**Акромегалия.**

**Акромега́лия** (от [греч.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) ἄκρος — конечность и [греч.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) μέγας — большой) — [заболевание](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5), связанное с нарушением функции передней доли [гипофиза](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B7) ([аденогипофиз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B7)); сопровождается увеличением (расширением и утолщением) [кистей,](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%8C_%28%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F%29) [стоп](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BF%D0%B0), [черепа](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BF), особенно его лицевой части.

 Акромегалия возникает обычно после завершения роста организма; развивается постепенно, длится много лет. Вызывается выработкой чрезмерного количества [соматотропного гормона](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%BE%D0%BD). Аналогичное нарушение деятельности гипофиза в раннем возрасте вызывает [гигантизм](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%B7%D0%BC) (при отсутствии лечения гигантизм со временем может совместиться с акромегалией.

 Издавна люди, обладающие выдающимися атлетическими способностями—запредельно высоким ростом, большим весом, увеличенными размерами конечностей, огромной физической силой—привлекали к себе внимание окружающих, которые наделяли их особенным незаурядным происхождением.

 Акромегалия представляет собой тяжелое нейроэндокринное заболевание, характеризующееся прогрессирующим нефизиологическим увеличением клеточной массы организма, проявляющимся диспропорциональным ростом костей скелета, увеличением объема мягких тканей и внутренних органов, а также быстрым развитием системных и обменных нарушений, существенно снижающих качество жизни пациентов и вызывающих их раннюю инвалидизацию и преждевременную смерть.

 Акромегалия и гигантизм относятся к нейроэндокринным заболеваниям, в основе которых лежит патологическое повышение ростовой активности.

Гигантизм- заболевание, возникающее у детей и подростков с не закончившимся физиологическим ростом, характеризующееся превышающим физиологическим ростом костей, мягких тканей и органов. Патологическим считается рост выше 200 см у мужчин и 190см у женщин.

 Ведущим признаком акромегалии является ускоренный рост тела, но не в длину, а в ширину, что проявляется в диспропорциональном увеличении костей скелета, внутренних органов, нарушением обмена веществ. Заболевание развивается ,как правило ,у взрослых.

 Причиной акромегалии является аденома гипофиза - соматотропинома, продуцирующая избыточное количество соматотропного гормона (СТГ).

 Больных беспокоят онемение в руках, слабость, сухость во рту, боли в суставах, ограничение и болезненность движений. В связи с прогрессирующим увеличением размеров тела больные вынуждены часто менять обувь, перчатки, головные уборы, белье, одежду., ухудшение зрения, изменение полей зрения. Почти у всех женщин нарушается менструальный цикл, у мужчин развивается половая слабость. Нередки жалобы на раздражительность, нарушение сна, снижение работоспособности. Изменение. внешности связано с огрубением черт лица, увеличение надбровных дуг, скуловых костей, нижней челюсти с нарушением прикуса и расширением межзубных промежутков. Отмечается укрупнение стоп, кистей, увеличение мягких тканей лица- носа, губ, ушей. Увеличивается язык с отпечатками зубов. При акромегалии отмечается изменение цвета кожных покровов, особенно в кожных складках и местах трения. Кожа влажная, жирная, плотная, утолщенная, с глубокими складками, которые больше выражены на волосистой части головы. Отмечается выраженный рост волос.

Развитие акромегалии включает в себя ряд стадий: преакромегалическую, гипертрофическую, опухолевую, кахектическую.

 Первая стадия характеризуется наиболее ранними признаками заболевания, которые обычно трудно диагностируются.

 Вторая стадия регистрируется при наличии у больных характерных для заболевания явлений гипертрофии и гиперплазии тканей и органов.

 При опухолевой стадии в клинической картине преобладают признаки, вызванные опухолевым процессом в гипофизе на окружающие ткани.

 Кахектическая стадия является исходом заболевания.

По степени активности различают активную и стабильную фазы заболевания. Имеется два варианта течения акромегалии: доброкачественное и злокачественное. Заболевание развивается медленно. Без лечения доброкачественное заболевание может продолжаться от 10 до 30 лет и более лет. Прогноз в отношении жизни и работоспособности благоприятный. При злокачественном течении акромегалии заболевание возникает в более молодом возрасте, характеризуется быстро прогрессирующим развитием клинических симптомов. При отсутствии своевременного и адекватного лечения продолжительность жизни значительно уменьшается.

 Больные акромегалией нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении эндокринолога, невролога, офтальмолога.

Характерный внешний вид и анализ позволяют сразу заподозрить акромегалию. Для подтверждения диагноза проводят следующие лабораторные исследования:

1. Определяют базальный уровень СТГ в сыворотке в разные дни (дважды или трижды), чтобы исключить случайные колебания уровня СТГ.
2. Проба с глюкозой. Это самая надежная подтверждающая проба. Пациенту назначают раствор, содержащий 50—100 г глюкозы, перорально и через 60—90 минут проводят анализ.

Необходимое для акромегалии лечение включает в себя:

* препараты, подавляющие выработку гормона роста;
* оперативное лечение (удаление опухоли мозга);
* гамма- или лучевая терапия на область гипофиза.

Метод лечения подбирается индивидуально для каждого конкретного случая. Преимущество [хирургического лечения](https://pituitary.com.ua/lechenie/hirurgicheskoe-lechenie/) акромегалии (удаление аденомы гипофиза — [соматотропиномы](https://pituitary.com.ua/adenoma-gipofiza/somatotropinoma/)) заключается в быстром снижении гормона роста и устранении компрессии опухоли на близлежащие структуры. Также выделяют [консервативную (медикаментозное лечение)](https://pituitary.com.ua/lechenie/medikamentoznoe-lechenie/) и [лучевую терапии](https://pituitary.com.ua/lechenie/luchevoe-lechenie/)

Хирургический метод лечения заключается в удалении опухоли гипофиза в специализированном нейрохирургическом отделении. Это самый распространенный и эффективный метод, поскольку если опухоль полностью удалена, очень быстро нормализуется уровень гормона роста и ИРФ-1, и улучшается самочувствие. Оперативное удаление опухоли гипофиза обязательно в случаях, когда нарушено зрение. Однако полное излечение в большинстве случаев отмечается у больных с небольшими (менее 10 мм) опухолями гипофиза. При опухолях более 10 мм, после нейрохирургического вмешательства сохраняется повышенное содержания гормона роста и ИРФ-1, что требует проведения дальнейшего лечения.

Медикаментозный метод лечения состоит в том, что больной получает лекарственные препараты, которые тормозят выработку гормона роста и ИРФ-1.

В настоящее время существует две основные группы медикаментозных препаратов для лечения акромегалии.

I группа - аналоги соматостатина (пептидного гормона, ингибирующего секрецию множества других гормонов и моноаминов), которые являются современными и самыми эффективными на сегодняшний день медикаментозными средствами лечения акромегалии.

Препараты пролонгированных аналогов соматостатина – эффективные средства в качестве первичного (основного) метода лечения, особенно в тех случаях, когда имеются противопоказания хирургическому лечению или пациент отказывается от операции, а также у пожилых людей. Аналоги соматостатина назначаются для предоперационной подготовки, а также используются, если после хирургического лечения или после лучевой терапии не наступает ремиссии.

II группа – агонисты дофамина. Дофамин – биологически активное вещество, которое обладает свойством тормозить выработку гормона роста у больных акромегалией (но не у здоровых людей). Его дозировка определяется в зависимости от степени развития заболевания и индивидуальной чувствительности к препарату. К сожалению, препараты этой группы действуют не на всех больных. Кроме того, для достижения оптимального эффекта требуются большие дозы препаратов, что нередко вызывает побочные эффекты в виде сухости во рту, [заложенности носа](http://doctorpiter.ru/articles/168/), тошноты, снижения артериального давления, болей в подложечной области.

В подавляющем большинстве случаев эти препараты используются в качестве дополнительной терапии после хирургического или лучевого лечения, а также когда нет возможности применять аналоги соматостатина.

Лучевой метод лечения заключается в облучении гамма-лучами либо протоновым пучком области гипофиза. В настоящее время гамма-терапия не рекомендуется как самостоятельный метод лечения, так как эффект проявляется не раньше чем через 3-5 лет после облучения, к тому же, слишком велик риск развития осложнений. Этот метод применяют в исключительных случаях – при категорическом отказе больного от всех других видов лечения, или как дополнительное лечение после хирургического вмешательства при невозможности полного удаления опухоли гипофиза и отсутствии ремиссии заболевания, а также при определенных особенностях клеток опухоли гипофиза, которые выявляются после исследования удаленной ткани.

Протонотерапия может быть первичным методом лечения у больных с умеренно повышенным содержанием гормона роста (не более 20 нг/мл) и ИРФ-1 (не более 600-700 нг/мл) в крови и небольшим размером опухоли гипофиза.

Эффект от лучевой терапии развивается в течение нескольких лет, поэтому все больные, выполнившие курс лечения, нуждаются в дополнительном назначении медикаментозной терапии.

Заведующая диабетцентром

Загребельная О.А.