза кўрсаткичи | ИЎО -1 кўрсаткичи ва СТГ меъёрда. Умумий ишқорий фосфатазанинг юқори фаоллиги Гипофиз аденомаси аниқланмади Юз скелетининг кичрайиши пешона ва париетал суякларнинг қалинлашиши ҳисобига бош суягининг катталашishi билан |
| Мак-КюнОлбрайт синдроми | Акромегалиянинг клиник кўринишлари + суяк-фиброз дисплазияси, локал дерматопатия, ташқи кўринишнинг ўзгариши | ОГТТ пайтида ИЎО -1 ва СТГ кўрсаткичлари, контрастни кучайтириш билан гипофиз безининг МРТ | ИЎО -1 кўрсаткичи меъёрда. Гипофиз аденомаси аниқланмади Ўзига хос триада: полиостотик фиброз дисплазия, эрта жинсий ривожланиш, оч кофе рангидаги ўзига хос пигмент доғлар |

4. 4. АМБУЛТАТОР ШАРОИТДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Акромегалияни даволаш мақсадлари бемор билан муҳокама қилиниши керак ва қуйидагиларни ўз ичига олади:

| | |
|----|---|
| 2С | <p>Гормонал кўрсаткичларни меъёрга келтириш. Мақсадли қиймат:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Базал ЎГ <2,5 нг/мл (<1 мкг/л юқори сезувчанлик усулида аниқланганда) • ОГТТ пайтида СТГ нинг минимал кўрсаткичи <1 нг/мл (<0,4 мкг/л юқори сезувчанлик усулида аниқланганда) • Жинс ва ёшга мувофиқ ИЎО -1 кўрсаткичини нормаллаштириш (медикаментоз даволашда ҳам, аденомэктомия ва ёки радиожарроҳликдан кейин ҳам) • Ўсимта ҳажмини камайтириш, "ҳажм эффект" ни йўқ қилиш |
| 1А | <p>Кузатув стратегияларини стандартлаштиришга ёрдам бериш учун клинитсистлар ва беморлар томонидан билдирилган кўрсаткичлар натижалари ёрдамида касаллик билан боғлиқ асоратларни баҳолаш ва агрессив даволаш тавсия этилади.</p> |

4.1. Номедикаментоз даволаш: Парҳезга риоя қилиш (рационда секин ҳазм бўладиган углеводларни ўз ичига олган озиқ-овқатларнинг бўлиши), эҳтиёткор режим

4.2. Медикаментоз даволаш

Консерватив терапия кўпинча жарроҳлик ва (ёки) радиация даволашга қўшимча сифатида ёки асосий даволаш усули сифатида қўлланилади ва узоқ вақт давомида, кўпинча умрбод амалга оширилади. Жарроҳликдан кейин биокимёвий назоратга эриша олмаган беморларга дори терапияси тавсия этилади (1А). Бирламчи медикаментоз терапия жарроҳлик йўли билан даволашга қарши кўрсатмаси бўлган ёки жарроҳликдан бош тортган беморлар, шунингдек яхши натижалар ва жарроҳлик муваффақияти паст хавф остида деб ҳисобланадиган алоҳида беморларда кўриб чиқиши мумкин (2Б).

Ҳозирги вақтда Акромегалияни даволаш учун учта тоифадаги дорилар қўлланилади:

□ Соматостатин аналоглари; □ Дофамин рецепторлари агонистлари; □ СТГ рецепторлари антагонистлари.

Асосий дори воситалар рўйхати. doi: [10.1007/s11154-020-09588-3](https://doi.org/10.1007/s11154-020-09588-3)

| Фармокологик гуруҳ | Дори воситасининг халқаро патентланмаган номи | Қўллаш тартиби | Далиллар даражаси |
|---------------------------------------|---|--------------------------------|-------------------|
| Узоқ муддатли соматостатин аналоглари | Октреотид | 10-30 мг 1 маҳал 28 кун м/о | 1А |

| | | | |
|---------------------------------------|------------|---------------------------------|----|
| Узоқ муддатли соматостатин аналоглари | Ланреотид* | 60 – 120 мг 1 маҳал 28 кун, т/о | 1А |
|---------------------------------------|------------|---------------------------------|----|

* - ушбу дори воситаларига клиник баённома матнида (*) белгиси қўйилади ва препаратнинг Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаганлиги тўғрисидаги маълумотлар кўрсатилади.

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

Соматостатин аналогларини қўллаш бўйича кўрсатмалар.

| | |
|--|---|
| Макроаденомада жарроҳлик амалиёти муваффақиятининг паст эҳтимоли ва маҳаллий тузилмаларнинг сиқилиши бўлмаса, бемор билан операциядан кейинги гормонал кўрсаткичларни яхшилаш учун операцияга алтернатива сифатида, шунингдек, операциядан олдин бирламчи дори терапиясининг имкониятларини муҳокама қилиш тавсия этилади. | |
| 1 А | Акромегалияда дори терапияси учун биринчи даражали дорилар сифатида соматостатин аналогларидан фойдаланиш тавсия этилади. Улардан узоқ муддатли фойдаланиш зарурлигини ҳисобга олган ҳолда, препаратнинг клиник самарадорлиги юқори бўлган узоқ муддат таъсир қилувчи шаклларида фойдаланиш тавсия этилади. |
| 2 А | Жарроҳлик амалиётидан кейин касаллик фаоллиги сақланиб қолса, қўшимча даволаш усули сифатида қўллаш тавсия этилади. |
| 4 С | Агар операцияга қарши кўрсатма бўлса ёки касалликка боғлиқ асоратлар туфайли кечиктирилса, соматостатин аналогларини буюриш тавсия этилади. |
| 2 А | Соматостатин аналогларини нур терапиясидан кейин максимал таъсир бошланишидан олдинги даврда буюриш тавсия этилади. |
| 1 А | Октреотид ЛАР ва ланреотид* қулай хавф/фойда профиллари туфайли биринчи даражали дори терапияси сифатида қўлланилади. |

Агар соматостатин аналогларининг стандарт дозаси етарли даражада самарали бўлмаса:

| | |
|----|---|
| 3В | <ul style="list-style-type: none"> • Октреотиднинг узок муддат таъсир қилувчи шакли дозасини ҳар 28 кунда бир марта 40 мг гача ошириш тавсия этилади. • Узок муддат таъсир қилувчи ланреотидни қабул қилиш оралиғини 28 кунгача қисқартириш • Комбинирланган терапия (каберголин билан) • Агар соматостатин аналогларининг максимал дозалари етарли даражада самарали бўлмаса, каберголин қўшилиши, ҳатто гиперпролактинемия бўлмаса ҳам, акромегалия ремиссиясига эришишга ёрдам беради. |
| 4Д | Пасиреотид ЛАР |
| 1А | Пегвисомант одатда иккинчи даражали терапия сифатида, узок муддат таъсир қилувчи соматостатин аналоглари максимал дозалари ёрдамида биокимёвий назоратга эришилмаган беморларда қўлланилади. |

Узоқ муддат таъсир қилувчи соматостатин аналогларига резистентлик бўлса, қуйидаги дорилар тавсия этилади:

- Пасиреотид - табиий соматостатиннинг узок муддатли кўп лигандли аналоги, соматостатин рецепторларининг 4 кичик турига таъсир қилади.
- Пегвисомант - ўсиш гормони рецепторларининг антагонисти ҳисобланиб, ИЎО -1 синтези ва секрециясини блоклайди, бошқа медикаментоз даволаш усулларидан фарқли равишда, ўсиш гормони рецепторлари антагонистининг самарадорлиги ўсимта хусусиятига боғлиқ эмас (1А).

Дофамин антагонистлари

| | |
|----|--|
| 3В | Дофамин агонистлари бирламчи дори терапияси сифатида, асосан ўртача даражада ИЎО -1 кўрсаткичи юқори бўлган беморларда ва/ёки соматостатин аналоглари билан биргаликда тавсия этилади. |
| 3В | Дофамин (D2) рецепторларининг селектив агонисти бўлган ва касалликнинг ремиссиясига эришиш имконияти нуқтаи назаридан бромокриптинга қараганда самаралироқ бўлган Каберголинни қўллаш афзалроқдир. |
| 4С | Каберголин соматостатин аналоглари ёки пегвисомантнинг максимал дозалари билан биокимёвий назоратга эриша олмаган беморларда қўшимча терапия сифатида фойдали бўлиши мумкин. |
| 1А | Беморларга дофамин агонистларининг мумкин бўлган ножўя таъсири ҳақида маълумот бериш тавсия этилади, масалан: ошқозон-ичак трактининг дисфункцияси, ортостатик гипотензия, бош оғриғи, бурун тикилиши. |

Қўшимча дорилар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам). doi : [10.1007/c11154020-09588-3](https://doi.org/10.1007/c11154020-09588-3)

| Фармокологик гуруҳ | Дори воситасининг халқаро патентланмаган номи | Қўллаш тартиби | Далиллар даражаси |
|--|---|--|-------------------|
| Дофамин агонистлари | Бромкриптин | Ичишга 10дан 20гача ммг/сут 2-4 маҳал | 3В |
| Дофамин агонистлари | Каберголин | Ичишга 0,5 мг дозада ҳафтада 3 маҳал 0,5 мг гача ҳар куни | 3В |
| Табиий соматостатиннинг кўп лигандли аналоги | Пасиреотид * | т/о, 0,6 - 0,9 мг дозада кунда 2 маҳал | 2В |
| Ўсиш гормони рецепторларининг антагонисти | Пегвисомант * | т/о, ҳар куни, максимал ушлаб турувчи доза 30 мг/сут дан ошмаслиги керак | 1А |

* - Ушбу препарат Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган.

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

4.1.3 Жарроҳлик аралашуви: амбулатор шароитда йўқ.

4.1.4. Кейинги олиб бориш.

Узоқ муддат таъсир қилувчи соматостатин аналоглари билан даволашда:

- Узоқ муддат таъсир қилувчи соматостатин аналоглари билан даволаш самарадорлигини ҳар 3-4 ойда (ИЎО -1 ёки ОГТТ ёрдамида ЎГни аниқлаш билан) назорат қилиш керак. Агар самарадорлик етарли бўлмаса, препаратнинг дозаси оширилади ёки терапия кўшимча дорилар билан кучайтирилади.
- Терапия бошланганидан 1-2 йил ўтгач, дори ремиссиясига эришган беморларда кейинги дори-дармонларни даволашнинг мақсадга мувофиқлиги тўғрисида қарор қабул қилиш учун уни 1-2 ойга тўхтатиш ва ИЎО -1 кўрсаткичини аниқлаш керак. Агар дори терапиясиз ИЎО -1 кўрсаткичи нормал бўлиб қолса, даволаниш тўхтатилиши мумкин.
- Жигар ва ўт пуфаги УТТ назорати – йилда 1 марта.

Медикаментоз терапия фонида гормонал мониторинг

| | |
|----|---|
| 3C | Дофамин агонистлари ва узоқ муддатли соматостатин аналоглари билан терапия пайтида СТГ ва ИҶО -1 кўрсаткичларидан фойдаланиш касаллик фаоллигининг белгиси сифатида тавсия этилади. Ҳеч бўлмаганда ИҶО -1 кўрсаткичини кузатиш |
| 3C | ОГТТ давомида СТГ даражасини ўрганиш фойдали, аммо мониторингнинг мажбурий бўлмаган муолажаси ҳисобланади. |
| 3B | Дофамин агонистларини қўллашда бошланғич гиперпролактинемия мавжуд бўлганда СТГ, ИҶО -1 ва пролактин даражасини назорат қилиш препаратнинг дозаси тузатилган кундан бошлаб 4-6 ҳафта ўтгач ҳар сафар ўзгартирилганда амалга оширилиши тавсия этилади. |

Нур терапия олган беморларда:

- Йилига бир марта гипопитуитаризмни аниқлаш учун ТТГ, Т4, кортизол ва жинсий гормонлар аниқланади, агар керак бўлса, гормонал даволаш ўтказилади.
- Нейрохирург назорати
- КТ ёки МРТ - назорат операциядан 6-12 ой ўтгач, кейин йилига бир марта амалга оширилади.
- Йилига бир марта кўришни назорат қилиш учун офталмолог томонидан текширув.
- Акромегалия асоратлари диагностикаси ва даволаш - қандли диабет, артериал гипертензия, коронар артерия касалликлари ва б.

Нур терапиядан кейинги даврда беморларни олиб бориш

| | |
|----|--|
| 1A | СТГ ва ИҶО -1 даражаларининг кечиктирилган бостирилишини ҳисобга олган ҳолда, оралиқ йилларда дори терапияси кўрсатилади |
| 2B | Нурланишдан 5-10 йил ўтгач, ортиб бориш тенденцияси билан камида 50% га йэтадиган гипопитуитаризмнинг мумкин бўлган ривожланиши билан боғлиқ ҳолда, барча беморларга буйрак усти безлари, қалқонсимон без ва жинсий безларнинг функционал ҳолатини вақти-вақти билан кузатиб бориш тавсия этилади. Агар керак бўлса, тегишли ўрин босувчи гормонал терапия тайинланади. Ёш контингентга ва насл қолдиришни режалаштираётган инсонларга алоҳида эътибор бериш тавсия этилади. |
| 1A | Эндокрин функциянинг мунтазам мониторинги умрбод амалга оширилиши керак |
| 4C | Нур терапияси цереброваскуляр касалликлар ва улардан ўлим хавфининг ошишига (4 бараваргача), кўришнинг бузилиши (беморларнинг 3% гача), иккиламчи мия шиши ва радионекрознинг пайдо бўлиши (беморларнинг 2% гача) олиб келиши мумкин, шунинг учун барча беморлар невролог, офталмолог томонидан доимий текширувдан ўтишлари ва агар кўрсатма бўлса, миянинг |

| | |
|--|-----------------------------------|
| | МРТ (КТ) текшируви тавсия этилади |
|--|-----------------------------------|

Акромегалия билан оғриган беморлар узоқ муддатли ва агар ремиссия бўлмаса, яшаш жойидаги эндокринолог томонидан умрбод кузатув остида бўлишлари керак. Шунингдек, касалликнинг тизимли асоратларини ўз вақтида даволаш ва ривожланишини олдини олиш учун уларни кузатиб бориш керак.

Акромегалиянинг тизимли асоратларини кузатиш (Melmed, et al. Pituitary, 2012).

| Диагностика усули | Учраши | Тавсия синфи |
|---|---|--------------|
| ҚБ ўлчаш | Доимий | A |
| ЭХО КГ ва ЭКГ | Ҳар йили | B |
| Тунги (Уйку) апное шкаласи (Epworth scale) | Ҳар йили | A |
| Периферик вена ва артериялар УЗДГ текшируви | Ҳар йили, айниқса гигантизмда | C |
| Глюкоза метаболизми кўрсаткичлари | Наҳорги глюкоза – ҳар 6 ойда; HbA1c – ҳар 3-6 ойда, диабетда | C |
| Умумий тестостерон, кортизол, пролактин (М) | Ҳар йили | A |
| ЛГ, ФСГ, 17β-эстрадиол ва пролактин, кортизол (Ж) | Ҳар йили (ёки ҳомиладорлик режалаштирилаётганда) | A |
| ДЕХА | Ҳар 2 йилда остеопорозда | C |
| Умуртқанинг кўкрак ва бел соҳалари рентгенографияси | Ҳар 2-3 йилда остеопорозда | C |
| Колоноскопия | Ҳар 10 йилда (кўпинча: доимий равишда кўтарилган ИҶО -1, нокулай оилавий анамнез билан) | A |

Протоколда тавсифланган диагностика ва даволаш усулларининг хавфсизлиги ва даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари

- касалликнинг бир қатор клиник белгиларини намоён бўлишининг пасайиши ёки йўқолиши;
- бош оғриғи, терлашни камайиши;
- юздаги ўзгаришлар яхшиланиши, қўл ва оёқ ҳажмини камайиши;
- меҳнат қобилиятини ошиши;
- репродуктив функцияни тикланиши □ ИЎО -1 даражасини нормаллашиши
- функционал тестлар билан тасдиқланган нормал СТГ секрециясини тикланиши, кўриш майдонини тикланиши

Акромегалия билан озриган беморнинг йўл харитаси

□

Шикоятлар: кўл, оёқнинг катталashiши, юз хусусиятларининг ўзгариши, қош, бурун, лаб, кулок,

- **Алгоритм диагностика и лечения Акромегалии**

пастки жағнинг катталashiши (прогнатизм), тишлар орасидаги бўшликлар пайдо бўлиши

□

(диастема), бош оғриғи, кўкрак қафасининг катталashiши, ҳайз даврининг бузилиши, либидо, жинсий қувватнинг пасайиши, бепуштлик □

Клиник текширув. Антропометрия, ташқи текширув, беморнинг фотосуратларидан ташқи

кўринишдаги ўзгаришларни ўрганиш, қон босими ва пульсни ўлчаш.

Онкология

маркази ва

филиаллари

ВЭД: Умумий қон ва

ОП: умумий

КТМП/МТШ:

РИИАТЭМ: Умумий қон ва сийдик таҳлили, қонда шакар миқдори, ЭКГ, гипофиз беи МРТ, кўкрак қафаси рентгенограммаси, қалқонсимон без ва ички органлар УТТ, СТГ, ИФР-1, пролактин, ЛГ, ФСГ, эркинТ4, ТТГ, кортизол, пролактин, тестостерон, эстрадиол. ЭхоЭКГ, бош мия қон томирларининг доплерографияси, колоноскопия. СТГ кўрсаткичини аниқлаш билан глюкоза бардошлик тестини ўтказиш. СТГ суткалик ритмини аниқлаш. Офтальмолог, невролог, уролог, гинеколог, психотерапевт, ЛОР кўруви

қон ва сийдик таҳлили, қонда миқдори, суягининг ЭКГ

Умумий қон ва сийдик таҳлили, қонда миқдори, латерал

сийдик таҳлили, шакар миқдори, бош гипофиз беи МРТ, кўкрак ЭКГ, шакар

рентгенографияси (турк эгари), кўкрак қафаси офтальмолог, невролог, (органомегалия?) кўруви СТГ, эркин Т4, ТТГ, тестостерон.

рентгенографияси (турк эгари), кўкрак қафаси қалқонсимон без ва ички органлар

рентгенограммаси, органлар УТТ, уролог, гинеколог кортизол, пролактин,

Оператив даво:

РИИАТЭМ

Медикаментоз даво

Нур

терапияси:

ОП:

терапияни кузатиш ва

назорат қилиш

КТМП/МТШ:

терапияни кузатиш ва назорат қилиш

ВЭД ва РИИАТЭМ:

дофамин агонистлари, сандостатин аналоглари,

ўГ рецепторлари антагонистлари

5. ТИББИЙ ЁРДАМ ТУРЛАРИНИ КЎРСАТГАН ҲОЛДА КАСАЛХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР.

Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

1. Акромегалия ташхисини текшириш ва касалликни олиб бориш тактикасини аниқлаш зарурати: вилоят эндокринология бўлимида режалаштирилган касалхонага ётқизиш.
2. Жарроҳлик йўли билан даволаш (нейронавигация назорати остида трансанал аденомектомия) - ихтисослаштирилган нейрохирургия бўлимларида режалаштирилган ҳолда касалхонага ётқизиш. Касалхонага ётқизиш давомийлиги ўртача 14 дан 21 кунгача.
3. Акромегалия асоратларини динамик кузатиш ва даволаш - минтақавий ихтисослаштирилган эндокринология ёки терапевтик бўлимга режалаштирилган ҳолда касалхонага ётқизиш (5 - 14 кун)*
4. Беморга гамма-терапия курсини ўтказиш (6-7 ҳафта)

6. СТАЦИОНАР ШАРОИТДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

6.1. Номедикаментоз даволаш: парҳезга риоя қилиш (рационда секин ҳазм бўладиган углеводларни ўз ичига олган озиқ-овқатларнинг устунлиги), эҳтиёткор режим

6.2. Медикаментоз даволаш

Медикаментоз даволаш кўпинча жарроҳлик ва (ёки) нур терапияга қўшимча сифатида ёки асосий даволаш усули сифатида қўлланилади ва узоқ вақт давомида, кўпинча умрбод амалга оширилади. Жарроҳликдан кейин биокимёвий назоратга эриша олмаган беморларга дори терапияси тавсия этилади (1А). Бирламчи тиббий терапия жарроҳлик йўли билан даволашга қарши кўрсатмаси бўлган ёки жарроҳликдан бош тортган беморлар учун кўрсатилади ва яхши натижа ва жарроҳлик муваффақияти учун паст хавф остида деб ҳисобланадиган танланган беморларда кўриб чиқилиши мумкин (2Б).

Ҳозирги вақтда Акромегалияни даволаш учун учта тоифадаги дорилар қўлланилади:

- соматостатин аналоглари;
- дофамин рецепторлари агонистлари;

- СТГ рецепторлари антагонистлари.

Асосий дори воситалари рўйхати. doi : [10.1007/s11154-020-09588-3](https://doi.org/10.1007/s11154-020-09588-3)

| Фармокологик гуруҳ | Дори воситасининг халқаро патентланмаган номи | Қўллаш тартиби | Далиллар даражаси |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|-------------------|
| Узоқ муддатли соматостатин аналоглари | Октреотид | 10-30 мг 1 маҳал 28 кун м/о | 1А |
| Узоқ муддатли соматостатин аналоглари | Ланреотид* | 60 – 120 мг 1 маҳал 28 кун, т/о | 1А |

* - ушбу дори воситаларига клиник баённома матнида (*) белгиси қўйилади ва препаратнинг Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаганлиги тўғрисидаги маълумотлар кўрсатилади. Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг қафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

Соматостатин аналогларини қўллаш бўйича кўрсатмалар.

| | |
|--|---|
| Макроаденомада жарроҳлик амалиёти муваффақиятининг паст эҳтимоли ва маҳаллий тузилмаларнинг сиқилиши бўлмаса, бемор билан операциядан кейинги гормонал кўрсаткичларни яхшилаш учун операцияга алтернатива сифатида, шунингдек, операциядан олдин бирламчи дори терапиясининг имкониятларини муҳокама қилиш тавсия этилади. | |
| 1 А | Акромегалияда медикаментоз терапия учун биринчи даражали дорилар сифатида соматостатин аналогларидан фойдаланиш тавсия этилади. Улардан узоқ муддатли фойдаланиш зарурлигини ҳисобга олган ҳолда, препаратнинг клиник самарадорлиги юқори бўлган узоқ муддат таъсир қилувчи шаклларида фойдаланиш тавсия этилади. |
| 2А | Жарроҳлик амалиётдан кейин касаллик фаоллиги сақланиб қолса, қўшимча даволаш усули сифатида қўллаш тавсия этилади |
| 4С | Агар операцияга қарши кўрсатма бўлса ёки боғлиқ асоратлар туфайли кечиктирилса, соматостатин аналогларини буюриш тавсия этилади. |
| 2А | Соматостатин аналогларини нур терапиясидан кейин максимал таъсир бошланишидан олдинги даврда буюриш тавсия этилади. |
| 1 А | Октреотид ЛАР ва ланреотид* қулай хавф/фойда профиллари туфайли биринчи даражали дори терапияси сифатида қўлланилади |

Агар соматостатин аналогларининг стандарт дозаси етарли даражада самарали бўлмаса:

| | |
|----|--|
| 3В | <ul style="list-style-type: none">• Октреотиднинг узоқ муддат таъсир қилувчи шакли дозасини ҳар 28 кунда бир марта 40 мг гача ошириш тавсия этилади.• Узоқ муддат таъсир қилувчи ланреотидни қабул қилиш оралиғини 28 кунгача қисқартириш• Комбинирланган терапия (каберголин билан)• Агар соматостатин аналогларининг максимал дозалари етарли даражада самарали бўлмаса, каберголин қўшилиши, ҳатто гиперпролактинемия бўлмаса ҳам, акромегалия ремиссиясига эришишга ёрдам беради. |
| 4Д | Пасиреотид ЛАР |
| 1А | Пегвисомант одатда иккинчи даражали терапия сифатида, узоқ муддат таъсир қилувчи соматостатин аналоглари максимал дозалари ёрдамида биокимёвий назоратга эришилмаган беморларда қўлланилади. |

Узоқ муддат таъсир қилувчи соматостатин аналоглари билан терапияга резистентлик бўлса, қуйидаги дорилар тавсия этилади:

- Пасиреотид - табиий соматостатиннинг узоқ муддатли кўп лигандли аналоги, соматостатин рецепторларининг 4 кичик турига таъсир қилади.
- Пегвисомант - ўсиш гормони рецепторларининг антагонисти ҳисобланиб, ИЎО -1 синтези ва секрециясини блоклайди, бошқа медикаментоз даволаш усулларидан фарқли равишда, ўсиш гормони рецепторларининг антагонистининг самарадорлиги ўсимта хусусиятига боғлиқ эмас (1А).

Дофамин антагонистлари

| | |
|----|--|
| 3В | Дофамин агонистлари бирламчи дори терапияси сифатида, асосан ўртача даражада ИЎО -1 кўрсаткичи юқори бўлган беморларда ва/ёки соматостатин аналоглари билан биргаликда тавсия этилади. |
| 3В | Дофамин (D2) рецепторларининг селектив агонисти бўлган ва касалликнинг ремиссиясига эришиш имконияти нуқтаи назаридан бромокриптинга қараганда самаралироқ бўлган Каберголинни қўллаш афзалроқдир. |
| 4С | Каберголин соматостатин аналоглари ёки пегвисомантнинг максимал дозалари билан биокимёвий назоратга эриша олмаган беморларда қўшимча терапия сифатида фойдали бўлиши мумкин. |
| 1А | Беморларга дофамин агонистларининг мумкин бўлган ножўя таъсири ҳақида маълумот бериш тавсия этилади, масалан: ошқозон-ичак трактининг дисфункцияси, ортостатик гипотензия, бош оғриғи, бурун тикилиши. |

Қўшимча дорилар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам). doi : [10.1007/s11154020-09588-3](https://doi.org/10.1007/s11154020-09588-3)

| Фармокологик гуруҳ | Дори воситасининг халқаро патентланмаган номи | Қўллаш тартиби | Далиллар даражаси |
|--|---|--|-------------------|
| Дофамин агонистлари | Бромкриптин | Ичишга 10дан 20гача ммг/сут 2-4 маҳал | 3В |
| Дофамин агонистлари | Каберголин | Ичишга 0,5 мг дозада ҳафтада 3 маҳал 0,5 мг гача ҳар куни | 3В |
| Табиий соматостатиннинг кўп лигандли аналоги | Пасиреотид * | т/о, 0,6 - 0,9 мг дозада кунда 2 маҳал | 2В |
| Ўсиш гормони рецепторларининг антагонисти | Пегвисомант * | т/о, ҳар куни, максимал ушлаб турувчи доза 30 мг/сут дан ошмаслиги керак | 1А |

* - Ушбу препарат Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган.

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

6.3. Хирургик даволаш

<https://www.researchgate.net/publication/276393488>

| | |
|----|---|
| 1А | Транссфеноидал жарроҳлик (эндоскопик ёки микроскопик) ёрдамида ўсмани резексия қилиш кўпчилик беморлар учун хавфсиз ва самарали асосий даволаш ҳисобланади. Жарроҳлик ремиссиясининг асосий кўрсаткичлари: ўсма ҳажми, инвазивлиги (Кносп даражаси) ва нейрохирургнинг тажрибаси. |
| 2В | Операциядан олдинги қон зардобида ЎГ кўрсаткичи ҳам жарроҳлик ремиссиясининг муҳим омили ҳисобланади. |

Экстраселляр макроденомада (айниқса, латероселляр ёйилиш, каверноз синусларга ва асосий суяк синусларига ўсиб киришда), жарроҳлик самарадорлигининг паст эҳтимоли ва маҳаллий тузилмаларнинг сиқилишининг йўқлиги:

| | |
|----|--|
| 3В | <ul style="list-style-type: none"> Ўсимта ҳажмини камайтириш ва натижада дори ёки радиация терапиясига жавоб реакциясини яхшилаш учун жарроҳлик тавсия этилади. Бемор билан муқобил даволаш усули сифатида бирламчи дори терапияси имкониятларини муҳокама қилиш тавсия этилади. |
|----|--|

Операциядан кейинги мониторинг

| | |
|----|--|
| 2С | Операциядан кейинги биринчи суткада ўсиш гормонининг базал даражасини ўрганиш тавсия этилади. СТГ <2 нг/мл узоқ муддатли ремиссиянинг белгиси ҳисобланади. |
| 2С | ОГТТ вақтида СТГ миқдорини аниқлаш тавсия этилади - операциядан 7-10 кун ўтгач, шунингдек, 12 ҳафтадан кейин. Операциядан 12 ҳафта ўтгач, ИЎО -1 даражасини ўлчаш тавсия этилади |
| 1А | Ремиссияни тўғри аниқлаш учун қон зардобиди ИЎО -1 даражасини операциядан кейин камида 3 ой ўтгач баҳолаш керак. |
| 3С | Бош мия МРТ назорати операциядан кейин 12 ҳафтадан олдин, оптимал тарзда 6 ойдан кейин ўтказиш тавсия этилади. |
| 3С | Операциядан кейинги эрта даврда қон электролитларини ўрганиш, қандсиз диабет пайдо бўлиши ёки белгиларининг динамикасини кузатиш ва агар кўрсатма бўлса, плазма ва сийдикнинг осмоляллигини текшириш тавсия этилади. |
| 3С | Буйрак усти безлари ва қалқонсимон безнинг фаолиятини назорат қилиш ва агар керак бўлса, ўрин босувчи гормонал терапиясини буюриш тавсия этилади. |
| 3С | Операциядан кейинги 6-12 ҳафтада ўрин босувчи гормонал терапиясига бўлган эҳтиёжни баҳолаш учун қалқонсимон без ва жинсий гормонлар даражасини такрорий текшириш тавсия этилади. |

6.4 Нур терапия

Нур терапиясининг иккита асосий тури мавжуд: анъанавий фракцияланган радиотерапия ва стереотаксик радиожарроҳлик. Стереотаксик радиожарроҳлик қуйидагиларни ўз ичига олади: гамма ва кибернож ҳамда юқори энергияли фотонлардан фойдаланган ҳолда чизикли тезлатгич

| | |
|----|--|
| 3В | Фракцияланган радиотерапия одатда 160-180 рад дозасида ҳафтасига 4-5 марта 5-6 ҳафта давомида умумий дозаси 4500-5000 рад учун буюрилади. Ушбу турдаги нур терапиясидан сўнг ремиссияга эришиш муддати 5 йилдан 20 йилгача. |
| 3С | Стереотаксик жарроҳлик ва фракцияланган радиотерапия усуллари ўртасидаги асосий фарқ шундаки, аниқ чекланган ҳудудга (жойга) тор жамланган нурни бир марта жуда катта дозада юбориш имконияти мавжуд бўлиб, бу асоратлар сонини сезиларли даражада камайтиради ва нур терапиясининг ушбу усули самарадорлигини оширади. Нурланиш гамманож ёрдамида амалга оширилганда, радиоактив кобальт-60 бўлган 201 манбадан чиқадиган гамма нурлари концентрацияси тор майдонда тўпланади. Стереотаксик радиожарроҳлик ўтказилганда ремиссияга эришиш муддати 2 йилдан 7 йилгача. |

Нур терапиясини асосий даволаш усули сифатида фақат қуйидаги аденомэктомия қилиш мумкин бўлмаган ҳолларда қўллаш тавсия этилади:

| | |
|----|--|
| 1A | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> жарроҳлик усулда даволашга мутлақ қарши кўрсатмалар мавжудлиги <input type="checkbox"/> беморнинг жарроҳлик аралашувидан қатъий воз кечиши <input type="checkbox"/> медикаментоз даволашда дори воситаларининг самара бермаслиги ёки организм дорини қабул қилмаслиги |
|----|--|

Қўшимча усул сифатида:

| | |
|----|---|
| 3C | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Атрофдаги тузилмаларга, шу жумладан каверноз синусларга ва ҳатто чакка бўлақларга инвазив кирган агрессив гипофиз ўсмалари учун. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • аденома тўлиқ олиб ташланмаган тақдирда, айниқса салбий гистологик ҳулоса бўлганда (кўп сонли митозлар, Ki-67 юқори пролиферация индекси, хужайра атипияси) кейинги хужайра пролиферациясини ва СТГ гиперпродукциясини бостириш учун. • Соматостатин аналоглари билан терапияга резистент беморлар ёки ушбу турдаги даволанишга жиддий қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда, шунингдек, дори терапиясининг давомийлигини қисқартириш учун (даволаш нархини пасайтириш ёки терапия ёмон қабул қилинганда). |
| 1A | Нур терапияси беморларнинг 60% дан ортиғида биокимёвий кўрсаткичларни назорат қилиши мумкин ва ўсимта ўсишини назорат қилишда юқори самарали (>90%), умрбод қиммат тиббий даволанишни йўқ қилиш истиқболларини таклиф қилади. |
| 1A | Нур терапиянинг самарадорлигига даво бошлангандан 10-15 йил ўтгач эришиш мумкин |

Радиацион терапия учун қарши кўрсатмалар:

| | |
|----|---|
| 3C | Агар аденома кўрув нервлари хиазмасига яқин жойлашган бўлса (5мм дан кам) нур терапиясини ўтказиш тавсия этилмайди (қарши кўрсатма), айниқса кўрув майдонининг нуқсонлари мавжуд бўлса, нур терапиясидан кейин шиш пайдо бўлади, бу мавжуд кўриш бузилишини кучайтириши мумкин. |
|----|---|

Кейинги олиб бориш

- жарроҳлик усулида даволаш ва нур терапиясидан сўнг бемор яшаш жойидаги эндокринолог шифокори кузатувида бўлади ва зарур ҳолларда кўрсатма бўйича патогенетик терапия олади.
- операциядан кейинги мониторинг

- Операциядан кейинги эрта даврда (5-8 кун) белгиланган даволаш самарадорлигининг гормонал мониторинги СТГни аниқлашдан иборат.
- 3, 6 ва 12 ойдан кейин ва кейин чоракда бир марта ОГТТ давомида ИЎО -1 ёки СТГ аниқланади. СТГ миқдори $<0,4$ мкг/мл (юқори сезгир таҳлиллар ёрдамида) ёки <1 мкг/мл (сезгир таҳлиллар ёрдамида) ремиссияни англатади;
- Биринчи 1-10 кун ичида троп гормонлар аниқланади. Ўрин босувчи гормонал терапия глюкокортикоид йетишмовчилигини тўлдиришдан бошланиши керак. Қалқонсимон безга дори воситаларини 1-2 ойдан кейин буюриш мумкин.
- Дори ремиссияси бўлган беморларда, терапия бошланганидан 1-2 йил ўтгач, қолдиқ гипофиз функциясини аниқлаш учун ИЎО -1 назорати остида даволанишни 1-2 ойга тўхтатиш тавсия этилади. Агар ИЎО -1 даражаси нормал бўлиб қолса, даволаниш тўхтатилади.
- Узоқ муддатли соматостатин аналогларини олган беморларда йилига бир марта жигар ва ўт йўлларининг ултратовуш текшируви ўтказилади.
- Нур терапияси олган беморларда йилига бир марта ТТГ, Эркин Т4, АКТГ, кортизол, гонадотроп, жинсий гормонлар, пролактин аниқланади ва керак бўлганда ўрин босувчи гормонал терапия ўтказилади.
- Нейрохирург, КТ ва МРТ кузатуви - 6-12 ойдан кейин.
- Кўришни назорат қилиш учун йилига бир марта офталмолог томонидан текширув.
- Акромегалия асоратлари - қандли диабет, артериал гипертензия, юрак ишемик касаллиги ва бошқаларни ташхислаш ва даволаш.

Протоколда тавсифланган диагностика ва даволаш усулларининг даволаш самарадорлиги ва хавфсизлиги кўрсаткичлари Намоён бўлишининг пасайиши ёки йўқолиши:

- бош оғриғи, терлаш, юз, қўллар, оёқларнинг шишиши
- юздаги ўзгаришларнинг яхшиланиши, қўл ва оёқ ҳажмининг кичрайиши
- меҳнат қобилиятини ошиши
- ИЎО -1 даражасини нормага келиши
- функционал тестлар билан тасдиқланган нормал СТГ секрециясини тиклаш
- кўриш майдонларини тиклаш

Акромегалия ремиссияси мезонлари Тўлиқ ремиссия

- Фаолликнинг клиник белгилари йўқ
- Базал СТГ $<0,4$ нг/мл
- ОГТТ фонид минимал СТГ миқдори $< 0,4$ мкг/мл (юқори сезгир таҳлиллар ёрдамида) ёки <1 мкг/мл (сезгир таҳлиллар ёрдамида) • Жинс ва ёшга қараб ИЎО -1нинг нормал даражаси.

Ремиссия мавжуд эмас

Фаолликнинг клиник белгилари бор

- ОГТТ фонида минимал СТГ миқдори > 1 нг/мл (> 2,7 мЕд/л) □
ИЎО -1 миқдорининг ортиши.

1. Акромегалиянинг олдини олиш чоралари мавжуд эмас. Фақат бошни жароҳатлардан ҳимоя қилиш ва сурункали юқумли касалликларни ўз вақтида даволашни тавсия қилиш мумкин. Терапевт, невролог ва офталмологларнинг ҳар йиллик профилактик текширувлари касалликни эрта босқичда аниқлашга ёрдам беради. Ташқи кўринишдаги характерли ўзгаришлар, бош оғриғи ёки кўриш майдонининг торайиши бўлса, дарҳол шифокорга мурожаат қилиш керак.

Беморлар учун маълумот

Акромегалия нима?

Акромегалия (*Acromegaly*) — бу организмда ортикча ўсиш гормони ишлаб чиқарилиши бўлиб, бунинг натижасида, юз тузилиши кўполлашади, қўллар ва оёқлар катталашади, кўриш ёмонлашади, бош оғриғи ва бўғимларда оғриқ пайдо бўлади. Касаллик аста-секин ривожланади, шунинг учун кўпинча биринчи аломатлар пайдо бўлганидан кейин 5-10 йил ўтгач аниқланади.

Акромегалия нима учун хавфли?

Кечиктирилган ташхис ва Акромегалиянинг нотўғри даволаниши касалликнинг оғир асоратларини ривожланишига олиб келади, бу тананинг деярли барча тизимларига таъсир қилади ва умр кўриш давомийлигининг қисқаришига олиб келиши мумкин. Ўлим асосан юрак-қон томир касалликлари, нафас олиш касалликлари ва баъзи тадқиқотларда хавфли ўсмалардан келиб чиқади.

Акромегалия ривожланишининг асосий сабаблари

Гипофиз безининг яхши сифатли гормонал фаол ўсмаси 95% ҳолларда Акромегалиянинг сабаби ҳисобланади. 2% дан кам ҳолларда нейроэндокрин ҳужайралардан ташкил топган ўсмалар, ўпка, ошқозон ости беши, ичак ва медиастинал соҳада жойлашган. Касалликнинг бошқа сабаблари орасида ирсий эндокрин касалликлар мавжуд: Вермер ва МакКюн-Олбрайт синдромлари, Карни комплекси ва бошқалар.

Акромегалиянинг қандай белгилари мавжуд?

Акромегалия белгилари:

- ташқи кўринишнинг ўзгариши — лаб, қулоқ ва бурун катталашади, қош тепаси ва пастки жағ ташқарига бўртиб чиқади;
- тил катталашади ва қалинлашади, бу унинг орқа томонида тиш изларини кўришга олиб келади;

- тери қалинлашади ва дағаллашади;
- қўл ва оёқ суяклари қалинлашади;
- кучли терлаш;
- ҳайз цикли бузилиши;
- ерекция ва либидо пасайиши;
- бош оғриғи, кўришнинг ёмонлашиши, хотиранинг сустлашиши.

Беморлар йиллар давомида аломатларга аҳамият бермайдилар ва ташқи кўринишдаги ўзгаришларни сезганларидан кейин шифокорга мурожаат қилишади. Улар, айниқса, эски ва янги фотосуратларни солиштирганда кўринади.

Акромегалия қандай даволанади?

Оператив усулда даволаш, медикаментоз терапия ҳамда нур терапияси мавжуд. Диагноз қўйиш ва даволаш усулини танлаш фақатгина мутахассислар томонидан амалга оширилади.

Яшаш жойидаги эндокринолог ёки терапевтга мурожаат қилиши керак. Яшаш жойидаги эндокринологда узоқ вақт назорат остида бўлиши шарт.

Дори воситаларини тўғри қабул қилиш:

- Дори-дармонларни шифокор буюрганидек қабул қилинг.
- Шифокорингиздан сўрамасдан дозани ўтказиб юборманг ёки ўзгартирманг.

Шифокор билан боғланиш: эндокринологингизнинг исмини ва телефон рақамини ёзиб олинг

_____ **Қўллаб-қувватлаш: сизга малакали ёрдам кўрсатадиган энг яқин шифохонанинг манзили ва телефон рақамини ёзинг:** _____

**АКРОМЕГАЛИЯ ВА ГИПОФИЗАР ГИГАНТИЗМГА ТИББИЙ АРАЛАШУВ УЧУН
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

ХКТ-10 бўйича кодлар:

| | |
|---|-------------------------------------|
| E 22.0 | Акромегалия ва гипофизар гигантизм |
| https://mkb-10.com/index.php?pid=3112 | |
| 5A60.0 | Акромегалия ва гипофизар гигантизм. |
| МКБ-11 для ведения статистики смертности и заболеваемости | |

2.1. Кириш

Сўнги йилларда дунёнинг турли географик минтақаларида турли даражадаги Соғлиқни Сақлаш Тизимига эга бўлган мамлакатларда ўтказилган бир қатор тадқиқотлар Акромегалиянинг тарқалиши ва учраши мос равишда йилига 100 000 кишига 2,8-13,7 ва 100 000 кишига 0,2-1,1 ҳолатни ташкил етди. Ўзбекистон Республикасида акромегалия учраши 100 минг аҳолига 1,6 тани ташкил этади. Ўз вақтида ташхис қўйиш ва ташхис қўйишнинг кечикиши ҳали ҳам муҳим деб ҳисобланади. Касалликнинг пайдо бўлиши бемор ҳаётининг 5чи ўн йиллигида, 40,5 ва 47 ёш бўлган даврда тасдиқланади (эркаклар учун: 36,5-48,5 ёш, аёллар учун 38-56 ёш). Маълумки, Акромегалиянинг биринчи белгилари пайдо бўлишидан ташхис қўйишгача бўлган давр, турли тадқиқотларга қўра, 3 йилдан 25 йилгача, ўртача 4,5-5 йилни ташкил қилади. Буларнинг барчаси ташхис қўйиш вақтида макроаденомаларнинг кўп учрашини (2/3 дан кўпроғи) келтириб чиқаради, бу эса жарроҳлик даволашнинг радикаллигини кучайтиради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27743174/>).

Маълумки, назоратсиз акромегалия ўртача умр кўриш давомийлигининг қисқариши, ўлим даражасини бир хил ёшдаги ва жинсдаги беморларда назорат гуруҳдагиларга нисбатан 2-3 баравар кўпайиши билан боғлиқ. Ўлим асосан юрак-қон томир касалликлари, нафас олиш касалликлари ва баъзи тадқиқотларда ёмон сифатли ўсмалардан келиб чиқади.

1.2. Таъриф

Акромегалия - тўлиқ физиологик ўсишдан тўхтаган одамларда ўсиш гормони (соматотропин, СТГ) нинг сурункали ортиқча секрецияси натижасида келиб чиққан нейроэндокрин касаллик ҳисобланиб, суяклар, тоғайлар, юмшоқ тўқималар, ички органларнинг номутаносиб периостал ўсиши, шунингдек, юрак-қон томир, ўпка тизими, периферик эндокрин безлар, моддалар алмашинуви функционал ҳолатининг бузилиши билан тавсифланади (<https://doi.org/10.14341/probl20135964-18>).

Тиббий аралашувлар:

- Гипофиз ўсимтасини жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш
- Гипофиз ўсмалари учун нур терапияси

- Медикаментоз терапия
- Гормонлар даражасини аниқлаш - СТГ, ИҶО -1. Агар керак бўлса, пролактин, АКТГ, кортизол, ТТГ, Эркин Т4, ЛГ, ФСГ, тестостерон, Э2 даражасини ўрганиш тавсия этилади.
- Визуализацион тадқиқотларини ўтказиш - бош мия ва гипофиз контрастли / контрастсиз МРТ; қарши кўрсатмалар бўлганда (сунъий юрак стимулятори, металл имплантлар ва бошқалар мавжудлиги) - КТ.
- Агар хиазмнинг сиқилишига шубҳа бўлса (МРТ бўйича) ёки тегишли шикоятлар мавжуд бўлса, кўз туби ва кўриш майдонларини текшириш тавсия этилади.

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

| № | Сифат мезонлари | Бажаришни баҳолаш |
|---|--|-------------------|
| 1 | Гормонал кўрсаткичларни нормаллаштириш. | Ҳа/Йўқ |
| 2 | Ўсма ҳажмини камайтириш, "ҳажм эффекти" ни йўқ қилиш. | Ҳа/Йўқ |
| 3 | Тизимли асоратларни назорат қилиш ва касалликнинг қайталанувчи белгиларини бартараф этиш. | Ҳа/Йўқ |
| 4 | Беморнинг ҳаёт сифатини ҳам асосий касалликнинг ремиссияси бошланиши туфайли, ҳам бирга келадиган касалликлар ва метаболик касалликларни даволаш туфайли яхшилашга эришиш. | Ҳа/Йўқ |

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш бўйича тавсияларнинг ишончлилик даражаси

| № | Сифат мезонлари | Тавсияларнинг ишончлилик даражаси |
|---|---|-----------------------------------|
| 1 | Гормонал кўрсаткичларни нормаллаштириш. | A1 |
| 2 | Ўсма ҳажмини камайтириш, "ҳажм эффекти" ни йўқ қилиш | A1 |
| 3 | Тизимли асоратларни назорат қилиш ва касалликнинг қайталанувчи белгиларини бартараф этиш. | C2 |

Беморнинг ҳаёт сифатини ҳам асосий касалликнинг ремиссияси бошланиши туфайли, ҳам бирга келадиган касалликлар ва метабolik касалликларни даволаш туфайли яхшилашга эришиш.

2-Илова

Тиббий аралашув учун хабардор қилинган ихтиёрий розилик

Тиббий аралашув - беморнинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қилувчи ва профилактика, тадқиқот, диагностика, терапевтик, реабилитация йўналиши, тиббий кўрик турлари ва (ёки) тиббий манипуляцияларга эга бўлган беморга нисбатан тиббий ходим томонидан амалга оширилади.

1. Мен, _____ (бемор Ф.И.Ш.)
«_____» _____ туғилган _____ йили, _____ яшаш
манзили _____

(беморнинг ёки унинг қонуний вакилининг яшаш манзили)

ушбу тиббий аралашув учун розилик
бераман _____

(тиббий муассасанинг номи)

2. Менга очик бўлган шаклда, бўлажак тиббий аралашувларнинг мумкин бўлган усуллари ва турлари, уларнинг оқибатлари, бўлажак текширув, диагностика ва/ёки даволашнинг зарурати, мақсади ва кутилаётган натижалари, шу жумладан асоратлар эҳтим оли, шунингдек тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари Менга тушунтиришди.
3. Менга тиббий аралашувнинг натижасини аниқ башорат қилиш мумкин эмаслиги маълум қилинди. Мен ҳар қандай даволаниш ёки операция ҳаёт учун хавф туғдиришини ва вақтинча ёки доимий, қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келиши мумкинлигини тушунаман. Тиббий аралашув натижалари бўйича ҳеч қандай кафолатлар берилмайди.
4. Мен диагностика, терапевтик ва бошқа тиббий аралашувлар давомида кутилмаган фавқулодда вазиятлар ва асоратлар юзага келиши мумкинлигини тушунаман, бунда мен зарур фавқулодда ҳаракатларга (қайта операциялар ёки муолажалар) розилик бера олмаслигим мумкин. Бундай ҳолатларда тиббий аралашув шифокорлар томонидан ўз хоҳишига кўра ўзгартирилиши мумкин.
5. Биламанки, бўлажак тиббий аралашувнинг самарадорлигини ошириш учун мен шифокорни соғлигим, ирсиятим билан боғлиқ барча муаммолар, шу жумладан

аллергик ҳолатлар, дори воситалари ва озиқ-овқат маҳсулотларига юқори индивидуал сезувчанлик, шунингдек, тамаки чекиш, алкоголь истеъмол қилиш, гиёҳвандлик ёки токсик дорилар қабул қилиш тўғрисида хабардор қилишга мажбурман.

6. Операция пайтида қон йўқотилиши ва донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш зарурати пайдо бўлиши мумкинлигини тушунаман, мен бунга ихтиёрий равишда розиман. Мен даволовчи шифокордан қон ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш мақсади, қон қуйиш зарурияти, муолажаси табиати ва хусусиятлари, юзага келиши мумкин бўлган оқибатлар ҳақида тушунтиришлар олдим, бу ҳолда барча зарур тиббий чораларни кўришга розиман. Агар мен қон ва унинг таркибий қисмларини қуйишдан бош тортсам, касалликнинг эҳтим олий кечиши ҳақида маълумот олдим.
7. Мен диагностика ва даволаш жараёнини ҳар қандай ахборот ташувчисиди, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланган ҳолда ёзиб олишимга, шунингдек, диагностика ва даволаш мақсадларида мендан биологик материаллар, жумладан хужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар намуналарини олишга розиман.
8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда профилактика, диагностика, даволаш ва реабилитациянинг бир ёки бир нечта усулларидадан воз кечиш ёки уни тўхтатишни талаб қилиш ҳуқуқига эга эканлигим тушунтирилди ва бундай рад этишнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.
9. Менинг касаллигим ва даволанишим ҳақидаги маълумотларни фақат қуйидагиларга тақдим этишга рухсат бераман:

(ишонч билдирилган шахслар)

11. Мен ушбу ҳужжатнинг барча бандларини ўқиб чиқдим ва уларни тушундим, буни қуйида имзоим тасдиқлайди.

Имзо

Сана «__» _____ й.

**АКРОМЕГАЛИЯ ВА ГИПОФИЗАР ГИГАНТИЗМ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

ХКТ-10 бўйича кодлар:

| | |
|---|-------------------------------------|
| E 22.0 | Акромегалия ва гипофизар гигантизм |
| https://mkb-10.com/index.php?pid=3112 | |
| 5A60.0 | Акромегалия ва гипофизар гигантизм. |
| МКБ-11 для ведения статистики смертности и заболеваемости | |

3.1. Кириш

Сўнгги йилларда дунёнинг турли географик минтақаларида турли даражадаги Соғлиқни Сақлаш Тизимига эга бўлган мамлакатларда ўтказилган бир қатор тадқиқотлар Акромегалиянинг тарқалиши ва учраши мос равишда йилига 100 000 кишига 2,8-13,7 ва 100 000 кишига 0,2-1,1 ҳолатни ташкил этди. Ўзбекистон Республикасида акромегалия учраши 100 минг аҳолига 1,6 тани ташкил этади. Ўз вақтида ташхис қўйиш ва ташхис қўйишнинг кечикиши ҳали ҳам муҳим деб ҳисобланади. Касалликнинг пайдо бўлиши бемор ҳаётининг 5чи ўн йиллигида, 40,5 ва 47 ёш бўлган даврда тасдиқланади (эркаклар учун: 36,5-48,5 ёш, аёллар учун 38-56 ёш). Маълумки, Акромегалиянинг биринчи белгилари пайдо бўлишидан ташхис қўйишгача бўлган давр, турли тадқиқотларга кўра, 3 йилдан 25 йилгача, ўртача 4,5-5 йилни ташкил қилади. Буларнинг барчаси ташхис қўйиш вақтида макроаденомаларнинг кўп учрашини (2/3 дан кўпроғи) келтириб чиқаради, бу эса жарроҳлик даволашнинг радикаллигини кучайтиради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27743174/>).

Маълумки, назоратсиз акромегалия ўртача умр кўриш давомийлигининг қисқариши, ўлим даражасини бир хил ёшдаги ва жинсдаги беморларда назорат гуруҳдагиларга нисбатан 2-3 баравар кўпайиши билан боғлиқ. Ўлим асосан юрак-қон томир касалликлари, нафас олиш касалликлари ва баъзи тадқиқотларда ёмон сифатли ўсмалардан келиб чиқади.

3.2. Таъриф

Акромегалия - тўлиқ физиологик ўсишдан тўхтаган одамларда ўсиш гормони (соматотропин, СТГ) нинг сурункали ортиқча секрецияси натижасида келиб чиққан нейроэндокрин касаллик ҳисобланиб, суяклар, тоғайлар, юмшоқ тўқималар, ички органларнинг номутаносиб периостал ўсиши, шунингдек, юрак-қон томир, ўпка тизими, периферик эндокрин безлар, моддалар алмашинуви функционал ҳолатининг бузилиши билан тавсифланади (<https://doi.org/10.14341/probl20135964-18>).

3.3. Олдини олиш усуллари ва чоралари [article/n/mezhdunarodnye-...](#):

Акромегалия учун махсус профилактика йўқ. Касалликнинг хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда, бурун халқумни мунтазам равишда санитария қилишни, сурункали юқумли касалликларни ўз вақтида даволашни ва бошни шикастланишдан ҳимоя қилишни тавсия этиш мумкин. Касалликнинг натижаси кўп жиҳатдан ўз вақтида ташхис қўйишга боғлиқ, шунинг учун терапевт, невролог ва офтальмолог билан профилактика чораларини кўриш тавсия этилади, ҳар қандай кўриш бузилиши, ташқи кўринишдаги ўзгаришлар ёки бош оғриғи учун сиз шифокор билан маслаҳатлашингиз керак. Акромегалия билан оғриган беморларнинг катталар гуруҳининг скрининги йўқ.

3.4. Акромегалия билан оғриган беморларни реабилитация қилиш.

Акромегали билан оғриган беморларни реабилитация қилиш мураккаб бўлиб, бу эрда беморнинг аҳволини мунтазам тиббий назорат қилиш даволаш самарадорлигини кузатиш ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларни кузатиш учун муҳимдир. Умумий реабилитация тадбирлари диета ва жисмоний фаолиятни ўз ичига олади - соғлом овқатланиш ва ўртача жисмоний фаоллик умумий саломатликни сақлашга ва вазни бошқаришга ёрдам беради, бу айниқса семизликка мойил бўлиши мумкин бўлган акромегалия билан оғриган беморлар учун муҳимдир. Акромегалия ташқи кўринишдаги ўзгаришлар ва жисмоний чекловлар туфайли беморнинг психологик ҳолатига сезиларли таъсир кўрсатиши мумкинлиги сабабли, психолог ёки психотерапевтнинг ёрдами зарур. Стрессдан қочиш, яхши ухлаш ва мунтазам сув ичиш ҳам акромегали беморнинг умумий фаровонлигига ҳисса қўшиши мумкин.

Жисмоний реабилитация усуллари ҳаёт сифатига, ҳиссий фонга, таянч-ҳаракат, юракқон томир, нафас олиш ва бошқа тизимларнинг ҳолатига ижобий таъсир кўрсатиши мумкин. Реабилитация чоралари индивидуалдир ва шифокор ва бошқа мутахассислар билан маслаҳатлашган ҳолда ҳар бир беморнинг ўзига хос эҳтиёжларига мувофиқ ишлаб чиқилиши керак. Умуман олганда, ўз вақтида ташхис қўйиш ва самарали даволаш, гормонал назорат СТГ даражасини нормаллаштириш акромегалиянинг турли хил асоратларининг олдини олишда марказий ўринни эгаллайди. Шу билан бирга, жисмоний реабилитация ёрдамчи усул сифатида ҳаёт сифатини яхшилаш, қўшма касалликларнинг юрак-қон томир хавфига таъсирини юмшатиш ва акромегалия билан оғриган беморларнинг умр кўриш давомийлигини ошириш имкониятига эга.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Федеральные клинические рекомендации по клинике, диагностике, дифференциальной диагностике и методам лечения акромегалии Акад. И.И. Дедов, д.м.н. Н.Н. Молитвословова, проф. Л.Я. Рожинская, акад. Г.А. Мельниченко// Проблемы эндокринологии, 6, 2013 стр 6-18
2. Пронин В.С., Пронин Е.В. Международные консенсусные соглашения по диагностике и лечению акромегалии // Аналитические обзоры: Эндокринология: новости, мнения, обучение. - 2019.- Том 8, № 1.

3. Flseriu M. et all. //A Pituitary Society update to acromegaly management guidelines,- Pituitary (2021) 24:1–13
4. Giustina et al. Multidisciplinary management of acromegaly: A consensus// [Rev Endocr Metab Disord. 2020 Dec; 21\(4\): 667-678.](#) doi: [10.1007/s11154-020-09588-3](#)
5. Giustina, A. et all. Expert consensus document: A consensus on the medical treatment of acromegaly// Nat. Rev. Endocrinol.- 2014.- № 10.- C. 243–248.
6. Katznelson L, Atkinson JL, Cook DM, Ezzat SZ, Hamrahian AH, Miller KK; AACE Acromegaly Task Force. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Treatment of Acromegaly-2011 update: executive summary. Endocr Pract. 2011 Jul-Aug;17(4):636-46
7. Katznelson L, Laws ER Jr, Melmed S, Molitch ME, Murad MH, Utz A, Wass JA; Endocrine Society. Acromegaly: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2014 Nov;99(11):3933-51
8. Khalimova Z. Y, Kholikova A.O. * , . Mirsaidova U. A, Abidova D. H. Prevalence of Acromegaly in the Republic of Uzbekistan// American Journal of Medicine and Medical Sciences 2019, 9(8): 293-297 DOI: 10.5923/j.ajmms.20190908.04
9. Lavrentaki A., Paluzzi A. , John A. H. Wass, Niki Karavitaki, Aikaterini Lavrentaki. Epidemiology of acromegaly: review of population studies// [Pituitary.](#)- 2017.- Volume 20.- P. 4–9.
10. Lucio Vilar., Clarice Freitas, Ruy Lyra, Raissa Lyra, Luciana A. Naves3 Acromegaly: clinical features at diagnosis// [Pituitary.](#)-2017.- 20 (1).-C. 22-32.
11. Melmed S, Casanueva F.F, Klibanski A, Bronstein M.D. et all. A consensus on the diagnosis and treatment of acromegaly complications // Pituitary.- 2013.-16(3).- C.294–302.
12. Melmed S., Bronstein M.D., Chanson P. et all. A consensus statement on acromegaly therapeutic outcomes// Nat Rev Endocrinol.- 2018.-№14(9).-C. 552–61.