**Акромегалия**  - это тяжелое эндокринное заболевание, связанное с хронической избыточной продукцией гормона роста у взрослых и характеризующееся патологическим диспропорциональным ростом костей, хрящей, мягких тканей, внутренних органов, а также нарушением деятельности сердечно-сосудистой, легочной системы, эндокринных желез и обмена веществ.

Распространенность акромегалии составляет от 40 до 125 случаев, а заболеваемость – от 3 до 4 новых случаев на миллион населения. Однако целый ряд исследований последних лет показал более высокую распространенность этого заболевания.

Зачастую происходит поздняя диагностика акромегалии, потому что симптомы развиваются медленно, годами и являются неспецифическими, т.е. напоминают симптомы многих других заболеваний: артериальной гипертензии, диабета, заболеваний суставов и др. Средний возраст постановки диагноза – 40 лет, мужчины и женщины болеют приблизительно одинаково часто. При этом смертность больных с активной акромегалией в 10 раз выше, чем в общей популяции.

Бывают случаи семейной акромегалии, если акромегалия, аденомы гипофиза встречались у родственников.

Основной причиной развития акромегалии является избыточная продукция соматотропного гормона в гипофизе в связи с образованием опухоли гипофиза. Этот гормон в детском и подростковом возрасте влияет на рост ребенка. У взрослых его избыточная продукция вызывает диспропорциональный рост костей, хрящей, рост внутренних органов, и, соответственно, внешний вид пациента и нарушение функции сердца, легких, суставов. Нарушается обмен веществ: повышается сахар крови, развивается диабет, может повышаться артериальное давление. Одним из первых симптомов может быть увеличение размера обуви, головные боли, потливость, изменение черт лица.

 ДИАГНОСТИКА АКРОМЕГАЛИИ

**Врач (эндокринолог) может заподозрить наличие акромегалии у пациента, если он имеет два и более из следующих клинических проявлений:**

* Изменение внешности: диспропорциональное укрупнение черт лица, кистей и стоп, прогнатизм, укрупнение языка
* Распространенные боли в суставах
* Головные боли
* Синдром запястного канала
* Синдром ночного апноэ
* Повышенное потоотделение
* Дневная сонливость и повышенная утомляемость
* Впервые выявленный сахарный диабет
* Впервые выявленная или трудно поддающаяся лечению гипертония
* Бивентрикулярная гипертрофия, диастолическая или систолическая дисфункция левого желудочка сердца
* Снижение остроты и сужение полей зрения
* Полипы толстого кишечника

**Лабораторная диагностика**

Существуют доступные и достаточно чувствительные лабораторные тесты, позволяющие рано выявить наличие заболевания и поставить диагноз акромегалии. Основными для постановки диагноза являются:

- определение уровня инсулиноподобного фактора роста -1 (ИФР-1);

- определение уровня соматотропного гормона (СТГ).

На сегодняшний день первым и наиболее чувствительным тестом признано определение уровня ИФР-1. Важно знать ,что повышение концентрации ИФР-1 наблюдается при беременности, тиреотоксикозе. К снижению уровня, т. е. к ложноотрицательным значениям, приводят системные заболевания, печеночная или почечная недостаточность, недостаточное питание и сахарный диабет, прием эстрогеносодержащих препаратов женщинами ( контрацептивы).

**Инструментальное обследование** направлено на выявление образования в головном мозге (гипофизе). Проводится МРТ головного мозга (области гипофиза).

**Дополнительное обследование:** Обследование полей зрения.

**К дополнительным гормональным анализам относят определение гормонов гипофиза**: пролактина, АКТГ, кортизола, ТТГ, св.Т4, ЛГ, ФСГ и других.

 **Лечение**

Наиболее эффективными методом лечения акромегалии является **хирургическое лечение**, т.е. удаление образования гипофиза.Доказана эффективность лечения длямикроаденомы (малой аденомы гипофиза), которая достигает 80%, для макроаденомы ( большой аденомы) до 60%.

Используется и **медикаментозное лечение** различными классами препаратов. Они используются при невозможности или неэффективности хирургического лечения, а так же в дополнение к нему.

Существует три класса препаратов**:**

1. Аналоги соматостатина

2. Агонисты рецепторов дофамина

3. Антагонист рецепторов СТГ

Какой препарат использовать и как длительно , определит врач.

Медикаментозная терапия чаще применяется как дополнение к хирургическому и (или) лучевому лечению. Проводится длительно, часто пожизненно.

В арсенал лечения так же входит метод **лучевой терапии.**

Нашли применение такие виды лучевой терапии, как дистанционная гамма-терапия и различные виды стереотаксической радиохирургии (узкофокусированные методы): техника линейного ускорения, протоновый пучок, гамма- и кибер-нож. Применяется в качестве послеоперационного лечения у пациентов с остаточной опухолью, в случае, когда медикаментозное лечение неэффективно или не доступно по каким-либо причинам.

Врач-эндокринолог Сильванович Л.В.