

Erkinova Marziya

Termiz Iqtisodiyot va Servis Universiteti

Tibbiyot fakulteti Davolash ishi talabasi

Rahmonberdiyeva Maftuna

Termiz Iqtisodiyot va Servis Universiteti

Tibbiyot fakulteti Davolash ishi talabasi

Ilmiy rahbar: Kattaboyeva Muhayyo Nurmuhammad qizi

Termiz Iqtisodiyot va Servis Universiteti

Tibbiyot fakulteti, Terapevtik fanlar kafedrası o'qituvchisi

E-mail: muhayyo_kattaboyeva@tues.uz; ORCID: 0009-0005-7146-1255

Annotatsiya. Maqolada Addison kasalligi, ya'ni birlamchi surunkali buyrak usti bezi yetishmovchiligining klinik kechishi, erta diagnostik belgilari, laborator baholash mezonlari va davolash taktikasiga zamonaviy yondashuvlar tahlil qilindi. Kasallik kam uchrasa-da, uning belgilari uzoq vaqt charchoq, vazn kamayishi, arterial gipotenziya, ko'ngil aynishi, teri va shilliq qavat giperpigmentatsiyasi kabi nospetsifik ko'rinishlarda namoyon bo'lgani uchun tashxis kechikishi mumkin. Tadqiqotda Addison kasalligida klinik hushyorlik, elektrolitlar muvozanati, kortizol va ACTH ko'rsatkichlarini baholash hamda adrenal kriz profilaktikasi asosiy yo'nalish sifatida ko'rib chiqildi.

Kalit so'zlar: Addison kasalligi, buyrak usti bezi yetishmovchiligi, kortizol, aldosteron, ACTH, adrenal kriz, giponatriyemiya, giperpigmentatsiya, gidrokortizon, fludrokortizon.

Kirish

Addison kasalligi endokrin tizimning nisbatan kam uchraydigan, ammo vaqtida aniqlanmasa hayot uchun xavfli asoratlar bilan kechishi mumkin bo'lgan kasalliklaridan biridir. Uning mohiyati buyrak usti bezlari po'stloq qavatining yetarli

miqdorda glyukokortikoid va mineralokortikoid gormonlar ishlab chiqara olmasligidan iborat. Kortizol organizmning stressga javobi, glyukoza almashinuvi, qon tomir tonusi va immun javobni tartibga soladi. Aldosteron natriy va suvni ushlab turish, kaliy chiqarilishi hamda arterial bosim barqarorligini ta'minlaydi. Shu sababli ushbu gormonlar yetishmovchiligi oddiy holsizlikdan tortib og'ir adrenal krizgacha bo'lgan klinik manzarani yuzaga keltiradi.

Kasallikning asosiy xavfi uning boshlang'ich belgilarining boshqa holatlar bilan adashishidir. Bemor ko'pincha uzoq davom etuvchi charchoq, ishtahaning pasayishi, tana vaznining kamayishi, bosh aylanishi, mushaklarda holsizlik, ko'ngil aynishi yoki qorinda noaniq og'riqdan shikoyat qiladi. Bunday belgilar anemiya, surunkali infeksiya, oshqozon-ichak kasalliklari, vegetativ buzilish yoki umumiy charchoq sifatida talqin qilinishi mumkin. Agar shifokor Addison kasalligini differensial tashxislar qatoriga kiritmasa, bemor kasallikning og'ir bosqichigacha yetib borishi ehtimoli yuqori bo'ladi.

Tashxisda klinik belgilarni laborator ko'rsatkichlar bilan bog'lash hal qiluvchi ahamiyatga ega. Teri va shilliq qavatlarda giperpigmentatsiya, arterial gipotenziya, ortostatik bosh aylanishi, tuzga ehtiyojning ortishi, giponatriyemiya va giperkaliyemiya buyrak usti bezi yetishmovchiligiga shubhani kuchaytiradi. Ertalabki kortizol darajasi, ACTH ko'rsatkichi va zaruratda ACTH stimulyatsion sinamasi tashxisni tasdiqlashda asosiy usullar hisoblanadi. Infeksiya, jarrohlik, travma yoki kuchli stress fonida adrenal kriz rivojlanishi mumkinligi sababli kasallikni erta aniqlash amaliy jihatdan juda muhim.

O'zbekiston tibbiyot ta'limida B.X. Shagzatovanning "Endokrinologiya", A.G. Gadayev va hammualliflarning "Ichki kasalliklar" hamda "Ichki kasalliklar propedevtikasi" kabi adabiyotlari kasalliklarni klinik tahlil qilishda muhim manba hisoblanadi. Mazkur maqolaning maqsadi Addison kasalligining klinik-diagnostik xususiyatlarini IMRAD talablari asosida yoritish, erta tashxis qo'yish mezonlarini tizimlashtirish va davolash hamda kuzatuv jarayonida e'tibor beriladigan jihatlarni ko'rsatishdan iborat.

Materiallar va metodlar

Maqola tahliliy-obzor xarakterida tayyorlandi. Tadqiqot uchun endokrinologiya, ichki kasalliklar va klinik propedevtikaga oid mahalliy o'quv adabiyotlari, xalqaro klinik tavsiyalar hamda ishonchli tibbiy axborot manbalari solishtirma tahlil qilindi. Manbalarni tanlashda Addison kasalligining etiologiyasi, klinik ko'rinishi, laborator

diagnostikasi, davolash tamoyillari va adrenal kriz profilaktikasini yorituvchi materiallarga ustuvorlik berildi.

Metodik yondashuv uch yo'nalishni qamrab oldi. Birinchi yo'nalishda buyrak usti bezlari po'stloq qavatining fiziologik vazifalari va kortizol hamda aldosteron yetishmovchiligining patofiziologik oqibatlari tahlil qilindi. Ikkinchi yo'nalishda klinik belgilar, shikoyatlar, obyektiv ko'rik natijalari va laborator o'zgarishlar differensial-diagnostik nuqtayi nazardan guruhlashtirildi. Uchinchi yo'nalishda gormon o'rnini bosuvchi davolash, bemorni kuzatish va adrenal krizning oldini olish bo'yicha amaliy xulosalar ishlab chiqildi.

Maqolada bemorlar ustida bevosita klinik aralashuv o'tkazilmadi. Natijalar mavjud ilmiy adabiyotlar, darsliklar va klinik tavsiyalarning mantiqiy tahlili asosida shakllantirildi. Bunday yondashuv tibbiyot fakulteti talabalari uchun kasallikni sindromal baholash, shifokorlik fikrlashini rivojlantirish va birlamchi bo'g'inda diagnostik hushyorlikni oshirishga xizmat qiladi.

Natijalar

Tahlil shuni ko'rsatdiki, Addison kasalligida eng muhim klinik muammo simptomlarning sekin rivojlanishi va dastlab nospetsifik bo'lishidir. Bemor bir necha oy davomida umumiy holsizlik, tez charchash, ish qobiliyatining pasayishi, vazn yo'qotish, ishtaha pasayishi, bosh aylanishi va mushaklarda holsizlikdan shikoyat qilishi mumkin. Bu belgilar arterial gipotenziya, teri giperpigmentatsiyasi, tuzli ovqatga ehtiyoj, giponatriyemiya yoki giperkaliyemiya bilan birga uchrasa, Addison kasalligiga shubha qilish zarur.

Kasallik patogenezida buyrak usti bezlari po'stloq qavatining autoimmun zararlanishi eng muhim sabablardan biri sanaladi. Bundan tashqari, sil infeksiyasi, zamburug'li jarayonlar, metastatik o'smalar, ikki tomonlama adrenal qon quyilishi, genetik sindromlar yoki ayrim dori vositalari ham adrenal yetishmovchilikka olib kelishi mumkin. Birlamchi yetishmovchilikda kortizol kamayishi gipofizdan ACTH sekretsiasining ortishiga sabab bo'ladi. ACTH bilan bog'liq mexanizmlar teri va shilliq qavatlarda giperpigmentatsiyani kuchaytiradi, aldosteron kamayishi esa natriy yo'qotilishi, suvsizlanish, arterial bosim pasayishi va kaliy to'planishiga olib keladi.

Addison kasalligining klinik ko'rinishini uch asosiy guruhga ajratish mumkin: umumiy astenik belgilar, elektrolit-almashinuv buzilishlari va pigmentatsion belgilar. Umumiy astenik belgilar kundalik faoliyatni cheklaydi, ammo ko'pincha boshqa kasalliklar bilan izohlanadi. Elektrolit buzilishlari laborator tekshiruvlarda yaqqolroq namoyon bo'ladi: giponatriyemiya, giperkaliyemiya, gipoglikemiyaga moyillik va suvsizlanish

belgilarini ko'rish mumkin. Pigmentatsion belgilar, ayniqsa kaft chiziqlari, tirsak, tizza, chandiq joylari, lab va og'iz shilliq qavatida qorayish shaklida kuzatilsa, diagnostik ahamiyati yuqori.

Laborator diagnostikada ertalabki kortizolning pastligi va ACTH darajasining yuqoriligi birlamchi adrenal yetishmovchilik foydasiga muhim dalil hisoblanadi. Shubhali holatlarda ACTH stimulyatsion sinamasi kortizol zaxirasini baholashda qo'llanadi. Agar sinama natijasida kortizol yetarli darajada ko'tarilmasa, buyrak usti bezlari po'stloq qavati funksional imkoniyatining kamayganini ko'rsatadi. Elektrolitlar tahlili esa oddiy va amaliy jihatdan qulay skrining bo'lib, natriy past, kaliy yuqori bo'lgan bemorlarda shubhani kuchaytiradi.

1-jadval. Addison kasalligida klinik-diagnostik baholash mezonlari

Baholash yo'nalishi	Kutiladigan belgilar	Amaliy ahamiyati
Shikoyatlar	Holsizlik, vazn kamayishi, ishtaha pasayishi, bosh aylanishi	Tashxisga ilk shubhani shakllantiradi
Obyektiv ko'rik	Giperpigmentatsiya, arterial gipotenziya, ortostatik belgilar	Birlamchi adrenal yetishmovchilik ehtimolini oshiradi
Elektrolitlar	Giponatriyemiya, giperkaliyemiya, gipoglikemiyaga moyillik	Oddiy laborator skrining sifatida foydali
Gormonal tekshiruv	Past kortizol, yuqori ACTH, stimulyatsion sinamada javob sustligi	Tashxisni tasdiqlashda asosiy mezon
Xavf omillari	Infeksiya, jarrohlik, travma, dori qabulini to'xtatish	Adrenal kriz xavfini baholaydi

Davolash natijalari bo'yicha adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, Addison kasalligida terapiyaning asosiy maqsadi yetishmayotgan gormonlarni fiziologik darajaga yaqin tarzda o'rnini bosish, arterial bosim va elektrolitlar muvozanatini barqarorlashtirish hamda adrenal krizning oldini olishdir. Glyukokortikoid va mineralokortikoid o'rnini bosuvchi terapiya shifokor nazoratida tanlanadi. Bemorning tana vazni, qon bosimi, shikoyatlari, elektrolitlari va stress omillari muntazam baholab borilishi kerak.

Adrenal kriz Addison kasalligining eng xavfli asorati hisoblanadi. U kuchli holsizlik, arterial bosimning keskin tushishi, qayt qilish, diareya, qorinda og‘riq, hushning buzilishi, suvsizlanish va elektrolit buzilishlari bilan kechishi mumkin. Kriz ko‘pincha infeksiya, jarrohlik, travma, yuqori isitma, og‘ir stress, dori qabulini to‘xtatish yoki dozaning yetarli moslashtirilmasligi fonida rivojlanadi. Shu sababli bemorga kasallik mohiyatini tushuntirish va muntazam shifokor nazoratini ta‘minlash davolashning ajralmas qismi hisoblanadi.

Muhokama

Addison kasalligi klinik tafakkur uchun muhim sinovdir, chunki u kam uchraydi, lekin vaqtida tanilmaganda og‘ir oqibatlarga olib keladi. Bemorning birinchi murojaatida tashxis qo‘yish har doim ham oson emas. Biroq simptomlar orasidagi bog‘lanish to‘g‘ri ko‘rilsa, tashxis imkoniyati sezilarli oshadi. Masalan, holsizlik va vazn kamayishi umumiy belgi bo‘lsa, holsizlik, arterial gipotenziya, tuzga moyillik, pigmentatsiya va natriy-kaliy muvozanatining buzilishi birgalikda aniq diagnostik yo‘nalish beradi.

Kasallikning o‘z vaqtida aniqlanmasligiga bir necha omil sabab bo‘ladi. Bemorlar charchoqni ko‘pincha ish, o‘qish, stress yoki ovqatlanishdagi kamchilik bilan bog‘laydi. Birlamchi bo‘g‘inda elektrolitlar va kortizol tekshiruvi har doim ham dastlabki reja sifatida qo‘yilmaydi. Giperpigmentatsiya ba‘zan quyoshda qorayish yoki terining individual xususiyati deb baholanadi. Natijada Addison kasalligi differensial tashxis ro‘yxatida kech paydo bo‘ladi.

Mahalliy va xalqaro manbalarni birgalikda qo‘llash eng to‘g‘ri yondashuvdir. Ichki kasalliklar propedevtikasi bemorning shikoyati, anamnez va obyektiv ko‘rik ma‘lumotlarini to‘g‘ri yig‘ish madaniyatini shakllantiradi. Endokrinologiya darsliklari gormonal boshqaruv, laborator tekshiruvlar va davolash tamoyillarini tizimli tushuntiradi. Xalqaro klinik tavsiyalar esa ushbu bilimlarni dalillarga asoslangan zamonaviy amaliyot bilan boyitadi.

Davolashda eng muhim prinsip shuki, Addison kasalligida terapiya qisqa muddatli simptomatik muolaja emas, balki uzoq muddatli gormon o‘rnini bosuvchi davolash tizimidir. Bemor o‘zini yaxshi his qilsa ham, dori vositasini o‘zboshimchalik bilan kamaytirish yoki to‘xtatish adrenal kriz xavfini oshiradi. Aksincha, ortiqcha dozlash ham metabolik nojo‘ya oqibatlarga olib kelishi mumkin. Demak, davolash shifokor nazorati, laborator monitoring va bemor bilan tushunarli muloqotga tayanadi.

Maqolada taklif etilgan yondashuvning amaliy qiymati oddiy klinik belgilarni e‘tibordan chetda qoldirmaslikdir. Addison kasalligini erta aniqlash har doim

murakkab texnologiyadan boshlanmaydi. Ba'zan arterial bosimni to'g'ri o'lchash, teri va shilliq qavatni sinchiklab ko'rish, anamnezda vazn kamayishi va tuzga moyillikni aniqlash tashxis yo'lini ochib beradi. Shundan keyin laborator tekshiruvlar klinik taxminni dalillaydi.

Differensial tashxisda Addison kasalligini surunkali gastrit, malabsorbsiya, anemiya, depressiv buzilishlar, arterial gipotenziyaning funksional shakllari, surunkali infeksiyalar va qalqonsimon bez kasalliklaridan farqlash muhim. Bu kasalliklarning ayrim belgilari o'xshash bo'lsa-da, Addison kasalligida giperpigmentatsiya, elektrolit disbalansi va past kortizol bilan yuqori ACTHning birga uchrashi tashxisni aniqroq yo'naltiradi. Amaliy xulosa shuki, uzoq davom etuvchi holsizlikka ega bemorda oddiy umumiy tahlillar bilan bir qatorda natriy, kaliy va glyukoza ko'rsatkichlarini baholash, zaruratda gormonal tekshiruvga yo'naltirish tashxis kechikishining oldini oladi.

Tibbiyot amaliyotida Addison kasalligini erta aniqlashning eng zaif nuqtasi shifokor va bemor o'rtasidagi dastlabki muloqotda yashirin belgilarni yetarli darajada aniqlamaslikdir. Bemor charchoqni odatiy hol deb bilishi, vazn kamayishini ovqatlanish yoki stress bilan bog'lashi, teridagi qorayishni esa kosmetik o'zgarish sifatida qabul qilishi mumkin. Shuning uchun anamnez yig'ishda umumiy savollar bilan cheklanmasdan, tana vaznining qancha muddatda kamaygani, tuzli ovqatga ehtiyoj paydo bo'lgan-paydo bo'lmagani, tik turganda bosh aylanishi, qusish yoki diareya epizodlari, ilgari sil, autoimmun tireoidit, 1-tur qandli diabet yoki boshqa endokrin kasalliklar bo'lgan-bo'lmaganini aniqlash zarur.

Xulosa

Addison kasalligi birlamchi buyrak usti bezi yetishmovchiligining klassik shakli bo'lib, kortizol va aldosteron yetishmovchiligi bilan tavsiflanadi. Kasallikda holsizlik, vazn kamayishi, arterial gipotenziya, tuzga ehtiyojning ortishi, teri va shilliq qavat giperpigmentatsiyasi, giponatriyemiya va giperkaliyemiya muhim o'rin tutadi. Belgilar asta-sekin rivojlangani sababli tashxis kechikishi mumkin, bu esa adrenal kriz xavfini oshiradi.

Erta diagnostika uchun klinik hushyorlik birinchi o'rinda turadi. Uzoq davom etuvchi charchoq va vazn yo'qotish oddiy holat sifatida baholanmasligi kerak. Agar ushbu shikoyatlar ortostatik belgilar, teri qorayishi, past arterial bosim va elektrolit buzilishi bilan birga kuzatilsa, kortizol va ACTH tekshiruvlarini rejalashtirish lozim. ACTH stimulyatsion sinamasi shubhali holatlarda tashxisni aniqlashtiradi.

Davolashning asosiy yo'nalishi shifokor nazoratida gormon o'rnini bosuvchi terapiyani to'g'ri tashkil etish, elektrolitlar va arterial bosimni barqarorlashtirish

hamda bemorni adrenal kriz belgilari haqida xabardor qilishdan iborat. Mahalliy tibbiy adabiyotlar va xalqaro klinik tavsiyalarni birgalikda qo'llash Addison kasalligini o'qitish va amaliyotda aniqlash sifatini oshiradi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Shagzatova B.X. Endokrinologiya: darslik. Toshkent: Ijod-print, 2021.
2. Gadayev A.G., Nabiyeva D.A., Aripov A.N. Ichki kasalliklar: darslik. Toshkent, 2021.
3. Gadayev A.G., Karimov M.Sh., Axmedov X.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi: darslik. Toshkent, 2018.
4. Gadayev A.G. Ichki kasalliklar. Toshkent: Turon Zamin Ziyo, 2018.
5. Ismailov S.I., Urmanova Y.M., Xodjayeva F.S. Endokrinologiya: darslik. Toshkent.
6. Bornstein S.R., Allolio B., Arlt W. et al. Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101(2):364-389.
7. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Adrenal Insufficiency and Addison's Disease: Symptoms, Causes, Diagnosis and Treatment. NIH.
8. MSD Manual Professional Version. Primary Adrenal Insufficiency (Addison Disease): clinical features, diagnosis and treatment.
9. Society for Endocrinology. Adrenal crisis: emergency guidance for adult patients with adrenal insufficiency.