



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (67) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (67)

2024

Май

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.1/.4(075.8).

**ТАРҚАЛГАН СУТ БЕЗИ САРАТОНИДА АНОРЕКСИЯ-КАХЕКСИЯ СИНДРОМИДА
ПАЛЛИАТИВ ЁРДАМНИНГ АҲАМИЯТИ**
(Адабиётлар шарҳи)

¹Рахимов Н.М. <https://orcid.org/0000-0001-5272-5503>

²Туланов Б.Т. Email: bekzod.onco1985@gmail.com

¹Шаханова Ш.Ш. <https://orcid.org/0000-0003-0888-9150>

¹Самарқанд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарқанд, ст. Амир Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

²Республика Ихтисослаштирилган Онкология ва Радиология Илмий амалий тиббиёт маркази
Қашқадарё филиали

✓ **Резюме**

Анорексия-кахексия синдромини юзага келтурувчи омиллар мультифакторли омиллар ҳисобланиб, тана вазни, скелет мушакларин ва ёғ тўқималари миқдорини камайишининг ўсиб бориши билан ифодаланади. Овқатланишнинг бузилиши организмда метобализм жараёнинг дисбалансига, оқсил ва энергия алмашинувининг бузилишига олиб келади. Бу жараён организмда умумий ҳолати ёмонлашувининг ўсиб бориши кўринишида намоён бўлади. Онкологик касалликларда анорексия-кахексия синдроми келтириб чиқарувчи омилларидан қатий назар беморларнинг яшовчанлигини ва ҳаёт сифатини боҳоловчи муҳим омил бўлиб ҳисобланади.

Калит сўзлар: тарқалган сут бези саратони, анорексия-кахексия синдроми, паллиатив ёрдам.

ВАЖНОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ СИНДРОМЕ АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
(Обзор литературы)

¹Рахимов Н.М. <https://orcid.org/0000-0001-5272-5503>

²Туланов Б.Т. Email: bekzod.onco1985@gmail.com

¹Шаханова Ш.Ш. <https://orcid.org/0000-0003-0888-9150>

¹Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

²Кашкадарьинский областной филиал «РСНПМЦОиР» РУз.

✓ **Резюме**

Факторы, приводящие к возникновению синдрома анорексии-кахексии, считаются многофакторными и выражаются в нарастающем снижении массы тела, уменьшении мышечной и жировой ткани. Расстройства пищевого поведения приводят к дисбалансу обменных процессов в моем организме, нарушению белкового и энергетического обмена. Этот процесс проявляется в виде нарастающего ухудшения общего состояния моего организма. Из факторов, вызывающих синдром анорексии-кахексии при онкологических заболеваниях, строго говоря, это важный фактор, определяющий выживаемость и качество жизни пациентов.

Ключевые слова: диффузный рак молочной железы, синдром анорексии-кахексии, паллиативная помощь.

THE IMPORTANCE OF PALLIATIVE CARE FOR ANOREXIA-CACHEXIA SYNDROME IN ADVANCED BREAST CANCER

(Literature review)

¹Rakhimov N.M. <https://orcid.org/0000-0001-5272-5503>

²Tulanov B.T. Email: bekzod.onco1985@gmail.com

¹Shakhanova Sh.Sh. <https://orcid.org/0000-0003-0888-9150>

¹Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur, Tel: +99818 66

2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

²Kashkadarya regional branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology

✓ Resume

The factors leading to the occurrence of anorexia-cachexia syndrome are considered multifactorial and are expressed in an increasing decrease in body weight, a decrease in muscle and adipose tissue. Eating disorders lead to an imbalance of metabolic processes in my body, a violation of protein and energy metabolism. This process manifests itself in the form of an increasing deterioration in the general condition of my body. Of the factors that cause anorexia-cachexia syndrome in cancer, strictly speaking, it is an important factor determining the survival and quality of life of patients.

Keywords: diffuse breast cancer, anorexia-cachexia syndrome, palliative care.

Долзарблғи

Дунё бўйича саратон касаллигининг аниқланиш кўрсаткичлари 2022 йил мисолида оладиган бўлсак (Жаҳон Соғлиқси Сақлаш ташкилоти маълумотлар 2022 йил) 1 йилда 20 миллионга яқин саратон касаллиги аниқланади. Аниқлаган беморларнинг касаллик локализацияси бўйча оладиган бўлсак ўпка саратони 2.5 миллион (жами касалланишнинг 12.4%), сут беи саратони 2.3 миллион (жами касалланишнинг 11.6%). Йўғон ичак саратони 1.9 миллион (жами касалланишнинг 9.6%), простата беи саратони 1.5 миллион (жами касалланишнинг 7.3%), ошқозон саратони 970 минг (жами касалланишнинг 4.3%) ни ташкил этади. 1 йилда саратондан ўлим кўрсаткичи 9.7 миллионни ташкил этади. Шундан ўпка саратони 1.8 миллион (18.7%), йўғон ичак саратони 900 минг (9.3%), жигар саратони 760 минг (7.8%), сут беи саратони 670 минг (6.9%), ошқозон саратони 660 минг (6.8%) ни ташкил этади [2,11]. Республикада 2024 йил 1 январ ҳолатида жами 125 692 нафар, Қашқадарё вилоятида 2024 йил 1 январ ҳолатида 11 032 нафар бемор саратон касаллиги билан назоратида туради. Республикада 2023 йил давомида бирламчи 27 044 нафар бемор саратон касаллиги билан руйхатга олинган. Қашқадарё жами 2318 нафар саратон касаллиги аниқланган. Республикада саратон касаллиги аъзолар бўйича учрашига қараб оладиган бўлсак сут беи саратони биринчи ўринда туради. Республикада 2023 йилда 4507 нафар (16,7%), Қашқадарё вилоятида 365 нафар (15,7%) сут беи саратони аниқланган [5,8].

Сут беи саратонининг аниқланган босқичларига қараб 5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичини оладиган бўлсак I босқичда аниқланганда яшовчанлик 84%-100% гача, II босқичда аниқланса 65%-80% гача, III босқичда аниқланса 45%-50% гача, IV босқичда аниқланса 15%-20% гача эканлигини жаҳон адабиётларида кўришимиз мумкун (ESMO, 2009) [1,7].

Вилоятда аниқланган саратон касаллигининг 60 фоизини кечиккан (III-IV босқичдаги) беморлар ташкил этиб келмоқда. Саратондан ўлим кўрсаткичи вилоятда 2023 йил ҳолатида 30.7%. (РИО ва РИАТМ Қ/ф нинг 2023 йиллик ҳисоботидан.)

Саратоннинг кечиккан босқичда аниқланиши, беморларда муолажалар сони ва давомийлигининг ортишига олиб келади. Бунинг оқибатида беморда турли хил асоратлар юзага келади. Ушбу асоратлардан бири анорексия-кахексия синдромидир. Асоратнинг юзага келиши беморга стандарт муолажаларни ўз вақтида ўтказилишига ҳалал беради. Бемор беморнинг ҳаёт сифатига ҳам салбий таъсир кўрсатади [4,9,14].

Анорексия-кахексия синдроминг юзага келтурувчи омиллар мултифакторли омиллар ҳисобланиб, тана вазни, склет мушакларин ва ёғ тўқималари миқдорини камайишининг ўсиб бориши билан ифодаланади. Овқатланишнинг бузилиши организмда метобализм жараёнинг дисбалансига, оксил ва энергия алмашинувининг бузилишига олиб келади. Бу жараён организмда умумий ҳолати ёмонлашувининг ўсиб бориши кўринишида намоён бўлади. Онкологик касалликларда анорексия-кахексия синдроми келтириб чиқарувчи омилларидан катъий назар беморларнинг яшовчанлигини ва ҳаёт сифатини боҳоловчи муҳим омил бўлиб ҳисобланади [2,6,11].

Анорексия-кахексия синдромининг тарқалган сут беги саратонларида учраш кўрсаткичи 36% ташкил этади.

Анорексия-кахексия синдроми асоратлари:

-Беморларнинг физик ва психологик статусида ўзгаришлар кузатилади.

-Саратонга қарши курашувчи муолажаларнинг қабул қилишида қийинчиликларга муоммоларга олиб келади.

-Ҳаёт сифатининг ёмонлашувига сабаб бўлади.

-Беморларнинг яшовчанлик кўрсаткичлари пасаяди.

Онкологик касалликларнинг ҳар 20 тадан 4 таси анорексия-кахексия синдромидан вафот этади. Синдромнинг баҳолашда ишлатилувчи муҳим кўрсаткич бу кахексиядир [5,7].

Кахексия даражалар:

1-даража. Прекахексия-Тана вазнининг охириги 6 ой давомида 5% гача камайиши. (махсус диеталар бундан мустасно). Анорексия ва метаболик ўзгаришлар.

2-даража. Кахексия-Тана вазнининг охириги 6 ой давомида 5% дан кўп камайиши. Тана вазни камайишининг даврий ўсиб бориши 2%, тана вазни индекси 20кг/м^2 дан паст. Системали яллиғланиш жараёнларининг кўпайиши. Анорексия синдромининг кучайиб бориши ва овқатланишга бўлган талабнинг камайиши.

3-даража. Рефрактер кахексия-Кахексия кўрсаткичининг яққол катаболизмда намоён бўлиши. Саратонга қарши муолажаларни самарадорлигини камайиши. ECOG 3-4 дж. Яшовчанлик кўрсаткичи 3 ойдан камайиши [3, 11].

Текширув усуллари.

Анорексия-кахексия синдромининг белгилари. Асосий белгилар, қайсики онкологик касалликларда кахексиянинг ривожланиб бораётганлигини кўрсатиб берувчилар. А) Тана мушак массаларининг камайиши. Б) Анорексия. В) Тез тўйиш ҳиссининг пайдо бўлиши ва иштаҳасизлик. С) Тез чарчаш [13,15].

Ҳолатни баҳолаш:

Анорексия: баҳолашнинг асосий омилларидан бири бўлиб ҳисобланади. Овқатланиш ҳажмининг камайиши, там билишнинг бузилиши, меда-ичак тизимида моториканинг пасайиши, кўнгил айнаиши, қайт қилиш, тез тўйиб қолиш ҳисси, қорин дам бўлиши в.х.к. Қўшимча баҳолашга: стоматитларнинг пайдо бўлиши, ҳансираш, оғрик. Овқат ҳажмини назорат қилиш, асосан каллорияга бой оқсилли маҳсулотлар истемолини.

Катаболизм: гиперкатаболизм кўп ҳолларда саратон ҳужайраларида кечаётган гиперметаболизм жараёнини оширади. Системали яллиғланиш жараёнлари ортади. Фақатгина катаболизм жараёни организмда С-реактив оқсил кўрсаткичлари ошмасдан кучайиб бориши мумкин. Сабаб касаллик прогерассияси ва химиотерапия муолажалари ҳисобидан [12, 14].

Физик ва психологик статуслари: ECOG ва Карновски шкаллари, EORTC QLQ C-30 саволномалари билан баҳоланади. Бу ҳолатларни баҳолаш учун бир нечта беморнинг физикавий ва психологик ҳолати, овқатланиши ва тана вазнининг камайиши ўрганилади.

Умумий кўрик: Танадаги шишга, тери тургорлигига, танадаги қуруқлашишга, тилдаги қарашларга, стоматитларга, тана вазнига (ортикча вазин группа риск ҳисобланади) эътибор қаратиш ва имкон қадар динометрияни баҳолаш керак бўлади.

Лаборатор кўрсаткичлар: Лейкоцит, эритроцит, гемоглобин, тромбоцит, С-реактив оқсил, глюкоза, мочевино, креатинин, умумий билирубин, АЛТ, АСТ. IL-6, сTnI [4,7,13].

Шу кунга қадар Анорексия-кахексия синдромини онкологик касалликларда баҳолашнинг аниқ тавсиялари ва ташхисот алгоритми ишлаб чиқилмаган.

Даволаш

Анорексия-кахексия синдромини онкологик касалликларда даволаш бир нечта омилларга боғлиқ ҳолда амалга оширилади, қайсики саратонга қарши ўтказилаётган муолажалар асоратлари, анорексия, оғрик синдроми, стоматит, диарея, қайт қилиш, кўнгил айнаиши, умумий тана вазнининг камайиши, тана мушаклари ҳажмининг камайиб бориши ва х.к.з. Муолажалар асосида Анорексия-кахексия синдромида тана вазнининг ва скелет мушакларининг камайиб бориши жараёнини секинлаштиришга қаратилган омиллар ётади [2,10].

Кахексиядан олдинги жараёнда амалга ошириладиган ишлар. Шу даврда муолажалар тўғри олиб борилса тана вазни ва скелет мушакларини камайиб боришини олдини олиш мумкин. Бунинг учун функционал ва лаборатор кўрсаткичларни, бемор статусини, актив овқатланиш жараёнлари (энтерал озиқлантиришда кам ҳажимли ва оқсилга бой маҳсулотлардан фойдаланиш, парентерал озуқалар

билан организмга кўмаклашиш) ни, саратонга қарши муолажалар асоратларини (химиотерапия, операция, нур терапияси ва ҳ.к.з.) назорат қилиб бориш керак бўлади [5,11].

Кахексия ривожланган даврда тана вазни ва склет мушакларини камашишини олдини олиб бўлмайди чунки жараён амалга ошиб бўлган ва ривожланиб, ўсиб бораётган бўлади. Бу даврда ушбу жараёнларнинг ўсиб бориши, яъни тана вазни ва склет мушакларининг камайиб бораётганини ўсиш кўрсаткичларини камайтириш мумкин бўлади. Шифокор ва бемор олдида турган асосий васифа ҳам шу бўлиб ҳисобланади. Бунинг учун биринчи навбатда Анорексия-кахексия синдромини юзага келтириб чиқараётган омилни камайтириш керак бўлади. Бемор овқатланишини қатий назоратга олиш зарур бўлади (овқатланишида кам ҳажимли ва оқсилга бой маҳсулотларни кўпайтириш, овқат ҳажмини камайтириб кун давомида бир неча маротаба овқатланишни ошириш керак бўлади.) [9,13].

Дори-дармон билан даволаш.

Кўп тавсия этиладиган муолажалар:

-оғрик қолдирувчилар.

-оқсилга бой, лекин кам ҳажимли энтерал истемол қилиш учун маҳсулотлар (100-200мл).

-парентерал озуқа берувчилар (уч компонентли).

-глюкортикоидлар (даво давомийлиги 2 ҳафтадан ошмаган ҳолда).

-Омега -3 суткалик дозаси 1.6 дан 2.4 гр гача.

-прокинетиклар.

-спазмолитиклар.

-ферментлар.

-слабительнилар.

-антиэметиклар (NK1- ва 5-HT3-рецепторлари антогонислари).

-гепатопротекторлар (S-адеметионин сақловчи).

-парентерал озуклантирувчилар, темир препаратлари таркибида карбоксимальтоза сақловчи.

Ўртача даражадаги тавсия этиладиган дори дармонлар.

-мегестрол ацетат кунлик дозаси 400-800 мг гача.

-витамин ва минераллар.

-гидразин сульфат.

Тавсия этилмайдиган ёки кам маълумотга эга воситалар.

-талидомид.

-НПВС лар (кахексия олди даврида ишлатилиши мумкун).

-инфузион муолажалар глюкортикоидлар билан.

-биодобовкалар.

-пробиотиклар (комплекс муолажалар даврида мумкун).

Анорексия-кахексия синдроми юзага келган беморларнинг муолажаларини олиб бориш умумий алгоритми: [1,13].



Кахексия ва анорексия комбинацияси саратон анорексияси-кахексия синдроми деб аталади. Бу жараён сабаблари жуда кўп ва хилма-хил бўлиб, уларни периферик ёки марказий келиб

чиқиш сабабларига бўлиш мумкин. Касаллик жараёнидан ташқари, даволаш усуллари, айниқса кимётерапия синдромнинг ривожланишига сезиларли ҳисса қўшиши мумкин [11,23].

Периферик сабаблар дисфагия ёки ошқозон-ичак тракти функциясининг бузилишига олиб келадиган ўсмаларга бевосита таъсир қилиши, иштаҳани камайтирадиган ўсма келиб чиқадиган моддалар (масалан, лактат, триптофан ёки паратиреоид гормони билан боғлиқ пептид) ва цитокинларнинг чиқарилишига олиб келадиган ўсимта таъсирида яллиғланиш билан боғлиқ бўлиши мумкин [17, 33].

Кимётерапия одатда кўнгил айланиши ва қайт қилиш, ичак тутилиши ва таъмин идрок етишнинг ўзгаришига олиб келади. Кимётерапия қабул қилган беморларнинг тахминан 40 фоизда таъмин ва ҳиднинг ўзгариши (дисгевзия) ҳам кузатилади.

Марказий сабабларга саратон билан боғлиқ депрессия, оғриқ ва марказий нейротрансмиттерлардаги ўзгаришлар киради; хусусан, моноаминлар (5-гидрокситриптами (5HT) ва норадреналин) ва кортикотропинни чиқарадиган омил (CRF) анорексияга олиб келади [8, 17, 34].

Парвариш ва фармакологик ёндашувлар

Анорексияни даволашнинг аниқ усули овқатланишни яхшилашдир, гарчи бу оддий кўринадиган ёндашувнинг муваффақиятини тасдиқловчи далиллар йўқ. Саратон касаллари учун парҳез парвариши ва терапияси диетологлар билан озиқ-овқат истеъмолини яхшилаш, оғиз орқали парҳез қўшимчалари, энтерал овқатланиш ва парентерал овқатланишни яхшилаш бўйича маслаҳатларни ўз ичига олади. Ҳамма беморларга мос келадиган ягона ечим йўқ ва турли ёндашувларнинг муваффақияти саратон турига ва унинг ривожланиш босқичига боғлиқ [8, 15, 28].

Анорексия-кахексия - бу кўплаб саратон касалликларининг, айниқса хавфли ўсма касалликларининг хавфлилиқ белгиларини кучайтирадиган мураккаб синдромдир [19, 23].

Бугунги кунга қадар анорексия-кахексия синдромини даволаш учун лицензияланган дорилар мавжуд эмас. Бироқ, лицензиясиз ишлатиладиган ёки ҳозирда анорексия-кахексия синдромини даволаш учун клиник ишлаб чиқиладиган дорилар мавжуд [7, 27, 32]. Ушбу муолажаларни ишлаш услубига қараб тўртта асосий гуруҳга бўлиш мумкин. Булар; иштаҳа стимуляторлари, цитокин модуляторлари, анаболик воситалар ва комбинацияланган терапия. Progestin-мегестрол ацетат ҳозирда номаълум таъсир механизми туфайли улардан ажралиб туради [6, 29].

Иштаҳани стимуляторлари

Анаморелин-оғиз орқали мавжуд бўлган селектив Грелин рецепторлари Агонисти. Мета-таҳлил анаморелиннинг саратон касаллари орасида мушак массаси ва ҳаёт сифатига изчил ижобий таъсирини кўрсатди, аммо омон қолишга таъсири кузатилмади. Бироқ, бир қатор тадқиқотларда кўнгил айланиш, гипергликемия, тери тошмаси, биринчи даражали атриовентрикуляр блокада ва жигар ферментларининг фаоллиги ошди [8, 23].

Каннабиноидлар асрлар давомида иштаҳа стимулятори сифатида ишлатилган, аммо индивидуал каннабиноидларнинг потенциал фойдалари тўғрисида ишончли маълумотлар ҳали ҳам етишмаяпти. Бир тадқиқотда дельта-9-тетрагидроканнабинол ва каннабидиол саратон касаллиги бўлган ва беш фоиздан ортиқ вазн йўқотиш билан оғриган беморларда қўлланилганда плацебо кузатилган. Бироқ, иштаҳа, тана вазни ёки ҳаёт сифати бўйича гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқлар йўқлигини кўрсатган.

Синтетик каннабиноидлар анорексия-кахексия синдроми терапиясида ҳам кенг қўлланилади [14, 30]. АРТ27.13 (Артело Biosciences), периферик селектив, СВ 1 ва СВ 2 рецепторларининг тўлиқ агонисти, вазн олиш учун бир неча марта ортиб борадиган дозада қўллашни талаб этади. Периферик СВ1 рецепторларини фаоллаштириш ва иштаҳа, озиқ-овқат маҳсулотларини сақлаш ва вазн ортиши ўртасида таниқли ассоциация мавжуд ва анорексия-кахексия синдромида яллиғланишга қарши цитокинларнинг ролини ҳисобга олган ҳолда, АРТ27.13 нинг иммун функциясининг заифлашиши СВ2 нинг фаоллашиши туфайли унинг анти-рол ўйнаши билан боғлиқ яллиғланишга қарши терапияни намоён қилади [4, 19, 27]. Периферик таъсирга эга бўлган ушбу синтетик агентнинг яна бир афзаллиги унинг ҳар қандай психоактивлигининг етишмаслиги бўлиб бу асосан селектив каннабиноидларнинг ноўй таъсири ҳисобланишидир [3, 29, 34].

Шубҳасиз, синтетик каннабиноидлар ва *cannabis sativa* эндоканнабиноид сигнализация тизимининг бошқа модуляторларининг алоҳида таркибий қисмларини баҳолаш учун янада кенгрок тадқиқотлар талаб этилади.

Цитокин модуляторлари

Тадқиқотлар етанерсепт (TNF α оксил ингибитори), инфликсимаб (TNF α қарши моноклонал ангитана), пентоксифиллин ва талидомид (кичик молекула TNF α ингибиторлари) билан саратон турли турдаги қўлланилди, лекин уларнинг ҳеч бири саратонни турли хил даволаш билан боғлиқ ҳар қандай клиник натижалари устида муҳим ижобий таъсир кўрсатмади. Анорексия кахексия синдромини даволашда ножўя таъсирларнинг кўп учраши нисбатан кенг тарқалган [2, 9, 35]. Вазн йўқотиш GDF 15-индуцирланган мия нейронларидаги глиал хужайра қаторидаги нейротрофик омил (GDNF) (GFRAL)-RET рецепторлари оиласининг proto-онкоген (RET) сигнализация мажмуаси воситачилигида содир бўлади. Сичконларда олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, GDF15-GFRAL нинг антитана воситачилигида ингибирланиши саратон кахексиясини қайтариши мумкин. Pfizer (PF-06946860) ўз навбатида GDF 15 ингибитори бўлиб, ҳозирда саратон кахексияси ва анорексия самарадорлигини баҳолаш учун II боскич тадқиқотларидан ўтмоқда [4, 16, 31].

Анаболик воситалар

Мегестрол асетат (МА) дастлаб туғилишни назорат қилиш учун ишлаб чиқилган, аммо кўкрак беи саратони ва эндометрий саратонини даволаш учун прогестин (синтетик прогестерон) ишлатилган. У 1993 йилда АҚШ озик-овқат ва фармацевтика идораси томонидан орттирилган иммунитет танқислиги синдроми ташхиси қўйилган беморлар учун ишлатилган, аммо унинг механизми номаълум. Мета-таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, МА анорексия-кахексия синдроми билан оғриган беморларда ўртача тана вазнининг 2,5 кг ортишини таъминлаб берган, лекин ҳаёт сифати ўзгаришсиз қолган [14, 22, 28].

Комбинацияланган терапия

Шахсий фармакологик дориларнинг ноаниқ афзалликларини ҳисобга олган ҳолда, анорексия-кахексия синдроми билан оғриган беморларда бир нечта дори воситаларини бирлаштиришга бир қатор уринишлар қилинганлиги ажабланарли эмас [29, 33]. Ушбу тадқиқотлар орасида МА, ностероид яллиғланишга қарши дори мелоксикам ва omega-3 ёғ кислоталари комбинацияси туфайли баъзи вазн ортиши кузатилди. 35 МА, ёғ кислоталари, L-карнитин ва талидомиднинг турли хил бирикмаларини ўрганган яна бир жуда мураккаб тадқиқотида анорексия-кахексия синдроми билан оғриган беморларда гарчи дозадаги фарқлар ва вақт оралиғи гуруҳлар ўртасида такқослашни қийинлаштирган бўлса ҳам тана вазни, энергия сарфи, иштаҳа ва чарчоқ жиҳатидан баъзи фойдали томонлари кузатилди [13, 17, 28].

Хулоса

Анорексия-кахексия синдроми - бу кўплаб саратон касалликларининг таъсирини кучайтирадиган мураккаб синдром ва ҳар хил турдаги касалликларнинг гетероген табиати мушаклар ва ёғларнинг камайишини қайтарадиган даволаш усулларини ишлаб чиқиш қийинлигини ажаблантирмайди. Бундан ташқари, даволаш усулларини ва уларнинг ўлчанадиган натижаларини самарали такқослаш имкониятига эга бўлиш учун диагностика мезонларининг изчиллиги клиник мутахассислик доирасида муҳимдир. Касалликнинг оғирлигига, саратонга қарши интервенцион даволаш турларига ва мақсадли овқатланиш ва машқлар протоколлари билан турли фармакологик ёндашувларнинг комбинациясига қараб беморнинг босқичларини аниқлаш билан клиник синовларни оптималлаштириш зарурати ҳам бир хил даражада муҳимдир.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Muscaritoli, M., Corsaro, E., and Molino, A. (2021). Awareness of Cancer-Related Malnutrition and Its Management: Analysis of the Results from a survey conducted among medical oncologists. *Frontiers in oncology*, 11, 682999.
2. Hébuterne, X., Lemarié, E., Michallet, M., de Montreuil, C. B., et al. (2014). Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. *Journal of parenteral and enteral nutrition*, 38(2), 196–204.

3. Wiegert, E., de Oliveira, L. C., Calixto-Lima, L., Mota E Silva Lopes, M., and Peres, W. (2020). Cancer cachexia: Comparing diagnostic criteria in patients with incurable cancer. *Nutrition* (Burbank, Los Angeles County, Calif.), 79-80, 110945.
4. Ezeoke, C. C., Morley, J. E. (2015). Pathophysiology of anorexia in the cancer cachexia syndrome. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 6(4), 287–302.
5. Asakawa A, Fujimiya M, Nijima A, Fujino K, Kodama N, et al. (2010) Parathyroid hormone-related protein has an anorexigenic activity via activation of hypothalamic urocortins 2 and 3. *Psychoneuroendocrinology*; 35:1178–1186.
6. Lloyd RB, Nemeroff CB (2011). The role of corticotropin-releasing hormone in the pathophysiology of depression: Therapeutic implications. *Curr Top Med Chem*; 11:609–617.
7. Imai H, Soeda H, Komine K, Otsuka K, Shibata H. (2013) Preliminary estimation of the prevalence of chemotherapy-induced dysgeusia in Japanese patients with cancer. *BMC Palliat Care*; 12:38.
8. Muscaritoli, M., Arends, J., and Aapro, M. (2019). From guidelines to clinical practice: a roadmap for oncologists for nutrition therapy for cancer patients. *Therapeutic advances in medical oncology*, 11, 1-14.
9. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, et al. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr*; 36: 49–64.
10. Mendes NP, Barros TA, Rosa COB, et al. (2019). Nutritional screening tools used and validated for cancer patients: a systematic review. *Nutr Cancer*; 71: 898–907.
11. Du H, Liu B, Xie Y, et al. (2017) Comparison of different methods for nutrition assessment in patients with tumors. *Oncol Lett* ; 14: 165–170.
12. Advani, S M, Advani, P G, VonVille, H M, and Jafri, S H. (2018). Pharmacological management of cachexia in adult cancer patients: a systematic review of clinical trials. *BMC cancer*, 18(1), 1174.
13. Bai Y, Hu Y, Zhao Y, et al. (2017) Anamorelin for cancer anorexia-cachexia syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*; 25:1651–9.
14. Nishie K, Yamamoto S, Nagata C, et al. (2017) Anamorelin for advanced non-small cell lung cancer with cachexia: systematic review and meta-analysis. *Lung Cancer*; 112:25–34.
15. Garcia JM, Boccia RV, Graham CD, et al. (2015) Anamorelin for patients with cancer cachexia: an integrated analysis of two phase 2, randomised, placebo-controlled, double-blind trials. *Lancet Oncol.*; 16:108–16.
16. Turcott JG, Núñez MRG, Flores-Estrada D, et al. (2018) The effect of nabilone on appetite, nutritional status, and quality of life in lung cancer patients: a randomized, double-blind clinical trial. *Support Care Cancer.*; 26:3029.
17. Bar-Sela, G, Zalman, D, Semenysty, V, and Ballan, E. (2019). The Effects of Dosage-Controlled Cannabis Capsules on Cancer-Related Cachexia and Anorexia Syndrome in Advanced Cancer Patients: Pilot Study. *Integrative cancer therapies*, 18.
18. Del Fabbro E, Dev R, Hui D, et al. (2013). Effects of melatonin on appetite and other symptoms in patients with advanced cancer and cachexia: a double-blind placebo-controlled trial. *J Clin Oncol*; 31:1271–6.
19. Jatoi A, Ritter HL, Dueck A, et al. (2010) A placebo-controlled, double-blind trial of infliximab for cancer-associated weight loss in elderly and/or poor performance non-small cell lung cancer patients (N01C9). *Lung Cancer.*; 68:234–9.
20. Yennurajalingam S, Willey JS, Palmer JL, et al. (2012) The role of thalidomide and placebo for the treatment of cancer-related anorexia-cachexia symptoms: results of a double-blind placebo-controlled randomized study. *J Palliat Med.*; 15:1059–64.
21. Mehrzad V, Afshar R, Akbari M. (2016) Pentoxifylline treatment in patients with cancer cachexia: a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Adv Biomed Res.*; 5:6.
22. Lundholm K, Körner U, Gunnebo L, et al. (2007) Insulin treatment in cancer cachexia: effects on survival, metabolism, and physical functioning. *Clin Cancer Res.*; 13:2699–706.
23. Dobs AS, Boccia RV, Croot CC, et al. (2013). Effects of enobosarm on muscle wasting and physical function in patients with cancer: a double-blind, randomised controlled phase 2 trial. *Lancet Oncol.*; 14:335–45.

24. Ruiz-García, V., López-Briz, E., Carbonell-Sanchis, R., Bort-Martí, S., and González-Perales, J. L. (2018). Megestrol acetate for cachexia-anorexia syndrome. A systematic review. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 9(3), 444–452.
25. Kanat O, Cubukcu E, Avci N, et al. (2013). Comparison of three different treatment modalities in the management of cancer cachexia. *Tumori.*; 99:229–33.
26. Mantovani G, Macciò A, Madeddu C, et al. (2010). Randomized phase III clinical trial of five different arms of treatment in 332 patients with cancer cachexia. 15:200–11.
27. Ojima, C., Noguchi, Y., Miyamoto, T., Saito, Y., Orihashi, H., et al. (2020). Peptide-2 from mouse myostatin precursor protein alleviates muscle wasting in cancer-associated cachexia. *Cancer science*, 111(8), 2954–2964.
28. Clark, A. L., Coats, A., Krum, H., Katus, H. A., Mohacsi, P., et al. (2017). Effect of beta-adrenergic blockade with carvedilol on cachexia in severe chronic heart failure: results from the COPERNICUS trial. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 8(4), 549–556.
29. Lerner, L., Tao, J., Liu, Q., Nicoletti, R., Feng, B. et al. (2016). MAP3K11/GDF15 axis is a critical driver of cancer cachexia. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 7(4), 467–482. 7.
30. Suriben, R., Chen, M., Higbee, J. et al. Antibody-mediated inhibition of GDF15–GFRAL activity reverses cancer cachexia in mice. *Nat Med* 26, 1264–1270 (2020).
31. Study to Compare the Effects of Repeated Doses of an Investigational New Drug and a Placebo on Appetite in Advanced Cancer and Anorexia. Available from: [Accessed 1st September 2021].
32. Badowski, M. E., & Perez, S. E. (2016). Clinical utility of dronabinol in the treatment of weight loss associated with HIV and AIDS. *HIV/AIDS (Auckland)*, 8, 37–45.
33. Andries A, Frystyk J, Flyvbjerg A, Støving RK. Dronabinol in severe, enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2014 Jan;47(1):18-23.
34. Sadeghi M, Keshavarz-Fathi M, Baracos V, et al. Cancer cachexia: diagnosis, assessment and treatment. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2018; 127:91-104. DOI:10.1016/j.critrevonc.2018.05.006
35. Fearon K, Strasser F, Anker SD, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol*. 2011;12(5):489-95. DOI:10.1016/S1470-2045(10)70218-7
36. Шаханова Ш. Шахноза, Рахимов М. Нодир. Аспекты синдрома саркопении в онкологической практике: диагностика и лечение (обзор литературы) // Журнал биомедицины и практики. 2023;8(3):406-417.
37. Рахимов М. Нодир, Худайбердыева А. Шохиста, Орипова Р. Мехринисо, Шаханова Ш. Шахноза. Практические рекомендации по нутритивной поддержке при раке шейки матки // Журнал биомедицины и практики. 2023;8(2):224-230.

Қабул қилинган сана 20.04.2024