

O'ZBEKISTON QANDSIZ DIABET KASALLIGINI TASHXISLASH DAVOLASH VA PROFILAKTIKA CHORA TADBIRLARNI O'TKAZISH

Eshonqulov Nodirjon Musurmon o'g'li

Sultonova Bahora Rajabboy qizi

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti

Tibbiy pedagogika fakulteti 405-gurux talabalari

Ilmiy raxbar : Kurbanova Nozima Sobirjonovna

Annotatsiya: Vazopressin — gipotalamusda sintez qilinadigan (ishlab chiqariladigan) gormon bo'lib, keyin u gipofizga tushadi va u yerdan qonga o'tadi. Vazopressinning sintezi asosan natriy bilan nazorat qilinadi: qonda natriy konsentratsiyasining ortishi bilan gormon ishlab chiqarilishi oshadi, kamayganda esa kamayadi. Bundan tashqari, stressli vaziyatlarda, organizmda suyuqlikning kamayishida va nikotin kirishida gormonning sintezi kuchayadi. Shuningdek, vazopressin ishlab chiqarilishi arterial bosimning ortishida, renin-angiotenzin tizimining zaiflashuvida, tana haroratining pasayishida, spirtli ichimliklar va ba'zi dorilar (masalan, klopelin, galoperidol, glyukokortikoidlar) qabul qilishda kamayadi.

Ta'sir mexanizmi: Qon oqimi bilan gormon buyrak naychalariga yetib boradi, so'ng maxsus retseptorlarga birikib, ularning suv molekulasini uchun o'tkazuvchanligini oshiradi. Buning natijasida suv qayta so'riladi va siydik konsentratsiyalangan bo'ladi. Siydik rezorbsiyasi bilan bir qatorda, vazopressin organizmda sodir bo'ladigan bir nechta jarayonlarni tartibga soladi.

Uning funktsiyalari:

1. Qon aylanish tizimining kapillyarlari, shu jumladan buyrak koptokchalari kapillyarlarini torayishiga yordam beradi.
2. Qon bosimini ushlab turadi.
3. Buyrak usti bezi po'sti gormonlari ishlab chiqarilishini tartibga soluvchi **adrenokortikotrop gormon** (gipofiz bezida sintez qilinadi) sekretsiyasiga ta'sir qiladi.
4. Qalqonsimon bezning **tiroksin** ishlab chiqarishini rag'batlantiradigan **tireotrop gormon** (gipofiz bezida sintez qilinadi) ajralishini kuchaytiradi.
5. Trombotsitlarni agregatsiyasini (yopishib qolishini) chaqirishi va qon ivishining ba'zi omillarini ajratishi sababli **qon ivishini yaxshilaydi**.
6. Hujayra ichidagi va tomir ichidagi suyuqlik hajmini kamaytiradi.

7. Organizm suyuqliklari osmolyarligini (1 l suyuqlikda erigan zarralar konsentratsiyasi) tartibga soladi: qon, siydikda.

8. Renin-angiotenzin tizimini rag'batlantiradi.

Vazopressin yetishmovchiligi bilan noyob kasallik — **qandsiz diabet** rivojlanadi.

QANDSIZ DIABET TURLARI

Qandsiz diabet rivojlanish mexanizmlarini hisobga olgan holda uni ikki asosiy turga bo'lish mumkin:

1. **Markaziy qandsiz diabet.** Gipotalamusta vazopressin ishlab chiqarilishi yetishmovchiligi yoki uning gipofiz bezidan qonga o'tishi buzilishi natijasida shakllanadi.

2. **Buyrakli (nefrogen) qandsiz diabet.** Ushbu shaklda vazopressin darajasi me'yorda bo'ladi, ammo buyrak to'qimasi unga reaksiya bermaydi.

Bundan tashqari, ba'zida **stressga** javoban **psixogen polidipsiya** (kuchli chanqash) rivojlanadi. Shu bilan birga, qandsiz diabet **homiladorlik** paytida shakllanishi mumkin. Buning sababi — yo'ldosh (platsenta) fermentlari bilan vazopressinning parchalanishidir. Odatda, kasallikning belgilari homiladorlikning uchinchi trimestrida namoyon bo'ladi, lekin tug'ruqdan keyin ular o'z-o'zidan yo'qolib ketadi.

MARKAZIY QANDSIZ DIABET SABABLARI

Miya shikastlanishlari:

1. Gipofiz yoki gipotalamus o'smalari;
2. Bosh miyadagi operatsiyalardan keyingi asoratlar;
3. **Sifilis**;
4. Ba'zan o'tkazilgan infeksiyalardan so'ng rivojlanadi: **O'RVI**, **gripp** va
5. boshqalar;
6. Ensefalit (bosh miyaning yallig'lanishi);
7. Bosh suyagi va bosh miya jarohati;
8. Gipotalamus yoki gipofizda qon aylanishning yomonlashuvi;
9. Gipofiz yoki gipotalamusning faoliyatiga ta'sir ko'rstishi bilan kechadigan yomon sifatli o'smalarning miyaga metastazi;
10. Kasallik tug'ma bo'lishi mumkin.

NEFROGEN QANDSIZ DIABET SABABLARI

1. Kasallik tug'ma bo'lishi mumkin (eng keng tarqalgan sababi);

2. Kasallik ba'zan buyrakning miya moddasi yoki nefronning siydik naychalari shikastlanishi bilan kechadigan ma'lum sharoitlar yoki kasalliklar bilan bog'liq bo'ladi;

3. Noyob anemiya (o'roqsimon hujayrali);

4. Buyrak polikistozi (ko'p kistalar) yoki amiloidoz (amiloid to'qimasida cho'kma);

5. Surunkali buyrak yetishmovchiligi;

6. Qonda kaliyning ortishi yoki kalsiyning pasayishi;

7. Buyrak to'qimasiga toksik ta'sir qiluvchi dorilarni qabul qilish (masalan, Litiy, Amfoteritsin B, Demeklotsilin);

8. Ba'zida zaiflashgan bemorlarda yoki qarilik davrida paydo bo'ladi.

9. Biroq, barcha holatlarning 30% da qandsiz diabet kasalligining sababi aniqlanmaganligicha qoladi. Chunki o'tkaziladigan barcha tadqiqotlar ushbu kasallikning rivojlanishiga olib keladigan har qanday kasallik yoki omil mavjudligini ko'rsatmaydi.

TASHXISLASH

Birinchiidan, shifokor bir nechta narsalarga aniqlik kiritadi:

1. **Bemor qancha suyuqlik ichishi va qancha miqdorda siydik chiqarishi.** Agar uning hajmi 3 litrdan ko'p bo'lsa, bu qandsiz diabet foydasiga dalil bo'ladi.

2. **Tunda siydikni ushlab tura olmaslik va tez-tez ko'p miqdorda siyish (nikturiya) mavjudmi,** shuningdek, bemorlar kechalari suvni ichadimi. Agar shunday bo'lsa, u holda ichiladigan suyuqlik va chiqariladigan siydik miqdori aniqlanishi kerak.

3. **Yuqori chanqoqlik psixologik sabablar bilan bog'liq emasmi.** Agar alomatlar bemor sevimli mashg'ulotlari bilan shug'ullanganida, sayr qilishida yoki mehmonda bo'lganida kuzatilmasa, ehtimol, u psixogen polidipsiyaga ega.

4. **Qandsiz diabet rivojlanishiga turtki beradigan kasalliklar** (o'smalar, endokrin kasalliklar va boshqalar) mavjudmi.

Agar barcha alomatlar va shikoyatlar bemorda, ehtimol, qandsiz diabet mavjudligidan darak bersa, ambulatoriya sharoitida quyidagi taqiqotlar amalga oshiriladi :

1. Siydikning osmolyarligi va nisbiy zichligi (buyraklarning filtrlash funksiyasini xarakterlaydi), shuningdek qon zardobining osmolyarligi aniqlanadi;

2. Bosh miya kompyuterli tomografiyasi yoki magnit-yadroviy tomografiyasi;

3. Turk egati va bosh suyagi rentgenogrammasi;

4. Exoensefalografiya (EEG);

5. Ekskretorli urografiya;

6. Buyrak UT tekshiruvi;
7. Qon zardobida natriy, kaltsiy, kaliy, azot, mochevina, glyukoza (qand) darajasi aniqlanadi;
8. Zimnitskiy testi.
9. Bundan tashqari, bemorni nevropatolog, okulist va neyrojarrohlar ham tekshiradi.

Laboratoriya ma'lumotlariga asoslanib, qandsiz diabet tashxislanishi mezonlari quyidagilardan iborat:

1. Qonda natriyning ko'payishi (155 mEkv / l dan ortiq)
2. Qon plazmasi osmolyarligining ortishi (290 mosm/kg dan ortiq)
3. Siydik osmolyarligining pasayishi (100-200 mosm / kg dan kam)
4. Siydik nisbiy zichliging pastligi (1010 dan kam)

Siydik va qonning osmolyarligi me'yoriy chegaralar oraliq'ida bo'lsa-da, bemorning shikoyati va alomatlari qandsiz diabet mavjudligini ko'rsatsa, suyuqlikni cheklash bilan test o'tkaziladi. Sinovning mazmuni shundaki, organizmga suyuqlikni kam miqdorda tushishi muayyan vaqtdan (odatda 6-9 soatdan) keyin vazopressin ishlab chiqarilishni rag'batlantiradi. Shuni ta'kidlash kerakki, bu test nafaqat tashxis qo'yish, balki patologiyaning turini aniqlash imkonini ham beradi.

SUYUQLIKNI CHEKLASH BILAN SINOV O'TKAZISH USULI

Kechasi uxlab uyg'ongandan so'ng, bemorning och qoriga vazni, arterial bosimi va pulsi o'lchanadi. Bundan tashqari, qonda natriyning miqdori va qon plazmasining osmolyarligi, siydikning osmolyarligi va nisbiy zichligi aniqlanadi. Shundan so'ng bemor chiday olgunicha eng uzoq vaqt davomida suyuqliklar (suv, sharbat, choy) ichishni to'xtatadi. Keyin muntazam ravishda (har bir yoki ikki soatda), bemor og'irligi o'lchanadi va barcha laboratoriya testlari takrorlanadi.

Bemorda sinov o'tkazish to'xtatiladi, agar:

1. Tana vaznini yo'qotish 3-5% dan oshib ketsa;
2. Chidab bo'lmas chanqoqlik kuzatilsa;
3. Umumiy holat keskin yomonlashsa (ko'ngil aynishi, qusish, bosh og'rig'i, yurak urishi tezlashishi);
4. Qonning natriy va osmolyarlik darajasi me'yoriy raqamlardan oshib ketsa.

Sinov natijalari nimani anglatadi?

Qonning natriy va osmolyarlik darajasining oshishi, shuningdek, tana vaznining 3-5% ga kamayishi **markaziy qandsiz diabet** mavjudligini ko'rsatadi. Ajraladigan siydik miqdori kamayishi va vazn yo'qotmaslik, shuningdek natriy ko'rsatkichlarining normal qiymatlarda bo'lishi, **buyrakli qandsiz diabet** mavjudligini anglatadi. Ushbu test natijasida qandsiz diabet mavjudligi tasdiqlansa, keyingi tashxislash uchun minirinli test o'tkaziladi.

MINIRINLI TEST O'TKAZISH TARTIBI

Bemorga tabletkalarda Minirin tayinlanadi va qabul qilishdan oldin va qabul qilish fonida Zimnitskiy bo'yicha siydikni namunasi olinadi.

Sinov natijalari nimani anglatadi?

Markaziy qandsiz diabetda chiqariladigan siydikning miqdori kamayadi, uning nisbiy zichligi esa ko'tariladi. Nefrogen qandsiz diabetda esa bu ko'rsatkichlar deyarli o'zgarmaydi. Shuni ta'kidlash kerakki, kasallikni tashxislash uchun qondagi vazopressin darajasi aniqlanmaydi, chunki bu usul juda qimmat va bajarilishi qiyin.

QANDSIZ DIABETNI DAVOLASH

Avvalo, iloji bo'lsa, kasallikka sabab bo'lgan xastalik bartaraf qilinadi. Shundan so'ng qandsiz diabet shakliga qarab dori-darmonlar belgilanadi.

MARKAZIY QANDSIZ DIABETNI DAVOLASH

Bemor siydik bilan qancha miqdorda suyuqlik yo'qotishini hisobga olgan holda olib boriladi:

1. Agar siydik miqdori sutkada to'rt litrdan past bo'lsa, dori preparatlari buyurilmaydi. Faqatgina yo'qotilgan suyuqlikni o'rnini to'ldirish va parhez tutish tavsiya etiladi.
2. Siydikning miqdori kuniga to'rt litrdan ko'p bo'lsa, vazopressin o'rnini bosuvchi yoki uning ishlab chiqarilishini rag'batlantiruvchi moddalar belgilanadi.

Dori vositalari bilan davolash: 30 yildan ortiq vaqtdan buyon o'rnini bosuvchi terapiya sifatida Desmopressin (Adiuretin) intranazal (dorini burun yo'llariga kiritish) kiritish qo'llanilar edi. Biroq, hozirgi kunda uning ishlab chiqarilishi

to'xtatilgan. Shuning uchun, hozirgi vaqtda vazopressin o'rnini bosuvchi vosita sifatida belgilanadigan yagona preparat **Minirin**dir (Desmopressinning tabletkadagi shakli). Kasallik alomatlarini bostiradigan Minirin dozasi bemorning yoshiga yoki vazniga bog'liq bo'lmaydi. Chunki hammasi antidiuretik gormonning yetishmasligi darajasiga yoki uning to'liq yo'qligiga bog'liq. Shuning uchun Minirin dozasi qabul qilinish boshlanishining dastlabki uch-to'rt kuni ichida har doim individual ravishda tanlanadi. Davolash minimal dozalardan boshlanadi va zarur bo'lganda ko'paytiriladi. Preparat kuniga uch marta qabul qilinadi. Vazopressin ishlab chiqarishini rag'batlantiruvchi preparatlarga Xlorpropamid (qandli va qandsiz diabet birgalikda kuzatilganida ayniqsa samarali), Karbamazepin va Miskleron kiradi.

BUYRAKLI SHAKLINI DAVOLASH:

Birinchi navbatda organizmga yetarli miqdorda suyuqlik tushishi ta'minlanadi, keyinchalik zarur bo'lsa, dori-darmonlar buyuriladi.

Dori vositalari bilan davolash: Amalda qanchalik paradoksal bo'lmasin, siydik miqdorini kamaytiruvchi preparatar — tiazidli diuretiklar (siydik haydovchilar) buyuriladi: Gidroxlorotiazid, Indapamid, Triampur. Ularning ishlatilishi nefronning siydik naychalarida xlorni qayta so'rilishiga to'siq bo'lishiga asoslanadi. Natijada, qondagi natriy miqdori biroz pasayadi, suvning qayta so'rilishi esa oshadi. Davolashga yordamchi sifatida, ba'zan yallig'lanishga qarshi dorilar buyuriladi (Ibuprofen, Indometasin va Aspirin). Ulardan foydalanish nefronning siydik naychalariga ma'lum moddalar oqimini kamaytirishga olib keladi, natijada siydik hajmi kamayadi va osmolyarlik darajasi oshadi. Shu bilan birga, qandsiz diabetni muvaffaqiyatli davolashga muayyan parhez qoidalariga rioya qilmasdan erishib bo'lmaydi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. B.X Shagzatova „Endokrinologiya”
2. S.I Ismailov „Endokrinologiya”
3. Mark S. *Nyu-York: Thieme Medical Publishers.* 7 2010. Greenberg. „Neyroxirurgiya bo'yicha qo'llanma.”
4. Internet tarmoqlari
5. Odam anatomiyasi” F. Bahodirov
6. „Junkeyra”
7. „Gistologiya” K.A. Zufarov
8. „Avitsenna.uz va mymedic.uz” Internet tarmoqlari.
9. „Topografik anatomiya” N.H. Shomirzayev, S.X. Nazarov, R.J. Usmonov