



- 1 **Узбеков Рустам Камилович**
- 3 **Латипова Амира Зафаровна**

- 2 **Садикова Дилдора Шухратиллаевна**



ABSTRACT

Giperparatireozendokrintiziminingengko'puchraydigankasalliklaridanbirihsoblanadi. U paratiroidgormoniningortiqchasekretsiyasivakaltsiy-fosforalmashinuviningbuzilishibilantavsiflanadi. Kasallikosteoporoz, nefrolitiaz, yurak-qontomirasoratlarivametabolikbuzilishlarrivojlanishixavfiningortishibilanbog'liq. So'nggiyillardagiperparatireozninganiqlanishiko'paymoqda, bulaboratordiagnostikaningkengayishivaaholiningumrko'rishininguzayishibilaizohlanadi. Bu maqolada biz klinikholatniko'rsatibberdikvaqandaydavoyo'llariniqo'llaganimizniqadamvaqadamtushuntiribyo'zduk.



KEYWORDS

giperparatireoz paratiroidgormoni kaltsiy giperkalsiemiya
endokrinkasalliklar epidemiologiya



Врач эндокринолог консультативной поликлиники РСНПМЦЭ им. акад. Туракулова

Абдурауфов Абдулла Фарход угли

Ординатор, Кафедра эндокринологии и детской эндокринологии, Ташкентский государственный медицинский университет

Латипова Амира Зафаровна

Ординатор, Кафедра эндокринологии и детской эндокринологии, Ташкентский государственный медицинский университет

Annotatsiya

Giperparatireoz endokrintizimining eng ko'pchaydigankasalliklaridan biri hisoblanadi. U paratiroid gormonining ortiqchasekretsiyasivakaltsiy-fosfor almashinuvining buzilish bilan tavsiflanadi. Kasallik osteoporoz, nefrolitiaz, yurak-qontomirasoratlari va metabolik buzilishlar rivojlanish xavfining ortish bilan bog'liq. So'nggi yillarda giperparatireozning aniqlanish ko'paymoqda, bulaborat diagnostikaning kengayishi va aholining umr ko'rishining uzayishi bilan izohlanadi. Bu maqolada biz klinik holatniko'rsatib berdik va qanday davoyo'llarini qo'llaganimizni qadam va qadam tushuntirib yozdik.

Kalit so'zlar:

Kirish

Giperparatireoz - paratiroid gormoni (PTG) ning ortiqcha ishlab chiqarilish natijasida yuzagakeladigan endokrinkasallik bo'lib, kaltsiy-fosfor almashinuvining buzilishi, giperkalsiemiya va tizimli metabolik o'zgarishlarga olib keladi [1]. Kasallikning eng ko'p tarqalgan shakli - birlamchi giperparatireoz bo'lib, u holatlarning taxminan 80–85% da parashchitovid bez adenomasitufaylirivojlanadi, giperplaziya 10–15% holatda, karsinoma esa 5% dan kam holatda kuzatiladi [1,2].

Giperparatireoz endokrinkasalliklar orasida uchinchio'rinni egallaydi (qandli diabeta va qalqonsimon bez kasalliklaridan keyin) [2]. Zamonaviy epidemiologik tadqiqotlarga ko'ra, birlamchi giperparatireozning umumiy aholi orasidagi tarqalish taxminan 0,2–1,3% nitashkiletadi, bu ko'rsatkich yosh to'g'ri sezilarli darajada ortadi [3]. So'nggi tadqiqotlar ma'lumotlariga ko'ra (2024–2026), kasallikayollarda, ayniqsa postmenopauzal davrda ko'proq uchraydigan giperparatireozning umumiy aholi orasidagi tarqalish taxminan 1–2% ga yetadi [4].

Bir qator populyatsion tadqiqotlar birlamchi giperparatireozning yillik kasallanish darajasi 10 000 kishiga 4–6 holat nitashkiletish aniqlangan, bunda ayollarning kasallanish darajasi 2–3 barabarko'proq kasallanadi [5]. Zamonaviy ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, rivojlangan mamlakatlarda giperparatireoz ko'pincha simptomsiz bosqichda aniqlanadi. Bu kaltsiy darajasining biokimyoviy skriningning keng qo'llanilishi bilan bog'liq. Avvallari esa kasallik asosiy vakubuyrakasoratlari mavjud bo'lgan data shaxs qo'yilardi [2,6].

So'nggi analitik ma'lumotlarga ko'ra, 2024 yilda faqat AQShda giperparatireoz bilan kasallangan bemorlar soni 2,6 milliondan oshgan, bunda bemorlarning taxminan 70% ayollar vakubuyrakasoratlari bilan bog'liq [7]. Muammoni dolzarbligishundaki, giperparatireoz uzoq vaqt simptomsiz kechishim umkin va asta-sekin osteoporoz, nefrolitiaz, kognitiv buzilishlar va yurak-qontomirasoratlarga olib keladi, bu esa bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi [1,8].

Giperparatireoz - paratiroid gormonining ortiqchasekretsiyasibilan xarakterlanuvchi endokrinkasallik bo'lib, kaltsiy almashinuvining buzilishi, qondakaltsiy miqdorining ortishiga suyakto'qimasining rezorbsiyasining kuchayishiga olib keladi [1].

Kasallikning uchta asosiy shakli farqlanadi:

Birlamchi giperparatireoz parashchitovid bezlarining o'zidapatalogiya (adenoma, giperplaziya, karsinoma) bilan bog'liq.

Ikkinchi darajali giperparatireoz surunkali buyrak yetishmovchiligi, vitamin D yetishmovchiligi yoki malabsorbsiya fonida kompensator reaksiyasifatidariivojlanadi.

Uchinchi darajali giperparatireoz uzoq davom etadigan ikkinchi darajali giperparatireoz natijasida PTG ning avtonom gipersekretsiyasiyuzagakelgan darivojlanadi.



- ichakdakaltsiyningsoʻrilishinikuchaytiradi.

Natijadagiperkalsiemiya, gipofosfatemiya, suyak mineral zichliginingpasayishivaneфроlitiazxavfiortadi. Ushbumexanizmlarkasallikningklinikoʻrinishlariningasosinitashkiletadi [1,2].

Klinikahamiyati

- Zamonaviytadqiqotlarshunikoʻrsatadiki, giperparatireozquyidagilarbilankechishimumkin:
- suyakzichliginingpasayishi;
- suyaksinishixavfiningortishi;
- nefrolitiaz;
- neyrokognitivbuzilishlar;
- depressivholatlar.

Birtadqiqotdabirlamchigiperparatireozbilankasallanganbemorlarningtaxminan 10% datashvishbuzilishlari, 2% daesakognitivbuzilishlaraniqlangan [8].

...Ushbuklinikholatilmiyyaamaliyahamiyatgaega, chunkiuuzoqdiagnostikakechikishivanoto'g'ridifferentsialtashxisbilantavsiflanadi.

Klinikholat

Kõrilgan sana :13.03.2026

Anamnesis morbi: Shikoyatlar 4 yiloldinaniqlangan. Bemortravmatolog, revmatolognazoratidaturgan.ToshMldanendokrinolog Respublika Endokrinologiyamarkazgajunatdi. UZI - O'ngtomonlama QOB adenomasi. PG 1259.79, Ca- 3,24. Densitometriyabo'yicha - osteoporoz (-6.6). Bemorgakardiolog, gastroenterolog, anesteziologoperaciyaaruxsatberdi.

O'tmishdagikasalliklar: ORVI. Appendektomiya (2014 y.) Moddiyvaturmushsharoitiquoniqarli. Yashashjoyi - Samarqand viloyati. Dori vositalarigaallergikreaktsiyalar: penicillin, gentamicin, bicillin

Tashxis:

Asosiy: Birlamchigiperparatireoz, manifest shakli (E21.0)

Asorati: Osteoporoz. Buyrak tosh kasalligi

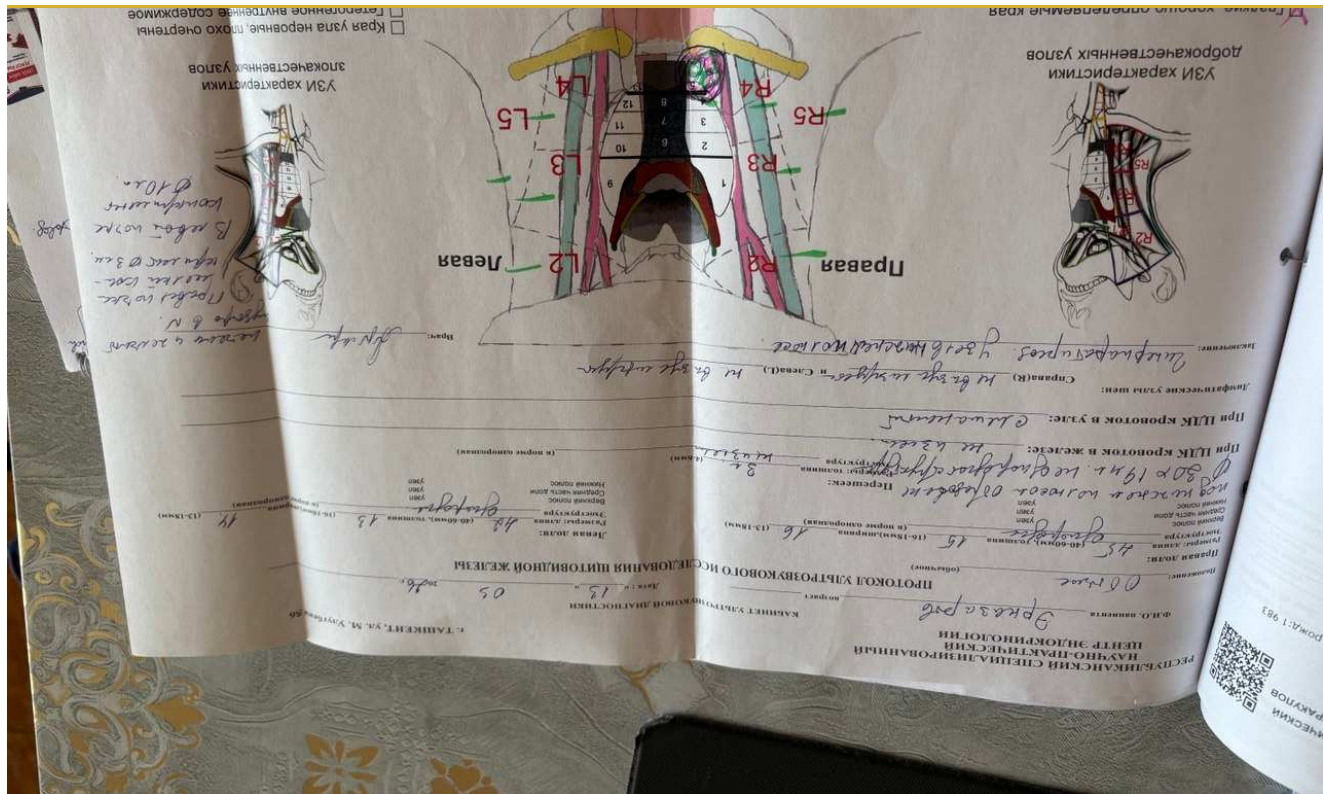
Yondoshlashxis: Gipertoniyakasalligi 2 dr, havf4.(1.110).Surunkaliyurakyetishmovchiligi 1 dr, FS 2 NYHA b.(1.50).

Laboratoriyajavoblari14.03.2026

Bioximiktaxlii -IVenozqondagiglyukoza - 5,0mmolʻ/l, Kalciy – 3.24mmolʻ/l.

Immunokimyoviytekshiruv: IXLA Vitamin D - 19,0 ng/ml, IXLA TTG - 1,96 uIU/ml, IXLA IXLAParatgormon – 1259.79 pg/ml. Shelochnayafosfotaza -1143.0 U/L .IXXJA b-cross-laps ---3,12 Ca++ -1.3 Fosfor -0.5mmol/L Analizlardayaqqolko'rinihturibdiki - Kalciy, Katcitonin, Paratgormon, b-cross-laps normadanbaland.Vitamin D esa past.

Uzi shifokorixulosasi: Qalqonsimonbezdatapatologikoʻzgarishlartopilmadi. O'ngtomondagipastkiparatireoidbezkatlashgan.



Uzishifkorikxulosasi: MKB (siydik-toshkasalligi): harikkalabuyrkdatoshtaraniqlangan. Jigar vao 'tpufagidao' zigaxoso' zgarishlaraniqlanmadi.

Qalqonsimonbezintigrafiyasi



RFP (radioraznoplavakat) kiritilgandan 20 daqiqadan so'ng, qalqonsimon bez o'ng pastki soxasida izotopning ko'p miqdorda to'planishi aniqlandi.
120 daqiqadan keyin – qalqonsimon bez o'ng tomon pastki soxasida izotopning to'planishi saqlanmoqda

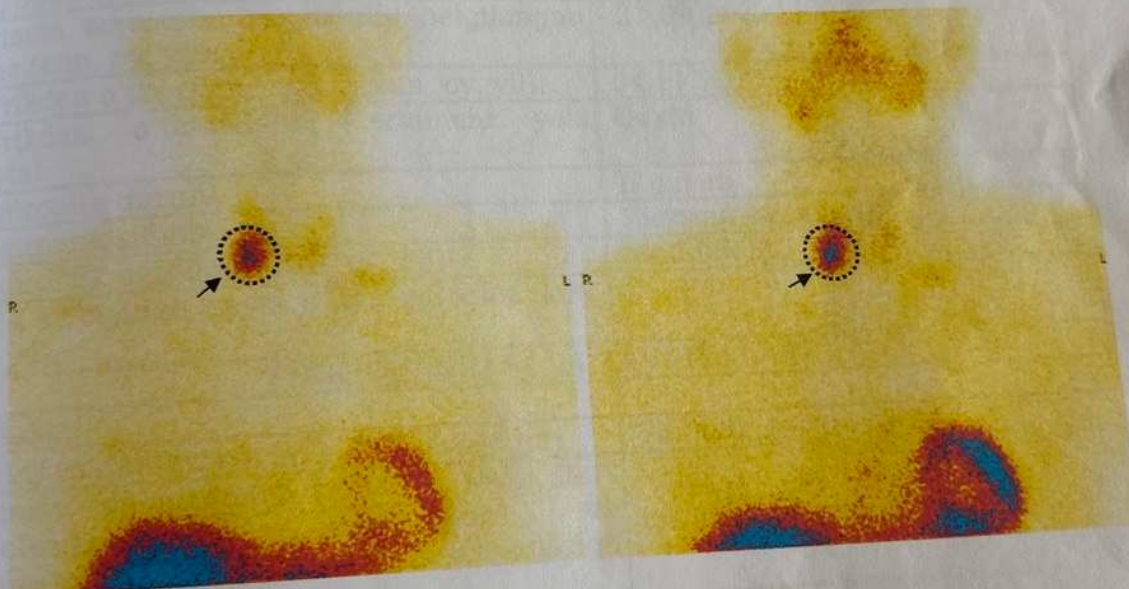
20 daqiqa

Researcher 3
Date of Birth: 01.01.1980
Patient ID:

Parathyroid - SPECT-CT Researcher 3
Study ID: 0000 Date of Birth: 01.01.1980
MIBI-Thyroid Patient ID:
Image ID: 01-01
Study - Image1 - Collection1
Proc: 2020.0005 11.10

120 daqiqa

Parathyroid - SPECT-CT
Study ID: 0000
MIBI-Thyroid 2 Image 100
Image ID: 01-01
Study - Image1 - Collection1
Proc: 2020.0005 11.10



Thyroid (Tc)

Parathyroid (MIBI/Tl)

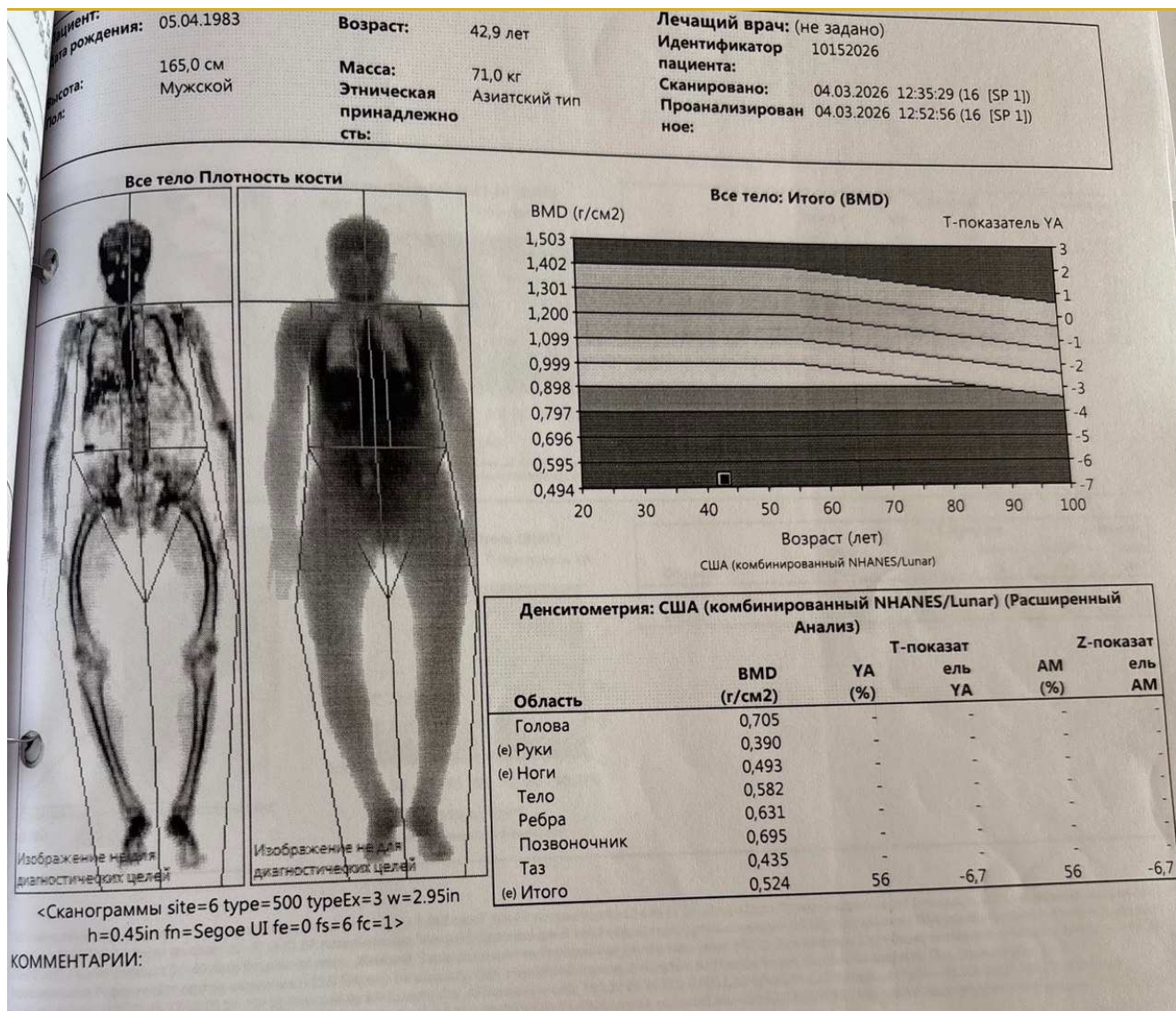
Xulosa: scintigrafik ma'lumotlar qalqonsimon bez o'ng pastki soxasida izotopning ko'p miqdorda to'planishi kuzatilmoqda. Surat paratiroid bezining adenomasiga hos. Qalqonsimon bez surati tiroiditga hos.

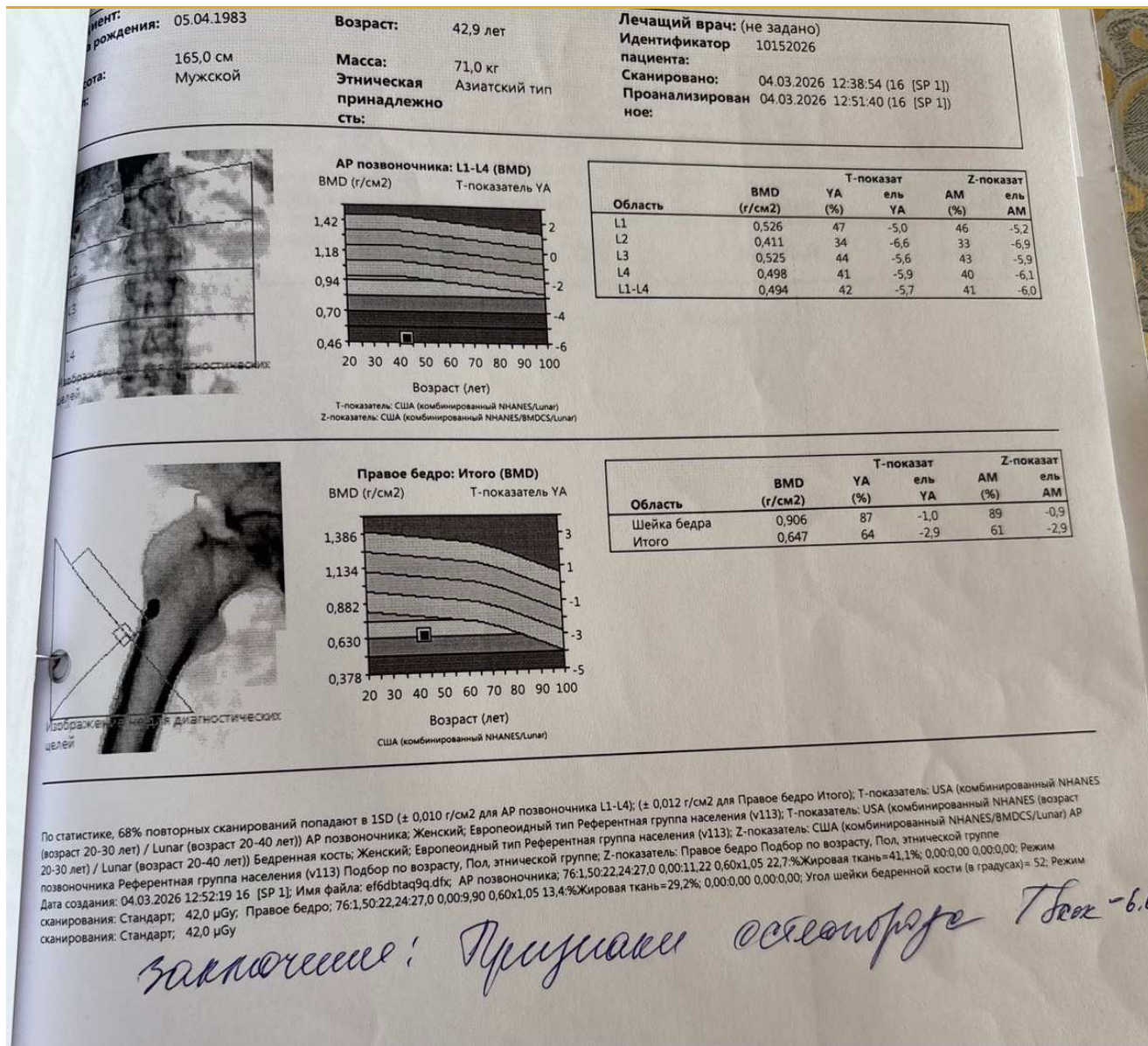
Tavsiya - endokrin jarrox maslahati.

Shifokor: Almuradov F. F.

Bo'lim mudiri: Usmanov L.X.

Xulosa: Xulosa: scintigrafik ma lumotlarqalqonsimon bez o'ngpastkiso xasida izotopning kop miqdordato planishikuzatilmoqda. Surat





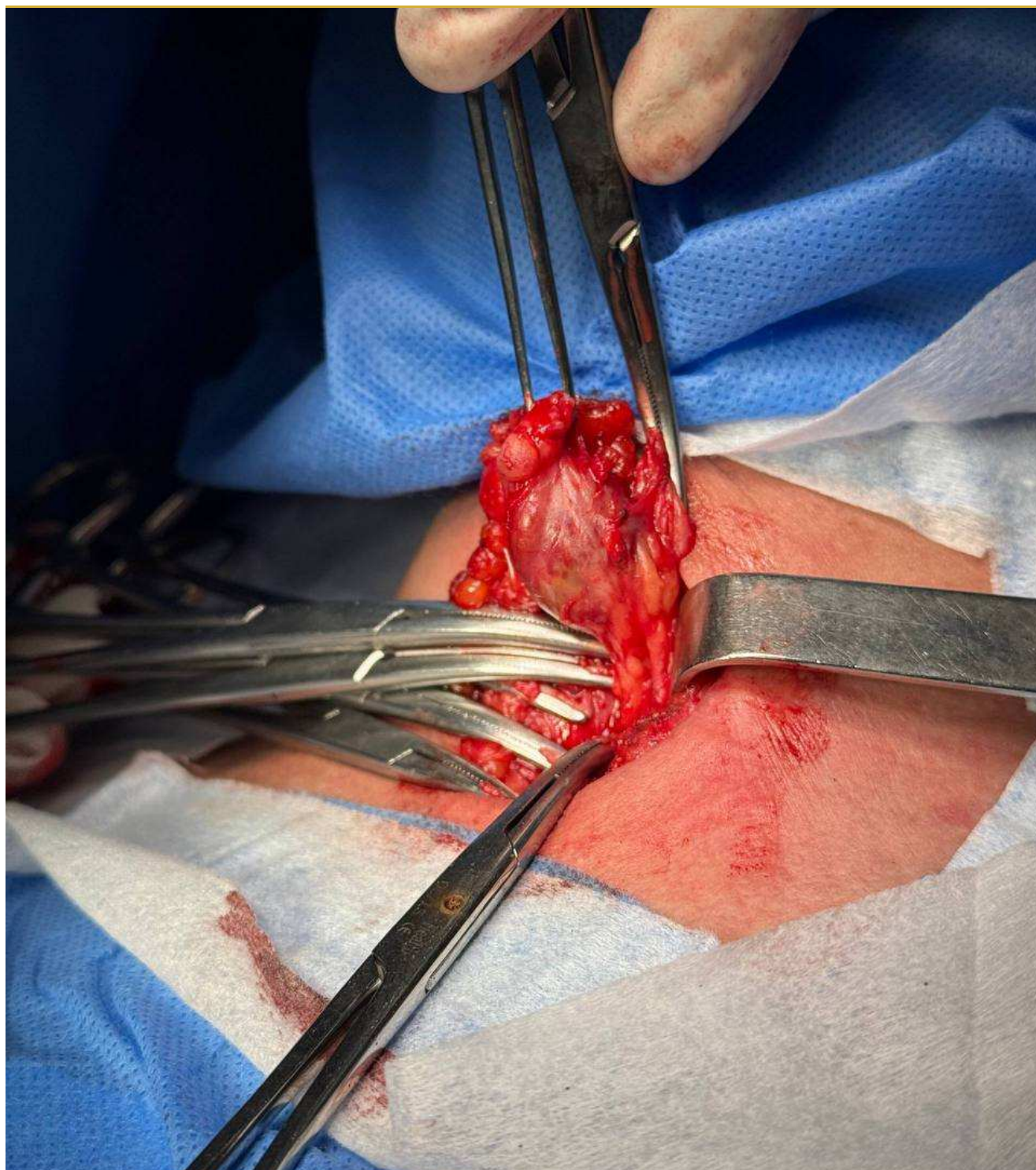
DensitometriyaXulosa: Osteoparoz -6.6

Analiz javoblariolingandanso'ngbemordaasosiydavolashusulisifatida chap qalqonoldibeziolibtashtashtaklifberildi.

16.03.2026 Operatsiyaqilinib -Jarroxlikamaliyotinomi: O'ngtomonlama QOB adenomasiolibtashtash

Umumiyendotraxealogrissizlantirishyo'libilanbo'yinsohasida 7 smuzunlikdaKoxerusulidaqavatma-qavatbo'yinyassimushaklarinikesmasdan, qalgonsimonbezgayo'lochildi. Qalgonsimon bez diffuz II darajakattalashgan. QBningpastkiqismdatraxeyaniorqasidao'ng QOB adenomasiqilandi, 3.2*2.0 sm. kekirdakgavaqizilo'ngachgayopishgan (Eks. gis. - QOB adenomasi). Ikkala qalgonsimon bez tekshiribko'rilganda QB tugunlaraniqlanmagan. Bemordaongtomonlama QOB adenomasiolibtashtashoperatsiyasio'tkazildi. Gemostazqilindi. Operatsiyajoyiquruq. Mushak, teriostivateriqavatlariketma-







Gistologik tekshiruv natijasi (25.03.2026): Paratireoid bez adenomasi. MRDS (TCD-0) 81.4%

Immunokimyoviy tekshiruv (16.03.2026): IXLA Paratgormon – 2,3 pg/ml.

Qongazlarining kislotasi-ishqorholati (KISH) (16.03.2026): pH — 7,32, pCO₂ — 36,5, pO₂ — 44,3, Na⁺ — 14,3 mmol/l, K⁺ — 3,8 mmol/l, Cl⁻ — 121 mmol/l, Ca²⁺ — 1,3 mmol/l, Glc — 6,3 mmol/l, Lac — 1,6 mmol/l, Hb — 152 g/l.

Venoz qonning umumiy tahlili (analizator) (16.03.2026): Gemoglobin (HGB) — 146 g/l, Gematokrit (HCT) — 42,1 %, Eritrotsitlar (RBC) — 5,1 × 10¹²/l, Eritrotsitlarning oʻrtachahajmi (MCV) — 82,0 fl, Eritrotsitdagigemoglobinining oʻrtachamiqdori (MCH) — 28,4, Eritrotsitdagigemoglobinining oʻrtachakonsentratsiyasi (MCHC) — 346 g/l, Eritrotsitlaranizotsitozi (RDW-CV) — 14,5 %, Trombotsitlar (PLT) — 347 × 10⁹/l, Trombotsitlarning oʻrtachahajmi (MPV) — 7,6 fl, Trombotsitlaranizotsitozi (PDW) — 15,5, Trombokrit (PCT) — 0,263 %, Leykotsitlar (WBC) — 11,0 × 10⁹/l, Tayoqchasimon yadrolineyetrofillar — 1 %, Segment yadrolineyetrofillar — 58 %, Eozinofilllar — 1 %, Monotsitlar — 5 %, Limfotsitlar — 35 %, Eritrotsitlarchoʻkishtozligi (ESR) — 5 mm/soat.

Qonivishvaqtini aniqlash (16.03.2026): Ivishvaqti — 2,55–3,20.

Venoz qonning umumiy tahlili (analizator) (17.03.2026): Gemoglobin (HGB) — 134 g/l, Gematokrit (HCT) — 39,3 %, Eritrotsitlar (RBC) — 4,8 × 10¹²/l, Eritrotsitlarning oʻrtachahajmi (MCV) — 81,9 fl, Eritrotsitdagigemoglobinining oʻrtachamiqdori (MCH) — 27,8, Eritrotsitdagigemoglobinining oʻrtachakonsentratsiyasi (MCHC) — 340 g/l, Eritrotsitlaranizotsitozi (RDW-CV) — 14,2 %, Trombotsitlar (PLT) — 317 × 10⁹/l, Trombotsitlarning oʻrtachahajmi (MPV) — 7,5 fl, Trombotsitlaranizotsitozi (PDW) — 15,4, Trombokrit (PCT) — 0,237 %, Leykotsitlar (WBC) — 10,0 × 10⁹/l, Tayoqchasimon yadrolineyetrofillar — 1 %, Segment yadrolineyetrofillar — 60 %, Eozinofilllar — 1 %, Monotsitlar — 6 %, Limfotsitlar — 32 %, Eritrotsitlarchoʻkishtozligi (ESR) — 10 mm/soat.

Qonivishvaqtini aniqlash (17.03.2026): Ivishvaqti — 3,00–3,35.

Immunokimyoviy tekshiruv (18.03.2026): IXLA Paratgormon - 2,47 pg/ml.

Bioximik taxlil (18.03.2026): Альбумин - 35,3 g/l, Кальций - 2,39 Mmol/l.

Operatsiyadan soʻng dinamikada Paratgormon tushganidan analizlardasidiqlandi.

Bemor ambulator quyidagidavomulajalaritayinlandi

15-stol, Magniysulfati 25% 10 ml, Glyukoza 5% 250 ml, Kalsiyglyukonati 10% 10 ml, Eksipar 4000 anti-XA ME/0,4 ml, Deksametazon 0,4% 1 ml, Seftriakson 1 g, Ketazidampulasi 50 mg/2 ml, Vomiton 0,2% 4 ml, Natriy xloridi 0,9% 200 ml, Analgin 50% 2 ml, Dimedrol 1% 1 ml, Glyukoza 5% 250 ml, Arginingidroxloridi infuziya uchun eritma 4,2% 100 ml, Bisoprolol 5 mg, Ketazidampulasi 50 mg/2 ml, Vomiton 0,2% 4 ml, Natriy xloridi 0,9% 200 ml, Kaliy xloridi 4% 10 ml, Kalsiy xloridi 10% 5 ml.

Asosiy: Birlamchi giperparatireoz, manifest shakli (E21.0) JAK O'ngtomonlama QOB adenomasi olib tashlash 16/03/2026 y.

Asoratlar – Osteoporoz (M80) Buyrak tosh kasalligi (N20.0)

Yondosh kasalliklar: Gipertoniya kasalligi 2 dr, havf 4 (1.110). Surunkaliy urak yetishmovchiligi 1 dr, FS 2 NYHA b (1.50).

Tavsiyalar: bilan yashash joyi buyicha endokrinolog nazoratida kuzatib boriladi.

Tavsiyalar:

1. Calciy karbonat (Ca D3) I tab. 4 maxal (taysiyamaksimal birlamchi shifokor uchun oʻnalish sifatida yozib berildi).
2. Alfakalcidol (Mineralf) 500, 2 tab. 3 maxal (taysiyamaksimal birlamchi shifokor uchun oʻnalish sifatida yozib berildi).
3. Yashash joyida endokrinolog, kardiolog kuzatuvini.
3. Qaytakorish 3 oydan keyin

Xulosa

Bu klinik holat birlamchi giperparatireozning manifest shaklida kechishini yaqqol koʻrsatadi. 43 yoshli bemor dakasallik 4 yildavomida asta-sekin rivojlanib, ogʻir osteoporozga, harakat qobiliyatining keskin pasayishiga olib kelgan. Laborator va instrumental tekshiruvlarda paratgormon darajasi yuqori.



shaklida oʻz vaqtida jarrohlik davolash oʻtkazish ogʻirasoratlarning oldini olish va bemor hayotsifatini yaxshilashning eng samarali usuli hisoblanadi.

Adabiyotlar

1. Helbing A. Primary Hyperparathyroidism. StatPearls. 2024.
2. Censi S. Primary hyperparathyroidism incidence study. Journal of Endocrinological Investigation. 2025.
3. Soto-Pedre E. Incidence and prevalence of primary hyperparathyroidism. JCEM. 2023.
4. Epidemiology of primary hyperparathyroidism. Review. 2026.
5. Wermers R. Incidence of primary hyperparathyroidism. JCEM. 2023.
6. Cuny T. Epidemiology of primary hyperparathyroidism. 2025.
7. Hyperparathyroidism epidemiology report. 2024.
8. Song Z. Neuropsychiatric disorders in hyperparathyroidism. 2024.