

КУШИНГ СИНДРОМЛИ БЕМОЛЛАРИНИНГ ҲАЁТ СИФАТ ДАРАЖАСИНИ КАСАЛЛИК ШАКЛИ ВА АСОРАТЛАРИГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА CUSHING QOL-СЎРОВНОМАСИ ЁРДАМИДА БАҲОЛАШ



Алимов Анвар Валиевич^{1,2}, Наримова Гулчехра Джуманиязовна¹, Эргашова Шахноза Эркиновна¹

1 - Академик Ё.Х.Туракулов номидаги Республика ихтисослаштирилган эндокринология илмий-амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКА – CUSHING QOL С УЧЁТОМ ФОРМЫ И ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМ КУШИНГА

Алимов Анвар Валиевич^{1,2}, Наримова Гулчехра Джуманиязовна¹, Эргашова Шахноза Эркиновна¹

1 - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии имени акад. Ё.Х. Туракулова, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CUSHING'S SYNDROME BASED ON DISEASE FORM AND COMPLICATIONS USING THE CUSHINGQOL QUESTIONNAIRE

Alimov Anvar Valievich^{1,2}, Narimova Gulchekhra Djumaniyazovna¹, Ergashova Shakhnoza Erkinovna¹

1 - Republican Specialized Scientific-and-Practical Medical Centre of Endocrinology named after academician Yo.Kh.Turakulov, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: dr.shaxnoza90@gmail.com

Резюме. Кушинг синдроми (КС) - организмда глюкокортикоидлар (ГК) миқдорининг ошиши оқибатида ривожланган ўзига хос симптомлар комплекси билан кечувчи, оғир эндокрин касаллик бўлиб беморлар ҳаёт сифат даражасининг сезиларли пасайишига олиб келади. Таҳлил давомида академик Ё.Х.Туракулов номидаги Республика ихтисослаштирилган эндокринология илмий-амалий тиббиёт марказида даволанган КС нинг турли шаклларида беморларнинг ҳаёт сифат даражаси таҳлил қилинган. Тадқиқот давомида 170 нафар адренокортикотроп гормонга боғлиқ КС (АКТГ-БКС) беморларда CushingQoL сўровномаси ёрдамида ҳаёт сифат даражаси баҳоланганда асосий патогенетик давогача 21,07±0,5 балл (35,1%), ($p < 0,001$) ни, 30 нафар АКТГ-ББКС беморларда эса ҳаёт сифат даражаси 22,24±0,8 балл (37,1%), ($p < 0,001$)ни ташкил қилди. КС асоратларининг бемор ҳаёт сифат даражасига таъсирини ўрганиш мақсадида 200 нафар беморда ҳар бир асоратда ҳаёт сифат даражаси таҳлил қилинди. Бунда барча 200 нафар бемордан 65 нафарда (32,5%) турли углевод алмашинуви бузилиши (УАБ), жумладан 25,5% ида қандли диабет (ҚД), 5,5% ида глюкозага толерантлик бузилиши (ГТБ), 1,5%ида наҳорги гликемия бузилиши (НГБ) аниқланди. УАБ мавжуд бўлмаган КС беморларда бу кўрсаткич 24,1±0,48 балл (40,2%)дан иборат бўлди. Суяк минерал алмашинуви (СМА) бузилиши асорати мавжуд беморларда ҳаёт сифат даражаси 18,64±0,36 балл (31,1%)ни; жумладан, патологик синиши кузатилганда 11,2±0,16 балл (18,7%), остеопороз мавжуд бўлганда -15,7±0,21 балл (26,1%)ни, остеопенияли беморларда-21,2±0,32 балл (35,3%)ни ташкил қилди. СМА бузилмаган беморларда 23,94±0,45 балл (40%) га тенглиги аниқланди. Нейропсихологик бузилишларга нисбатан ҳаёт сифат даражасининг ўзгариши ўрганилганда клиник яққол намоён бўлган депрессияда-22,3%ни, субклиник ифодаланган депрессияда 31,2% ни, депрессия кузатилмаганда 38,7% ни ташкил қилди. Клиник яққол ифодаланган хавотирда эса ҳаёт сифат даражаси 24% ни, субклиник намоён бўлган хавотирда 31,8% ни, хавотир кузатилмаган КС ли беморларда 39,3 %ни ташкил қилди.

Калит сўзлар: Кушинг синдроми, қандли диабет, остеопороз, остеопения, CushingQoL сўровномаси.

Abstract. Cushing's syndrome (CS) is a serious endocrine disease that develops as a result of an increase in glucocorticoids (GC) in the body, leading to a specific symptom complex that significantly reduces the quality of life of patients. In the analysis, the quality of life of patients with various forms of CS treated at the academic Y.Kh. To'raqulov National Specialized Endocrinology Research and Practical Medical Center was assessed. During the study, the quality of life was assessed using the CushingQoL questionnaire in 170 patients with adrenocorticotrophic hormone-dependent Cushing's syndrome (ACTH-dependent CS). Before the main pathogenetic treatment, the quality of life score was 21.07 ± 0.5 points (35.1%), ($p < 0.001$), while in 30 patients with ACTH-independent CS, the quality of life score was 22.24 ± 0.8 points

(37.1%), ($p < 0.001$). To study the impact of CS complications on patients' quality of life, 200 patients were analyzed for the quality of life in each complication. Among all 200 patients, 65 (32.5%) had various carbohydrate metabolism disorders (CMD), including 25.5% with diabetes mellitus (DM), 5.5% with impaired glucose tolerance (IGT), and 1.5% with impaired fasting glucose (IFG). In CS patients without CMD, the quality of life score was 24.1 ± 0.48 points (40.2%). In patients with bone mineral metabolism (BMM) disorders, the quality of life score was 18.64 ± 0.36 points (31.1%), including 11.2 ± 0.16 points (18.7%) with pathological fractures, 15.7 ± 0.21 points (26.1%) with osteoporosis, and 21.2 ± 0.32 points (35.3%) with osteopenia. In patients without BMM disorders, the score was 23.94 ± 0.45 points (40%). Regarding neuropsychological disorders, the change in quality of life was studied: in patients with clinically obvious depression, it was 22.3%; in patients with subclinical depression, 31.2%; and in patients without depression, 38.7%. In patients with clinically pronounced anxiety, the quality of life score was 24%; in those with subclinical anxiety, 31.8%; and in those without anxiety, 39.3%.

Key words: Cushing's Syndrome, Diabetes Mellitus, Osteoporosis, Osteopenia, CushingQoL Questionnaire

Кириш. Синдром Кушинга (СК) - кам учрайдиган, оғир, кўп симптомли нейроэндокрин касаллик бўлиб, у глюкокортикоидлар (ГК) нинг плазмада нотўғри баланд даражаси билан боғлиқдир [1]. ЖССТ статистикаси бўйича касалланиш йилига 1 млн аҳолига 1,2-2,4 ҳолатни ташкил қилиб, касаллик асосан ўрта ёшда ва аёллар орасида эркакларга нисбатан 3 баробар кўп учрайди [5]. Муаллифлар таъкидлашича касалликда гиперкортизоэмия натижасида ривожланган висцерал семизлик, қандли диабет, гипертензия, дислипидемия, остеопороз, нерв-психологик бузилишлар беморлар орасида ўлим даражасининг ошишига олиб келади, бу эса ўз навбатида касаллик ремиссияга эришилганда ҳам ривожланган ўзгаришларнинг сақланиб қолиши бу беморларни доимий назоратини талаб қилади [6]. Касаллик 100 йилдан ортиқ вақт ўрганилган бўлсада, касаллик оқибатида ривожланган асоратлар бугунги кунга қадар долзарб муаммо бўлиб қолмоқда ва ривожланган аксарият асоратларнинг касаллик ремиссия даврида ҳам сақланиб қолиши, шунингдек касалликнинг агрессив кечиши, қайталаниш хавфининг юқорилиги касалликдан ногиронликка сабаб бўлади ва бемор ҳаёт сифат даражасининг паст кўрсаткичларда сақланишига олиб келади.

Жаҳон илмий адабиётларининг кўп тадқиқотлари натижасида КС нинг асоратлари кенг тарқалганлиги ўрганилган, жумладан глюкоза алмашинуви бузилиши 27–87% КСли беморларда аниқланиб, жумладан, глюкоза толерантлик бузилиши (ГТБ)-7–64% беморларда, ҚД - у 11–47% беморларда, наҳорги гликемия бузилиши (НГБ)-6–14% беморларда [7]; остеопороз ривожланиши 50% дан 59% гача беморларда [2]; депрессия 50% дан 59% гача беморларда [8], хавотир 79 % га ча беморларда [1] кўрсатиб ўтилган. Қўлланиладиган даво чоралари хилма-хиллигига қарамадан касалликда қайталаниш кўрсаткичларининг юқорилиги беморлар ҳаёт сифатини янада ёмонлашувига сабаб бўлиши қайд қилинган [3]. КСини ташхислаш ва даволаш бўйича 2021-йилги Консенсусда ремиссия давридаги остеопения билан асоратланган КС ремиссия давридаги беморларда суяк метаболизмини тиклашга қаратилган даво бўйича аниқ маълумотлар йўқлиги таъкидланган [4]. КС асоратларининг ремиссия даврида ҳам сақланиб қолишида асосий омил бўлиб, юқори кортизол миқдорининг организмга таъсир давомийлиги эканлиги келтириб ўтилган [12]. Уларни ташхислаш ва даволаш чораларини оптималлаштириш зарурлиги қайд этилган. Қандли диабет билан асоратланган беморларда эҳтиёткорлик билан клиник

кузатув зарурлиги таъкидланган [5] ҳамда турли гипогликемик препаратларини тавсия қилиш бўйича стандартлар ишлаб чиқиш керак. Касалликда суяк синишлари беморлар ҳаёт сифатининг пасайишига ва ногиронликнинг оғирлашувига олиб келади [4]. Соғлиқ ва ҳаёт сифати даражаси билан боғлиқ ўзгаришларни ўрганиш учун кўплаб текширувлар мавжуд. Анкеталар — ҳаёт сифати даражасини ўрганиш учун энг кўп ишлатиладиган инструментлардир, чунки улар клиник амалиётда ҳам, тадқиқотларда ҳам ишлатиш ва бошқариш учун осон. Ҳаёт сифати даражаси билан боғлиқ ўзгаришларни аниқлаш учун кўплаб анкеталар мавжуд бўлиб, уларни умумий ва касалликга хос деб таснифлаш мумкин [11].

Касалликни 100 йилдан ортиқ вақтдан буён ўрганилган бўлса-да, асоратлар ривожланиши ҳали ҳам долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Касалликнинг фаол даврида ривожланган кўпчилик асоратлар ремиссияга эришилганидан кейин ҳам йўқолмайди. Касалликнинг қайта намоён бўлишига мойиллиги, агрессив кечуви, ремиссия даврида сақланиб қолган асоратлар кўпинча ногиронликка ёки паст ҳаёт сифати даражасининг сақланиб қолишига олиб келади. Бу эса тиббий, ижтимоий ва иқтисодий муаммоларни келтириб чиқаради ва касалликни доимий кузатишни талаб қилади.

Материал ва текшириш усуллари. Тадқиқот давомида Академик Ё.Х. Тўракулов номидаги РИЭИАТМда 2000-2022 йилларда КС билан касалланган ҳамда даволанган 200 нафар турли этиологик сабаб натижасида ривожланган КС ли беморларда ўрганилди. Текширув вақтида беморларнинг ўртача ёши $-34,67 \pm 0,64$ йилни ташкил қилди. Этиологик омилга кўра таҳлилда АКТГ-БКС билан оғриган беморлар-170 нафар (85%) ва АКТГ га боғАКТГ-БКС билан 30 нафар (15%) дан иборат.

Ўзбекистон Республикаси КС миллий реестридаги беморлар АКШ миллий соғлиқни сақлаш институтининг халқаро тавсияларига (2008) мувофиқ текширилди: шикоятларни йиғиш, анамнез тўлдириш; соматик, эндокрин статусни текшириш; биохимик тадқиқот усуллари (наҳорги ва прандиал гликемия, гликирланган гемоглобин (HbA1c); гормонал анализ (АКТГ, кортизол ритми (08:00 - 24:00), суткалик сийдикдаги кортизол); визуализацион текширувлар–гипофиз МРТ ва буйрак усти беши МСКТ; суяк минерал зичлигини баҳолаш учун DXA сканерлаш ва беморлар ҳаёт сифат даражасини аниқлаш учун «CushinQoL» сўровномаси қўлланилди. Олинган маълумотлар Microsoft Excel ва STATISTICA-6 компьютер дастурлари тўплами ёрдамида қайта

ишланди. Жадвалларда таҳлил қилинган барча кўрсаткичларнинг ўртача арифметик ва стандарт оғишлари ($M \pm m$) ҳисоблаб чиқилди. Микдорий кўрсаткичлардаги фарқларнинг ишончилиги ($n > 12$) боғлиқ бўлмаган диапазонлар учун Вилсоксон усулини қўллаб аниқланди, мустақил танловлар учун Фишер таркибий қисмининг параметрик бўлмаган тасодифий мезонидан қўлланилди, сифатли қийматлар учун Фишер-Ирвиннинг аниқ мезонидан фойдаланилди. Гуруҳлар ўртасидаги фарқлар $P < 0,05$ да статистик аҳамиятга эга деб ҳисобланди, корреляцион таҳлил параметрик бўлмаган Спирмен усули ёрдамида амалга оширилди).

Тадқиқот натижалари. Ҳаёт сифати даражаси бўйича таҳлил 200 нафар этиологик келиб чиқиши турлича бўлган КС билан оғриган беморларда олиб борилди. Беморларнинг ўртача ёши $34,67 \pm 0,64$ ёшни ташкил этди, уларнинг 150 нафари аёллар (75%) ва 50 нафари эркеклар (25%) дан иборат. Барча 200 бемор этиологик омилга кўра икки гуруҳга бўлинди: АКТГ-га боғлиқ КС ($n=170$, 85%) билан ва АКТГ-га боғлиқ бўлмаган КС ($n=30$, 15%). Беморларнинг асосий қисми 18-44 ёш орасидаги беморлардан ташкил топган бўлиб, уларнинг сони 174 та (87%) ни ташкил этди.

АКТГ-га боғлиқ КС бўлган беморлар ($n=150$) олиб борилган патогенетик даволаш усулларида кўра қуйидагича тақсимланган (жадвал 1). Бунда 52,35% беморларда гипофизнинг транссфеноидал аденомэктомиясини (ТАГ) ўтказилган, 12,35% беморлар медикаментоз даволашни олган, 0,6%

радиацион терапия (РТ) олган, 10% ҳолатларда қайта ТАГ ўтказилган, 1,76% ҳолатларда ТАГ медикаментоз даволаш билан биргаликда ўтказилган, 1,76% ҳолатларда бир томонлама адреналэктомия медикаментоз даволаш билан биргаликда ўтказилган, 1,76% ҳолатларда ТАГ, бир томонлама адреналэктомия ва медикаментоз даволаш комбинацияси ўтказилган, 2,35% пациентларда ТАГ ва РТ биргаликда ўтказилган, 2,35% пациентларда бир томонлама адреналэктомия ва РТ биргаликда ўтказилган, 1,76% ҳолатларда қайтарилган ТАГ ва медикаментоз даволаш биргаликда ўтказилган, 2,94% ҳолатларда билатерал адреналэктомия (БА) ўтказилган, 3,53% ҳолатларда ТАГ ва БА биргаликда ўтказилган, 4,71% ҳолатларда ТАГ ва бир томонлама адреналэктомия биргаликда ўтказилган, 1,76% ҳолатларда ТАГ, РТ ва медикаментоз даволаш биргаликда ўтказилган.

АКТГ-га боғлиқ бўлмаган КС билан касалланган 30 та бемордан 29 тасида бир томонлама адреналэктомия амалга оширилди.

Патогенетик даволашдан кейин АКТГ-га боғлиқ КС бўлган 32 (64%) эркекда ремиссияга эришилган, 16 (32%) эркекда ремиссияга эришилмаган, 2 (4%) беморда касаллик рецидив бўлган (2-жадвал).

Патогенетик даволашдан кейин АКТГ-га боғлиқ КС бўлган аёлларда 97 (64,67%) ҳолатда ремиссияга эришилган, 35 (23,33%) беморда ремиссияга эришилмаган, 18 (12%) беморда касаллик қайталанган (3-жадвал).

Жадвал 1. АКТГ га боғлиқ КС қўлланилган асосий патогенетик даво усуллари

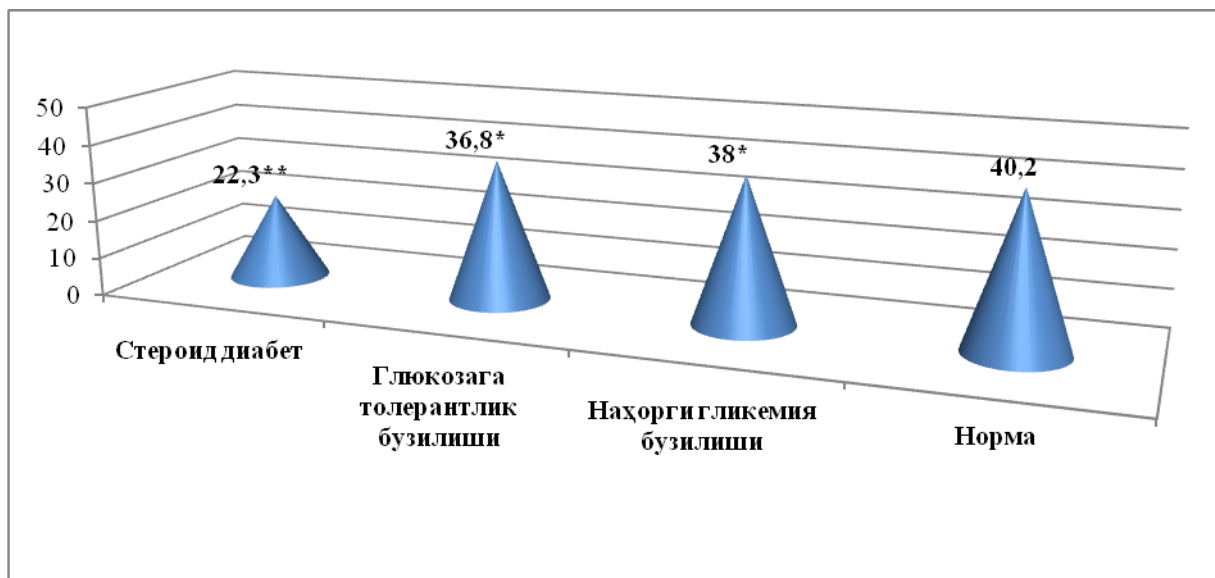
Даво усули	Беморлар, n=150, 100%
ТАГ	52,35%
Медикаментоз даво	2,35%
Нур терапия	0,6%
Қайта ТАГ	10%
ТАГ+медикаментоз даво	1,76%
Медикаментоз даво+Бир томонлама адреналэктомия	1,76%
Медикаментоз даво+ТАГ+Бир томонлама адреналэктомия	1,76%
Нур терапия+Бир томонлама адреналэктомия	2,35%
ТАГ+Нур терапия	2,35%
Медикаментоз даво+ТАГ	1,76%
БА	2,94%
ТАГ+БА	3,53%
Бир томонлама адреналэктомия+ТАГ	4,71%
ТАГ+Нур терапия+ медикаментоз даво	1,76%

Жадвал 2. КС билан касалланган эркеклар ($n=50$) ёш ва касаллик фаоллигига кўра тақсимланиши

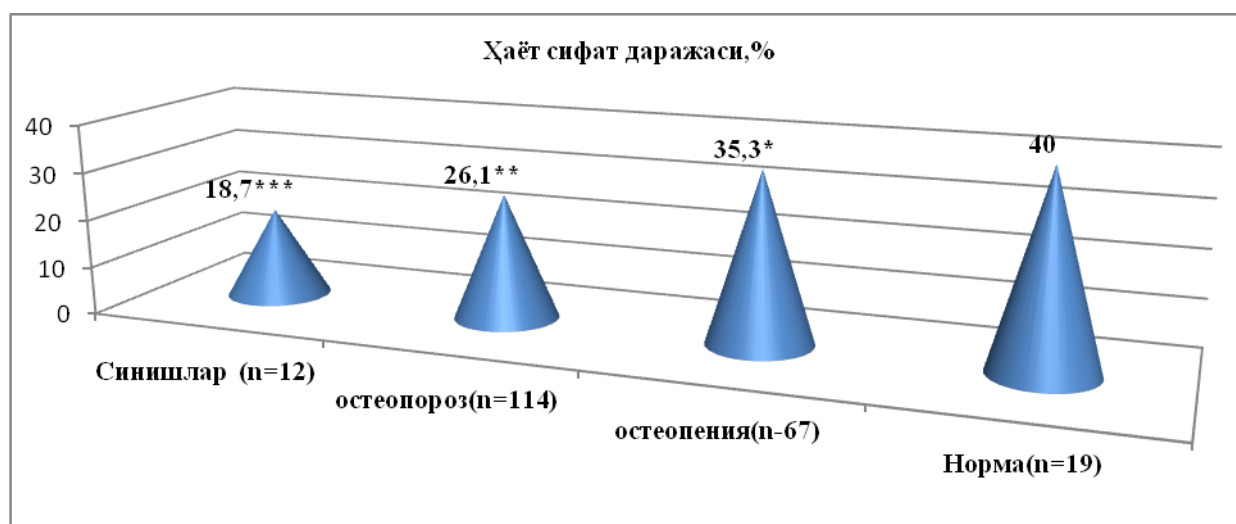
Ёши	Ремиссия, n=32 (64%)	Ремиссияга эришилмаган, n=16 (32%)	Рецидив, n=2 (4%)	Умумий, n=50 (100%)
18 ёшгача	-	-	-	-
18-44	29(58%)	16(32%)	2 (4%)	47(94%)
45-59	3 (6%)	-	-	3 (6%)
60-74	-	-	-	-

Жадвал 3. СК билан касалланган аёллар ($n=150$) ёш ва касаллик фаоллигига кўра тақсимланиши.

Ёши	Ремиссия, n=97 (64,67%)	Ремиссияга эришилмаган, n=35 (23,33%)	Рецидив, n=18 (12%)	Умумий, n=150 (100%)
18 ёшгача	1 (0,67%)	-	-	1 (0,67%)
18-44	81(54%)	30(20%)	16 (10,67%)	127(84,67%)
45-59	15 (10%)	5 (3,33%)	2 (1,33%)	22 (14,67%)
60-74	-	-	-	-



Расм 1. КС ли беморларда углевод алмашинуви асоратларига нисбатан беморлар ҳаёт сифат даражаси ўзгариши



Изоҳ: ***- $p < 0,01$ **- $p < 0,05$, * - $p > 0,05$, p нинг қийматлари суяк минерал алмашинуви нормадаги беморларга нисбатан

Расм 2. КС ли беморларда суяк тизими асоратлари шаклига нисбатан беморлар ҳаёт сифат даражаси ўзгариши

Тадқиқотимизда АКТГ-га боғлиқ КС билан ва АКТГ-га боғлиқ бўлмаган КС шакллари бўлган беморларда ҳаёт сифат даражасининг сезиларли даражада пасайгани кузатилди. Яъни, АКТГ-га боғлиқ КС билан беморларнинг ҳаёт сифат даражасини CushingQoL сўровномаси бўйича баҳолашда $u = 21,07 \pm 0,5$ балл (35,1%) ташкил этди ($p < 0,001$), АКТГ-га боғлиқ бўлмаган КС билан беморларда эса $22,24 \pm 0,8$ балл (37,1%) ташкил этди ($p < 0,001$).

КС асоратларининг бемор ҳаёт сифат даражасига таъсирини ўрганиш мақсадида 200 нафар беморда ҳар бир асоратда ҳаёт сифат даражаси таҳлил қилинди.

Бунда барча 200 нафар бемордан 65 нафаридан (32,5%) турли УАБ, жумладан 25,5% ида ҚД, 5,5% ида глюкоза толерантлик бузилиши (ГТБ), 1,5% ида наҳорги гликемия бузилиши (НГБ) аниқланди. Углевод алмашинуви бузилиши (УАБ) мавжуд бўлмаган КС беморларда бу кўрсаткич $24,1 \pm 0,48$ балл (40,2%) дан иборат бўлди (1-расм).

Суяк минерал алмашинуви (СМА) бузилиш асорати мавжуд беморларда ҳаёт сифат даражаси

$18,64 \pm 0,36$ балл (31,1%) ни; жумладан, патологик синиш кузатилганда $11,2 \pm 0,16$ балл (18,7%), остеопороз мавжуд бўлганда $-15,7 \pm 0,21$ балл (26,1%) ни, остеопенияли беморларда $-21,2 \pm 0,32$ балл (35,3%) ни ташкил қилди. СМА бузилмаган беморларда $23,94 \pm 0,45$ балл (40%) га тенглиги аниқланди (2-расм).

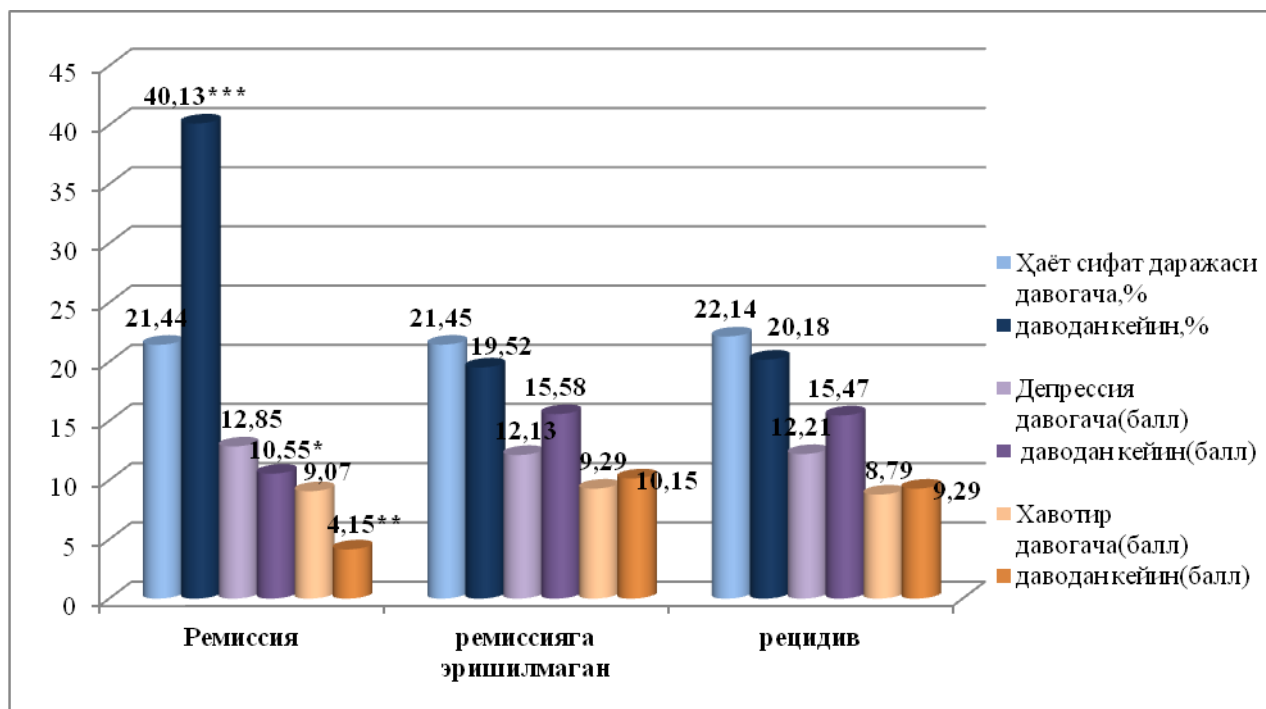
Нейропсихологик бузилишларга нисбатан ҳаёт сифат даражасининг КС ли беморларда патогенетик давогача ва даводан кейин қуйидагича ўзгарди (4-жадвал).

Клиник яққол ифодаланган хавотирда эса ҳаёт сифат даражаси 24% ни, субклиник намоён бўлган хавотирда 31,8% ни, хавотир кузатилмаган КС ли беморларда 39,3 % ни ташкил қилди.

Асосий патогенетик даво билан ремиссия кузатилган беморларда ҳаёт сифат даражаси 66,9% гача яхшиланган, беморларда клиник намоён бўлган депрессия сақланиб қолган, клиник аҳамиятли хавотир аниқланмади.

Жадвал 4. КС ли беморларда патогенетик давогача ва даводан кейин ҳаёт сифат даражаси, депрессия ва хавотир даражаси (n=200)

		АКТГга боғлиқ КС, n=170	АКТГга боғлиқ бўлмаган КС, n=30
Ҳаёт сифат даражаси (балл)	Давогача	21,07±0,5	22,24±0,81
	Даводан кейин	37,46±0,32**	53,66±0,68***
Депрессия (балл)	Давогача	14,04±0,23*	8,81±0,71
	Даводан кейин	9,29±0,29*	3,81±0,4***
Хавотир (балл)	Давогача	8,11±0,29	13,32±0,48
	Даводан кейин	4,46±0,27***	3,65±0,38***



Изоҳ: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ p нинг қийматлари давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан
Расм 3. АКТГ га боғлиқ КС ли беморларда касаллик фаоллига нисбатан ҳаёт сифат даражаси, депрессия ва хавотир даражаси (n=170)

Асосий даводан кейин ремиссия кузатилмаган 50 нафар беморда ҳаёт сифат даражаси ёмонлашди, клиник намоён бўлган депрессия ва хавотир белгилари оғирлашди. Касаллик қайталаган 20 нафар АКТГ га боғлиқ КС ли беморларда ҳаёт сифат даражаси 33,63% ни ташкил қилди, депрессия ва хавотир белгилар кўпайди.

АКТГга боғлиқ КС билан касалланган беморларда даволаш натижаларидан келиб чикиб, ҳаёт сифат даражаси, хавотир ва депрессияни таҳлил қилдик. АКТГга боғлиқ КС билан касалланган беморлар орасида касалликнинг фаол ва ремиссия босқичидаги беморлар ўртасида АКТГга боғлиқ КСда муҳим фарқлар мавжудлиги кузатилди.

Тадқиқотимиздаги беморларнинг ҳолатини таҳлил қилиш натижасида, 170 АКТГга боғлиқ КС билан касалланган бемордан 100 (58,82%) бемор ремиссияда эканлиги, 70 (41,18%) беморда касалликнинг фаол босқичи қайд этилган (20 беморда рецидив, 50 беморда эса даволаш усулларида бири орқали ремиссияга эришилмаган).

АКТГга боғлиқ КС билан беморларда даволашдан кейин ремиссияга эришилганида, ҳаёт сифат даражаси кўрсаткичи ишончли равишда яхшиланиб, 40,13±0,76 (66,9%, $p < 0,01$) баллни ташкил этди. Бироқ, клиник даражада депрессия сақланиб қолди (10,55±0,31, $p > 0,05$), лекин хавотирнинг

ишончли даражадаги белгиларининг йўқлиги кузатилди (4,15±0,18, $p < 0,05$).

Ремиссияга эришилмаган беморларда (n=50) ҳаёт сифат даражаси кўрсаткичи ёмонлашиб, 19,52±0,66 (32,53%) баллга тушди, шу билан бирга, клиник даражадаги депрессия (15,58±0,47) ва хавотир симптомлари (10,15±0,48) кўтарилди. Касаллик рецидиви бўлган беморларда (n=20) ҳаёт сифат даражаси кўрсаткичи 20,18±1,27 (33,63%) баллни ташкил этди, бу ҳолда клиник даражадаги депрессия (15,47±0,55) ва хавотир симптомлари (9,29±0,31) ёмонлашди (3-расм).

КС турли нейрокөгнитив бузилишлар ва бемор ҳаёт сифат даражасининг пасайиши билан кечади. АКТГ га боғлиқ КС беморларда нейрпсихологик ўзгаришлардан клиник намоён бўлган депрессия устунлик қилган бўлса, АКТГ га боғлиқ бўлмаган КС беморларда клиник намоён бўлган хавотир устунлик қилди. Касаллик фаоллиги беморлар ҳаёт сифат даражасига сезиларли таъсир қилиб турли даражадаги хавотир ва депрессияга сабаб бўлади. АКТГ га боғлиқ КС ли беморларда ремиссия даврида ҳаёт сифат даражаси нисбатан яхшиланишига қарамадан субклиник депрессия сақланиб қолди. Гиперкортизолемия давомийлиги паст ҳаёт сифат даражаси ҳамда турли даражадаги хавотир ва депрессия сабаби ҳисобланади. Бемор-

ларда ҳаёт сифат даражаси ва нейропсихологик бузилишлар даражасига касаллик ремиссия давомийлиги аҳамиятли таъсир қилмади.

Муҳокама. Сурункали гиперкортизолемиа бемор соғлиғига салбий таъсир кўрсатади ва КС билан касалланган беморлар орасида бемор ҳаёт сифат даражасини ёмонлаштиради, ҳамда бузилишлар даражаси енгилдан оғиргача бўлиши мумкин. Турли авторлар ўз ишларида гиперкортизолемианинг КЖга таъсирини тавсифлаганлар [9,10]. Бизнинг тадқиқотимизда касаллик фаол даврида (ремиссияга эришилмаган ва қайталаганда) ҳаёт сифат даражаси паст эканлиги касаллик ремиссияга эришилганда ҳам етарлича яхшиланимаганлиги кузатилди. Бу эса касалликнинг оғир кечишини кўрсатади.

КС турли нейрокогнитив бузилишлар ва бемор ҳаёт сифат даражасининг пасайиши билан кечади. Касаллик фаоллиги беморлар ҳаёт сифат даражасига сезиларли таъсир қилиб турли даражадаги хавотир ва депрессияга сабаб бўлади. АКТГ га боғлиқ КС ли беморларда ремиссия даврида ҳаёт сифат даражаси нисбатан яхшиланишига қарамадан субклиник депрессия сақланиб қолди. Гиперкортизолемиа давомийлиги паст ҳаёт сифат даражаси ҳамда турли даражадаги хавотир ва депрессия сабаби ҳисобланади.

КС билан оғриган беморларда ҳаёт сифат даражасини ва олиб борилган даво самарадорлигини баҳолашда мослаштирилган CushingQoI сўровномаси ишончли баҳолаш воситасидир. CushingQoI сўровномаси кўрсаткичлари натижалари гиперкортизолемиа давомийлиги билан узвий боғланган.

Хулоса. КС билан оғриган беморларда ҳаёт сифат даражасининг давогача сезиларли яъни, АКТГга боғлиқ КС беморларда 48,8%гача, АКТГ га боғлиқ бўлмаган КС беморларда 55,8 % гача пасайиши кузатилди. Даводан кейин АКТГ га боғлиқ бўлмаган КС беморларда 75% гача, АКТГга боғлиқ КС беморларда 64,6% гача яхшиланди. КС ли беморларда ҳаёт сифат даражасининг сезиларли пасайиши бевосита касаллик фаоллиги ва бу даврда ривожланган манифест асоратлар билан узвий боғланган.

Адабиётлар:

1. E Valassi, I Crespo, B G Keevil, A Aulinas, E Urgell, A Santos, P J Trainer and S M Webb, Affective alterations in patients with Cushing's syndrome in remission are associated with decreased BDNF and cortisone levels; European Journal of Endocrinology (2019) 176, 221–231 Printed in Great Britain, Published by Bioscientifica Ltd. www.eje-online.org DOI: 10.1530/EJE-16-0779
2. Ferriere Amandine; Tabarin Antoine (2020). Cushing's syndrome: treatment and new therapeutic approaches. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 101381–. doi:10.1016/j.beem.2020.101381,1-37.
3. Lodish, M.B.; Keil, M.F.; Stratakis, C.A. Cushing's Syndrome in Pediatrics: An Update. Endocrinol. Metab. Clin. N. Am. 2018, 47, 451–462.
4. Maria Fleseriu, Richard Auchus, Irina Bancos, Anat Ben-Shlomo, Jerome Bertherat, Nienke R Biermasz, Cesar L Boguszewski, Marcello D Bronstein, Michael

Buchfelder, John D Carmichael, Felipe F Casanueva, Frederic Castinetti, Philippe Chanson, James Findling, Mônica Gadelha, Eliza B Geer, Andrea Giustina, Ashley Grossman, Mark Gurnell, Ken Ho, Adriana G Ioachimescu, Ursula B Kaiser, Niki Karavitaki, Laurence Katznelson, Daniel F Kelly, André Lacroix, Ann McCormack, Shlomo Melmed, Mark Molitch, Pietro Mortini, John Newell-Price, Lynnette Nieman, Alberto M Pereira, Stephan Petersenn, Rosario Pivonello Hershel Raff, Martin Reincke, Roberto Salvatori, Carla Scaroni, Ilan Shimon, Constantine A Stratakis, Brooke Swearingen, Antoine Tabarin, Yutaka Takahashi, Marily Theodoropoulou, Stylianos Tsagarakis, Elena Valassi, Elena V Varlamov, Greisa Vila, John Wass, Susan M Webb, Maria C Zatelli, Beverly M K Biller Consensus on Diagnosis and Management of Cushing's Disease: A Guideline Update // Lancet Diabetes Endocrinol. 2021 December; 9(12): 847–875. doi:10.1016/S2213-8587(21)00235-7//.

5. Marie Helene Scherthaner-Reiter, Christina Siess, Alois Gessl, Christian Scheuba, Stefan Wolfsberger, Philipp Riss, Engelbert Knosp, Anton Luger, Greisa Vila. Factors predicting long-term comorbidities in patients with Cushing's syndrome in remission// Endocrine (2019) 64:157–168 https://doi.org/10.1007/s12020-018-1819-6

6. M.M.Bride, I.Crespo, S.M.Webb, E.Valassi, Quality of life in Cushing's syndrome//journal best practice and research clinical endocrinology and metabolism// Volume 35, Issue 1, January 2021, 101505,c.1-15

7. Steffensen C, Pereira AM, Dekkers OM, Jorgensen JO: Diagnosis of Endocrine Disease: prevalence of hypercortisolism in type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. Eur J Endocrinol 2016;175:R247–R253.

8. Valassi E, Crespo I, Santos A & Webb SM. Clinical consequences of Cushing's syndrome. Pituitary 2012 15319–329.

9. Vega-Beyhart A, Enriquez-Estrada VM, Bello-Chavolla OY, Torres-Victoria TR, Martínez-Sánchez FD, López-Navarro JM, et al. Quality of life is significantly impaired in both secretory and non-functioning pituitary adenomas. Clin Endocrinol. (2019) 90:457–67. doi: 10.1111/cen.139153.

10. Vermalle M, Alessandrini M, Graillon T, Paladino NC, Baumstarck K, Sebag F, et al. Lack of functional remission in Cushing's syndrome. Endocrine.(2018) 61:518–25. doi: 10.1007/s12020-018-1664-7

11. Wagenmakers MAEM, Netea-Maier RT, Prins JB, Dekkers T, den Heijer M & Hermus ARMM. Impaired quality of life in patients in long-term remission of Cushing's syndrome of both adrenal and pituitary origin: a remaining effect of long-standing hypercortisolism? European Journal of Endocrinology 2014 167687–695. (doi:10.1530/EJE-12-0308)

12. Weihong Guo, Fengao L, Chonggui Zhu, Baoping Wang, Kunling Wang, Chenlin Dai, Hongwei Jia, Hongyan Wei, Qing He, Jin Cui, Menghua Yuan, Shaofang Tang, Wei Liul, Tiehong Zhu, Zhihong Gao, Fangqiu Zheng, Zhongshu Ma, Huiqi Qu and Mei Zhu. Effect of hypercortisolism on bone mineral density and bone metabolism: A potential protective effect of adrenocorticotrophic hormone in patients with Cushing's disease//Journal of International Medical Research 2018, Vol. 46(1) 492–503! The Author(s) 2017 Reprints and permissions: sagepub.co.uk/journals Permissions.nav DOI:

**ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ОПРОСНИКА – CUSHING QOL С УЧЁТОМ
ФОРМЫ И ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМ КУШИНГА**

Алимов А.В., Наримова Г.Дж., Эргашова Ш.Э.

Резюме. Синдром Кушинга (СК) — это тяжёлое эндокринное заболевание, характеризующееся повышением уровня глюкокортикоидов (ГК) в организме и сопровождающееся комплексом специфических симптомов, что приводит к значительному снижению качества жизни пациентов. В ходе анализа было исследовано качество жизни пациентов с различными формами СК, лечившихся в Республиканском специализированном научно-практическом центре эндокринологии имени академика Ё.Х. Тўракулова. В рамках исследования было проведено оценивание качества жизни с помощью опросника CushingQoL у 170 пациентов с адренокортикотропным гормон зависимым синдромом Кушинга (АКТГ-ЗСК). У пациентов с АКТГ-ЗСК до начала патогенетического лечения качество жизни составило $21,07 \pm 0,5$ баллов (35,1%), ($p < 0,001$), а у 30

симым синдромом Кушинга (АКТГ-НСК). оно составило $22,24 \pm 0,8$ баллов (37,1%), ($p < 0,001$). Для изучения влияния осложнений СК на качество жизни было проанализировано состояние 200 пациентов с оценкой качества жизни при каждом осложнении. Из 200 пациентов у 65 (32,5%) было выявлено нарушение углеводного обмена (НУО), в том числе у 25,5% был диабет, у 5,5% — нарушение толерантности к глюкозе, у 1,5% — преддиабет. У пациентов СК без нарушения углеводного обмена показатель качества жизни составил $24,1 \pm 0,48$ балла (40,2%). У пациентов с нарушениями минерального обмена костей качество жизни составило $18,64 \pm 0,36$ балла (31,1%), включая $11,2 \pm 0,16$ балла (18,7%) при патологических переломах, $15,7 \pm 0,21$ балла (26,1%) при остеопорозе и $21,2 \pm 0,32$ балла (35,3%) при остеопении. У пациентов без нарушений МПК показатель качества жизни составил $23,94 \pm 0,45$ балла (40%). При нейропсихологических расстройствах изменение качества жизни было следующим: при клинически выраженной депрессии — 22,3%, при субклинически выраженной депрессии — 31,2%, при отсутствии депрессии — 38,7%. При клинически выраженной тревоге качество жизни составило 24%, при субклинически выраженной тревоге — 31,8%, при отсутствии тревоги — 39,3%.

Ключевые слова: синдром Кушинга, диабет, остеопороз, остеопения, опросник CushingQoL.