

Addison xəstəliyi və böyrək çatışmazlığı

Nərqiz Namazlı¹

Addison xəstəliyi (adrenal yetərsizlik) böyrəküstü vəz çatışmazlığı nəticəsində normal halda ifraz olunmalı qlükokortikoid, mineralokortikoid və androgen hormonlarından bir və ya daha çoxunun yetərsiz ifraz olunması nəticəsində ortaya çıxan nadir görülən endokrinoloji xəstəlikdir. Bu xəstəlik 1:100000 tezlikdə, qadın və kişilərdə eyni bərabərlikdə əsasən 30-50 yaş arası rast gəlinir.

Addison xəstəliyi (adrenal yetərsizlik) böyrəküstü vəz çatışmazlığı nəticəsində normal halda ifraz olunmalı qlükokortikoid, mineralokortikoid və androgen hormonlarından bir və ya daha çoxunun yetərsiz ifraz olunması nəticəsində ortaya çıxan nadir görülən endokrinoloji xəstəlikdir. Bu xəstəlik 1:100000 tezlikdə, qadın və kişilərdə eyni bərabərlikdə əsasən 30-50 yaş arası rast gəlinir.

Adrenal yetərsizliyin növü vardır. Primer (birincil) adrenal yetərsizlik bildiyimiz kimi Addison xəstəliyidir. Bu xəstəlik adrenal korteksin zədələnilib yetərli şəkildə

adrenokortikal hormonlar ifraz etməməsidir. Əsasən autoimmun zədələnmə nəticəsində ortaya çıxır.

Sekonder (ikincil) adrenal yetərsizlik böyrəküstü vəzin xəbərdaredici hormonu olan AKTH-in ifraz olunduğu yer olan hipofiz və hipotalamus vəzilərinə təsir edən xəstəliklər səbəbilə böyrəküstü vəzin yetərsiz xəbərdar olunmaması nəticəsində yaranır. Bəzi hallarda da bronxial astma və artrit kimi xəstəlikləri müalicə etmək üçün kortikosteroid istifadə edən insanların bu dərmanı anidən kəsməsi keçici ikincil adrenal yetməzliyin ortaya çıxmasına səbəb olur.

Addison xəstəliyi əlamətləri hədsiz yorğunluq, gücsüzlük, qarın ağrısı, əzələ və oynaq ağrıları, baş dönməsi, duz yemək istəyi, ürəkbulanma və qusma, kilo azalmasıdır. Bu əlamətlər xəstələrdə qan təzyiqinin aşağı düşməsi, dəridə özəlliklə baş, boyun, əlin içi, mukozalarda (özəlliklə diş əti) rəngin tündləşməsi, qadınlarda qoltuqaltı və qasıq nahiyyəsində tüklərin

Yazışma üçün əlaqə:

Nərqiz Namazlı¹

1. Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanası.



Azərbaycan
Daxili Xəstəliklər
Dərnəyi Jurnalı

© AJİM and The Author(s) 2023. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

azalması və cinsəl istəksizlik şəklində görülür.

Addison xəstəliyinin səbəblərinə ən çox autoimmun proses aiddir. Digər səbəblərə vərəm, infeksiyon xəstəliklər, böyrəküstü vəzlərdə qanama və fərqli xərçəng növlərinin böyrəküstü vəzlərə metastaz verməsi aiddir.

Addison krizi adrenal yetərsizliklə əlaqədar inkişaf edən və həyati təhlükə yaradan bir şokdur. Ciddi halsızlıq, ürəkbulanma, hipotoniya, qusma, qarın ağrısı, şüur bulanıqlığı, maye və elektrolit itkisi izlənilir. Qanda natrium və şəkər azalır. Həmçinin kalium yüksəkliyi ola bilər. Əsasən, bədəndə stresə səbəb durumlarda (fiziki stress, cərrahi stress, travma və infeksiya) Addison krizi olur.

Aşağıda göstərilən klinik hal kəskin böyrək çatışmazlığı diaqnozu ilə yatırılan xəstədə kəskin böyrək çatışmazlığının səbəbini

araşdırarkən Addison krizi ilə rast gəlinməsinə aid haldır.

Klinik hal. 59 yaşında kişi xəstə 07.12.2023 tarixində xəstəxanaya döş qəfəsində və qarında ağrı, iştahsızlıq, təngnəfəslik, ümumi zəiflik, depressiv hal, dəri rənginin özəlliklə baş və boyun, əlinin üstünün tündləşməsi, ağırlıq sidik ifrazı, sidik ifrazının azalması, ürəkbulanma və qusma şikayətləri ilə müraciət etmişdir. Özünü bir neçə aydır xəstə hesab edir. Daha öncə də halının pisləşməsi ilə əlaqədar yaşadığı rayonda xəstəxanaya müraciət etmişdir, stasionar və reanimasiya müalicə almışdır. Bir neçə müddətdir depressiv vəziyyətin olması ilə əlaqədar psixiatr qəbulunda olmuşdur. Anamnezdə şəkərli diabet, uzun illərdir ki, insulinoterapiya alır, uretranın daralması var. A/T 100/65 mm.c.st, Ps 85 vuruq/dəq, SpO 94%. Laboratoriya aşağıdakı kimi

Qanın ümumi Analizi	Nəticə	Referans
Leykositlər	8.83x10 ³	5.20-9.90
Eritrosit	4.28x10 ⁶	4.19-5.78
Hemoqlobin	12.8 g/dl	13.6-17.0
Trombositlər	294x10 ³	172-397
Eozinofillər	0.59x10 ³	0.03-0.59
Neytrofillər	2.81x10 ³	1.8-6.98

Qan qazları	Nəticə	Referans
pH	7.32	7.35-7.45
%sO ₂ (venoz)	51%	95.0-99.0
Na ⁺	134 mmol/l	136-146
K ⁺	5.1 mmol/l	3.5-5.1
cCl ⁻	108 mmol/l	98-106
HCO ₃	18.9 mmol/l	22-26 mEq/l
cBE(B)	-5.8 mmol/l	-6.0 -2.0
Anion Gap	5.9 mmol/l	7.0-16.0

Biokimya	Nəticə	Referans
Total bilirubin	1.71 mg/dl	0-1.2
Düz bilirubin	1.64 mg/dl	0-0.3

ALP	131 U/l	40-129
ALT	20.7 U/l	0-41
AST	61.2 U/l	0-40
Kreatinin	2.97 mg/dl	0.6-1.2
CRP	32.44 mg/l	0 - 5

Sidiyin ümumi analizi	Nəticə	Referans
Xüsusi çəkisi	1.015	1.002-1.030
pH	5	4.5-7.6
Nitrit	Pozitiv(+)	-
Albumin	80 mg/l	<23.8
Qlükoza	100 mg/dl	<15
Qan\hemoglobin	50 mg/dl	<0.03
Leykosit	1203.3 g/s	0-5
Bakteriya	2359 g/s	0-150
Göbək hüceyrələri	139.9 g/s	0-2
Zülal	30 mg/dl	<15

Hormonlar	Nəticə	Referans
Troponin-I	0.27 ng/ml	0-0.6

Xəstənin deməsinə görə 2 ay öncə qaraciyərlə bağlı stasionar müalicə aldığı zaman kreatinin normal olub. Xəstə hepatorenal sindrom, kəskin böyrək çatışmazlığı diaqnozu ilə stasionara yatırılıdır. İlk olaraq ringer 500 ml, 8.4% NaHCO₃ 100 ml, asistan 600 mq, klexan 0.4 tv, NaCl 0.9% 500 ml, ampisid 1.5gx2, lantus 10 tv müalicəsi təyin olunur. Son günlər şəkər aşağı olduğu üçün bolus

insulin deyil, sadəcə bazal insulin (lantus) təyin olunmuşdur. 2 gün (09.12.2023) sonra xəstədə depressiv halın artması ilə əlaqədar psixiatr konsultasiyası təyin olunur. Uyğun antidepressantlar təyinatı əlavə olunur. Lakin 2 gün (11.12.2023) sonra qan qazlarında asidozun və hiponatremiyanın dərinləşməsi və kreatinin artışı görülür. Analiz nəticələri aşağıdakı kimidir:

Qan qazları	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
pH	7.27	7.35-7.45	7.32
%sO ₂ (venoz)	74.6%	95.0-99.0	51%
Na ⁺	131 mmol/l	136-146	134 mmol/l
K ⁺	4.6 mmol/l	3.5-5.1	5.1 mmol/l
HCO ₃	18.2 mmol/l	22-26	18.9 mmol/l
cBE(B)	-7.2	-6.0 -2.0	-5.8 mmol/l
Anion Gap	5.1	7.0-16.0	5.9 mmol/l

Biokimya	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
Kreatinin	3.7 mg/dl	0.6-1.2	2.97

Bunla əlaqədar antidepressantlar dayandırılır. Bir gün (12.12.2023) sonrakı analizlərdə

kreatinin və crpdə gerilemə, lakin asidoz və hiponatremiyada dəyişiklik olmur.

Biokimya	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
CRP	22.82 mg/l	0-5	32.44
Kreatinin	3 mg/dl	0.6-1.2	3.7
Sidik turşusu	8.7 mg/dl	3.4-7.0	—

Hormonlar	Nəticə	Referans
Parathormon (PTH)	5.09 pg/ml	15-65

Təyinatda hipoasid 1tabx2 dəfə, allopurinol 100 mq təyin olunur. PTH-in aşağı olması bizi düşündürür. Aparılan antibiotik terapiyaya rəğmən sidikdə bakteriya, leykositdə geriləmə olmadı, sidik ifrazının 15.12.2023 tarixindəki analizlər aşağıdakı kimi oldu:

çətinləşməsi, daha çox ağrılı olması müşahidə olunduğu üçün uroloq konsultasiyası istənilir. Uroloq uretrotomiya əməliyyatı həyata keçirdi, təyinatda tamurin 0.4 mg əlavə olundu.

Qan qazları	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
pH	7.27	7.35-7.45	7.29
Na+	128 mmol/l	136-146	131
K+	4.3 mmol/l	3.5-5.1	4.4
HCO ₃	17.2 mmol/l	22-26	18
cBE(B)	-8.6	-6.0 -2.0	-7.9
Anion Gap	5.7	7.0-16.0	6.2

Biokimya	Nəticə	Referans
Albumin	1.92 g/dl	3.97-4.94

Albumin səviyyəsinə görə təyinatda albumin 20% 100 ml əlavə olundu. Həmçinin klinikada depressiv vəziyyətin dərinləşməsi görüldü, iştahsızlıq, ürəkbulanma davam edirdi, xəstənin obyektiv müayinəsində dəri rənginin getdikcə tündləşməsi nəzərə çarpırdı. Buna görə də endokrinoloq və terapevtlə konsultasiya aparılır. Aparılan müalicələrə, hiponatremiyanı və asidozu dərinləşdirən antidepressantların kəsilməsinə rəğmən bərpa olmayan hiponatremiyanın səbəbləri müzakirə edilir. Bildiyimiz kimi hiponatremiyanın ən çox rast gəlinən səbəblərinə ürək və böyrək çatışmazlığı, nəzarətsiz diuretik qəbulu, ishal, spirtli içki və narkotik maddə istifadəsi, hormonal səbəblər aiddir.

Xəstədə: 1.ürək çatışmazlığı yox- EF 53%, I TÇ, 2.nəzarətsiz həddən çox diuretik dərmanlar qəbul etmir, 3.həddən çox su qəbul etmir, 4.ishal yox, 5.xronik böyrək çatışmazlığı yox, 6.alkol və narkotik maddə qəbul etmir. Geriyə bizi düşündürən hormonal səbəblər- adrenal yetməzlik qalır. Xəstənin müalicəyə rəğmən düzəlməyən asidozu və hiponatremiyasıyla bağlı reanimasiyaya yerləşdirilir və kortizol, AKTH analizləri istənilir. Bu barədə ailəsinə məlumat verdikdə məlum olur ki, xəstə 10.03.2022 tarixində mrt keçmişdir, nəticəyə əsasən onkoloq qəbulunda olmuş, onkoloq sadəcə təqib məsləhət görmüşdür, heç bir müalicə almamışdır. Bunu əsas gətirərək bizə mrt keçməsi

barədə məlumat verməmişlər. MRT nəticəsi:

Bilateral böyrəküstü vəzlər səviyyəsində solda daha bariz olmaqla bariz heterogen signal xüsusiyyəti qeyd edildi. Bu fonda böyrəküstü vəzlər normal konfiqurasiyasını itirmişdir. Sağda ən geniş yerində ön arxa uzunluğu 49mm, transvers uzunluğu 30, solda isə ön arxa uzunluğu 82mm, transvers uzunluğu 51mm olan heterogen signal dəyişiklikləri izləndi. T2 görüntülərdə sol tərəfdə tərif edilən lezyon içərisində mülayim hiperintens görüntülər

mövcuddur. T1 ağırlıqlı kəsimlərdə kontrast maddə tətbiq edilmədən gerçəkləşdirilən müayinədə hipointens görüntülər qeyd edildi. Hər iki böyrəküstü vəzlərdə bariz görünəmdə hipertrofiya əlaməti ya da bu sahədə böyrəküstü vəz hemoragiya-hematoma düşünülə bilər. Bu əlamətlər qeyd olunmuşdur.

Artıq fikrimizcə adrenal yetməzliyi təsdiq etməmizə rəğmən analiz nəticələrini bir gün gözləməli olduq. 16.12.2023 tarixində analizin nəticələri:

Hormonlar	Nəticə	Referans
Kortizol	0.32 µg/dl	Səhər saatları 6.02-18.4 Axşam saatları 2.68-10.5
	1mg dexametazon yükləməsi sonrası kortizol testinin referans aralığı < 3µg/dl-dir.	
Adrenokortikotrop hormon (AKTH)	925.3 pg/ml	7.2-62.3 (səhər 7-10 arası)

Dərhal hidrokortizon 100 mg+NaCl 0.9% 100 ml bolus başlandı. Daha sonra 8 saatdan bir 50 mq hidrokortizon+NaCl 0.9% 100 ml IV, 3-cü gün 12 saatdan bir 50 mq hidrokortizon+NaCl 0.9% 100 ml IV, 4-cü gün sutkalıq 50 mq hidrokortizon+NaCl 0.9% 100 ml IV təyin olundu. Artıq 5-ci gün 25 mq hidrokortizon (genkort) tablete keçirildi. Daha sonra qanda K⁺, Na⁺, asidoz təqibən çəkiyə

uyğun 17.5 mq hidrokortizona düşürüldü. Xəstənin əlavə mineralokortikoid ehtiyacı olmadığı üçün flüdrokortizon təyin olunmadı. Gün ərzində götürülən qan qazlarında artıq hiponatremiya və asidoz bərpa olurdu. 17.12.2023 tarixində kreatinin 1.98 mg/dl-ə gerilədi. Müalicə davam edirdi. 20.12.2023 tarixindəki analizlər:

Qan qazları	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
pH	7.32	7.35-7.45	7.31
Na ⁺	142 mmol/l	136-146	145
K ⁺	2.9 mmol/l	3.5-5.1	3.8
HCO ₃	18.9	22-26	18.2
cBE(B)	-6.1 mmol/l	-6.0 -2.0	-6.6
Anion Gap	7.8 mmol/l	7.0-16.0	9.3

Sidiyin ümumi analizi	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
Xüsusi çəkisi	1.016	1.002-1.030	1.02
pH	5.5	4.5-7.6	5.5
Nitrit	Negativ (-)	-	-
Albumin	>150mg/l	<23.8	>150
Qlükoza	250 mg/dl	<15	normal
Qan/hemoglobin	0.75 mg/dl	<0.03	0.75
Leykosit	12.7 g/s	0-5	542.7
Bakteriya	18.5 g/s	0-150	411.8
Göbək hüceyrələri	0.2 g/s	0-2	213.4
Zülal	100 mg/dl	<15	300

Biokimya	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
CRP	5.44 mg/l	0-5	16.3
Kreatinin	1.2 mg/dl	0.6-1.2	1.41
Albumin	3.08 g/dl	3.97-4.94	3.07

Sadəcə laborator analizlərdə deyil, klinika olaraq da xəstədə yaxşılaşma qeyd olundu. Xəstənin deməsinə görə son günlər olanları xatırlamırdı. Artıq özünü daha yaxşı hiss edir, depressiv vəziyyəti düzəlmişdi. İştahı bərpa oldu, 25.12.2023 tarixində analiz nəticələri:

ürəkbulanma, qusma dayandı, AT bərpa oldu. Dəri rəngində də nisbətən düzəlmələr qeyd olunurdu. Xəstənin daha sonra endokrinoloq tərəfindən stasionar müalicəsi davam etdi.

Qan qazları	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
pH	7.35	7.35-7.45	7.31
Na+	143 mmol/l	136-146	141
K+	3.2 mmol/l	3.5-5.1	3.1
HCO ₃	22	22-26	21.6
cBE(B)	-1.9	-6.0 -2.0	-3
Anion Gap	7.2 mmol/l	7.0-16.0	7.2

Biokimya	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
Kreatinin	0.89 mg/dl	0.6-1.2	1.2
Maqnezium (Mg)	1.01 mg/dl	1.6-2.6	
Kalsium (Ca)	7.28 mg/dl	8.6-10.0	

Hormonlar	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
Parathormon (PTH)	39.97 pg/ml	15-65	5.09

Artıq addison sindromu diaqnozunu təsdiq etdik. Bildiyimiz kimi Addisonun etiologiyasında ən çox autoimmun və vərəm xəstəliyi qeyd olunur. Həmçinin infeksiya və xərçəng metastazları da daxildir. Etioloji səbəblərdən biri olan autoimmun mənşəli olub olmadığını bilmək üçün xəstəyə 21- α -hidroksilaza təyini təklif olundu, lakin maddi səbəblərdən dolayı qəbul etmədilər. Həm etioloji araşdırma səbəbli həm də 28.12.2023 tarixində aparılan tam abdomen usm-də qarın boşluğunda diffuz sərbəst maye və

bilateral plevral boşluqda maye qeyd olunması səbəbilə Quantiferon TB testi istənilir və nəticə neqativ çıxır. Təyinatda həmçinin lazıqsız və veraspiron verilir. 1 həftə sonra tam abdomen usm təkrarlanır. Maye yenə eyni səviyyədə olduğu üçün terapevtlə konsultasiya təyin olunur və qərara alınır ki, xəstə evə yazılanda da diuretiklərə ambulator nəzarətlə davam etsin. 04.01.2024 tarixində xəstə evə yazılır və o zamankı laborator göstəricilər aşağıdakı kimidir:

Qan qazları	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
pH	7.41	7.35-7.45	7.41
Na ⁺	141 mmol/l	136-146	142
K ⁺	3.9 mmol/l	3.5-5.1	3.1
HCO ₃	30.2	22-26	29.4
cBE(B)	7.4 mmol/l	-6.0 -2.0	5.8
Anion Gap	10.1	7.0-16.0	9.1

Qanın ümumi analizi	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
Leykositlər	9.88x10 ³	5.20-9.90	11.41
Eritrositlər	3.31x10 ⁶	4.19-5.78	3.2
Hemoglobin	9.6 g/dl	13.6-17.0	9.5
Trombositlər	330x10 ³	172-397	192
Eozinofillər	0.53x10 ³	0.03-0.59	0.32
Neytrofillər	5.64x10 ³	1.80-6.98	6.71

Biokimya	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
Kreatinin	1.05 mg/dl	0.6-1.2	0.89
Albumin	3.89 g/dl	3.97-4.94	2.93
AST	44.5 U/l	0-40	26.3
ALT	28.8 U/l	0-41	9.1

Xəstəni evə yazdıqda qarın boşluğundakı azalmayan maye ilə əlaqədar həmçinin onkoloq qəbulu məsləhəti verildi. Xəstəyə evə maqnezium, vitamin D 50.000 8 həftə, genkort 17.5 mq, kalsium gündə

1200 mq, lantus 10 tv, metforix 1000 mq təyinatı verilmişdir.

Xəstə evə buraxıldıqdan 4 gün sonra CA 19-9 (pankreas və kolon ca) və CEA (karsinoemriogenik antigen) analizləri verdi.

Nəticə:

Onkomarkerlər	Nəticə	Referans
CA 19-9	1.63 U/ml	0-39

CEA	2.48 ng/ml	Siqaret çəkən 0-7 Siqaret çəkməyən 0-5
-----	------------	---

Xəstə daim nefroloq, terapevt və endokrinoloq tərəfindən ambulator olaraq nəzarətdə saxlanılır.

Lakin avqust ayında bel nahiyyəsində ağrı ilə əlaqədar terapevtə müraciət edir. Aparılan sidik sistemi kt-da məlum olur ki, sol böyrəküstü vəz proyeksiyasında 47x23mm ölçülən kütlə (limfa düyün? Mts?) daxili dəyərləndirilir. Precaval böyüyü 22x19mm, sol paraaortik-preranal

böyüyü 50x42mm ölçülən çox sayda patoloji böyümüş limfa düyünləri izlənilir. Hər iki eksternalparailiak böyümüş limfa düyünləri qeyd olunur. Bunla əlaqədar xəstə onkoloqa yönləndirilir. Onkoloqun aldığı qərarla sol böyrəküstü vəzi əməliyyatla götürülür. Əməliyyatdan sonra kimyaterapiya alır. Əməliyyatdan sonrakı yoxlamada oktyabr ayındakı laborator nəticələr:

Qan qazları	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
pH	7.35	7.35-7.45	7.28
Na+	142	136-146	136
K+	3.5	3.5-5.1	4.9
HCO ₃	28.8	22-26	25.6
cBE(B)	6.7	-6.0 -2.0	-1.8
Anion Gap	11.5	7.0-16.0	10.8

Qanın ümumi analizi	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
Leykositlər	13.92x10 ³	5.20-9.90	11.26
Eritrositlər	3.66x10 ⁶	4.19-5.78	4.22
Hemoqlobin	9.9 g/dl	13.6-17.0	12.3
Trombositlər	565x10 ³	172-397	299
Eozinofillər	2.07x10 ³	0.03-0.59	0.36
Neytrofillər	5.49x10 ³	1.80-6.98	6.37

Sidiyin ümumi analizi	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
Xüsusi çəkisi	1.02	1.002-1.030	1.012
pH	5	4.5-7.6	5
Nitrit	Negativ(-)	-	-
Albumin	150 mg/l	<23.8	150
Qlükoza	50 mg/dl	<15	Normal
Qan/hemoqlobin	0.08 mg/dl	<0.03	0.75
Leykosit	448.9 g/s	0-5	25.5
Bakteriya	15.7 g/s	0-150	19.1
Göbək hüceyrələri	0.7 g/s	0-2	0.3
Zülal	25 mg/dl	<15	30

Biokimya	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
CRP	67.43 mg/l	0-5	85.28
Kreatinin	1.53 mg/dl	0.6-1.2	1.61
Maqnezium (Mg)	1.35 mg/dl	1.6-2.4	1.27

Kalsium(Ca)	9.37 mg/dl	8.8-10.2	9.64
-------------	------------	----------	------

Hormonlar	Nəticə	Referans	Əvvəlki nəticə
TSH	2.85 mIU/ml	0.4-4	3.08
AKTH	317.7 pg/ml	7.2-63.3 (səhər 7-10 arası)	1015

Xəstə kimyaterapiyaya davam edirdi. Əməliyyatdan sonrakı tam abdominal mrt-də dalağın bütün parenximası boyu, ölçüləri 55x30 mm-ə qədər olan, qeyri-düzgün konturlu, heterogen strukturlu, kistik xarakterdə lezyonlar, ilkin olaraq MTS lehinə düşünülür. Sol böyrəküstü vəzi və pankreasın quyruq hissəsi proyeksiyasında massiv, solid və kistik komponentlərə malik, qeyri-düzgün konturlu patoloji sahə izlənilir. Patoloji sahənin solid komponentləri mediala doğru uzanaraq L5, Th1 fəqərələri səviyyəsində ön-sol paravertebral sahəni və abdominal aortanı trunkus çeliakus səviyyəsində soldan əhatə edib, aşağıda sol psoas əzələsinə doğru uzanım göstərir. Sidik kisəsinin divarlarında 12 mm-ə qədər diffuz qalınlaşma, daxili səthində kələ-kötürlük. Sol plevral boşluqda qalınlığı 38 mm-ə qədər olan, heterogen strukturlu, qatı maye yığıntısı.

Xəstəni yenidən onkoloqa yönləndiririk. Amma təəssüflər olsun ki, xəstə üçün hər şey gec olur və rəhmətə gedir.

Biblioqrafik Siyahı:

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği "Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Kılavuzu" 2022, Alev Selek, Bülent Okan Yıldız, Engin Güney, Metin Güçlü ve diğerleri
2. "Current Diagnosis and Treatment" serisi, Nefroloji ve Hipertansiyon Tanı ve Tedavi, Edgar V.Lerma, Mitchell H.Rosner, Mark A.Perazella, çeviri

Prof. Dr. Ülver Boztepe Derici, Prof. Dr. M.Şükrü Sindel

3. Greenspan's Temel ve Klinik Endokrinoloji, David G. Gardner, Dolores Shoback, çeviri Metin Arslan

Əlavə məlumatlar.

Minnətdarlıq.

Bu məqalə milli səviyyədə aparılmış araşdırma və təhlil nəticəsində ərsəyə gəlmişdir; hazırlanmasında iştirak edən bütün həmkarlarımı təşəkkür edirəm.

Müəlliflərin töhfələri.

Konsepsiya və dizayn, Məlumatların əldə edilməsi, təhlili və ya təfsir, Əlyazmanın tərtibi, Əlyazmanın mühüm intellektual məzmun üçün tənqidi təftişi, Statistik təhlil, Məlumatların idarəedilməsi, Araşdırma, Əldə edilmiş dəstək, maliyyə və nəzarət: bütün müəlliflər bərabər qaydada. Müəlliflər yekun əlyazmanı oxuyub və təsdiq edib.

Maliyyələşdirmə.

Məqalənin hazırlanması məqsədilə aparılan təhlil və araşdırmalar üçün heç bir kənar maliyyə əldə edilməmişdir. Heç bir digər qurum və ya sponsor təşkilatlararasıdırmanın və ya tədqiqatın və ya təhlilin dizaynı və aparılmasında; məlumatların toplanması, idarə edilməsi, təhlili, məlumatların təfsirində, habelə əlyazmanın hazırlanması, nəzərdən keçirilməsi və ya təsdiqində heç bir rolə malik olmayıb; əlyazmanın nəşrə təqdim edilməsi haqqında qərarların verilməsində iştirak etməmişdir.

Məlumat və materialların əlçatanlığı.

Təhlil zamanı istifadə olunan və/yaxud təhlil edilən məlumatlar (datalar) müəlliflərə və ya jurnalın redaksiyasına müraciət etməklə əldə edilə bilər.

Bəyannamələr.**Etik Komitənin icazəsi və məlumatlı razılıq.**

Hər bir iştirakçıdan yazılı və ya uyğun olduqda şifahi məlumatlı razılıq alınıb. Etik Komitə (AJİM, Azərbaycan) bu təhlili təsdiq edib.

Nəşr üçün razılıq.

Nəzərdə tutulmur.

Maraqların toqquşması.

Müəllif(lər) hər hansı maraqların toqquşmasını bəyan etməyiblər.

Müəlliflərə dair təfərrüatlar.

1. ATU Tədris Terapevtik Klinika, Bakı, Azərbaycan.

Göndərilib: 15 yanvar 2025-ci il. **Qəbul edilib:** 16 yanvar 2025-ci il. **Elektron nəşr:** 23 fevral 2025-ci il.