

QALQONSIMON BEZ KASALLIKLARI, TIREOTOKSIK KRIZ KASALLIGIDA SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISH

S.I.To'xtasinova

M.A.Yo'ldasheva

Z.Sh.Ismoilova

2-Marg'ilon Abu Ali Ibn Sino nomidagi

Jamoat salomatligi texnikumi

Annotatsiya : Yoyilgan zaharlovchi buqoq (tireotoksikoz, Basedov kasalligi) - autoimmun kasallik bo'lib, qalqonsimon bezning bir tekis sidirga (diffuz) kattalashuvi va tireoid gormonlarning ortiqcha ishlanib, qonga tushishi natijasida organizm zaharlanishi bilan ifodalanadi.

Kalit so'zlar: Tireotoksik, tireogen, skarlatina, diffuz, autoimmun, Grefe, Shtelvag, Mebius, ekzooftalm.

Qalqonsimon bez gormonlari bolaning o'sishida, jismoniy vapsixik taraqqiyotida ma'lum ahamiyatga ega. Qalqonsimon bez faoliyatining oshib ketishi tireotoksikoz yoki Basedov kasalligiga olib keladi

Tireotoksikoz ko'pincha yosh va o'rta yashar (20-50 yosh) odamlarda paydo bo'ladi. Ayollarda bu kasallik erkaklarga qaraganda 5-10 marta ko'p uchraydi.

Etiologiyasi.

- a. Ruhiy-asabiy shikastlanish.
- b. O'tkir infeksiya (gripp, angina, skarlatina).
- v. Katta dozada yod preparatlarini iste'mol qilish.

Patogenezi.

Tireogen nazariyasi xastalikning vujudga kelishini qalqonsimon bez gormonlari hosil bo'lishining kuchayishi va ortiqcha miqdorda qonga tushishi bilan boglaydi. Mazkur gormonlar hamma a'zo va to'qimalarga, ayniqsa markaziy va vegetativ nerv sistemasiga zaharli (toksik) ta'sir qiladi. Tireotoksikoz patogenezida qalqonsimon bez roli muhimligini mazkur xastalikning klinik belgilarini patologik negizi va klinik ko'rinishi mutlaqo qarama -qarshi bo'lgan miksedema bilan solishtirish



dalillari tasdiqlaydi. Bazedov kasalligi genezida qalqonsimon bez ishtiroki birlamchimi yoki ikkilamchimi degan savol tugʻiladi.

Nevrogen nazariyasi tarafdorlari fikricha Bazedov kasalligi vujudga kelishida birlamchi asabiy hayajon, qalqonsimon bez esa jarayonga ikkilamchi boʻlib qoʻshiladi. Ruhiiy-asabiy shikastlanish bilan sodir boʻlgan bosh miya qobigʻi qoʻzgʻalishi oraliq miya orqali miya ortiq bezi (gi-pofiz) ning oldingi sohasiga beriladi natijada tireo-trop gormon koʻp mi; dorda ishlab chiqariladi, qonga tu-shadi va qalgrnsimon bez faoliyatini kuchaytiradi.

Autoimmun nazariyasi. T-limpotsitlar supressorila-rining nasliy nuqsonlari (taqsilchilligi) autoantitelalar (anomal Lg G) hosil boʻlishini stimullaydigan T-xelperlarning taqiqlangan klonlarini vujudga keltiradi. Autoantitelalar qalqonsimon bezning follikulyar xu-jayralarida TTG retseptorlar bilan boglanadilar, bu holat bezning yoyilgan kattalashuviga va tireoid gormon-lar ajralishining kuchayishiga olib keladi.

Yod preparatlarini koʻp mivdorda istemol qiladigan bemorlarda tireoglobulinga va follikulyar epiteliyni shikastlaydigan mikrosomal fraksiyaga nisbatan koʻpincha antitelalar topiladi, natijada tireoid gormonlar ortiqcha ishlanib, qonga tushadi va gipertireoz sindromi (yod-bazedov sindromi) rivojlanadi.

Gipofiz adenomasi natijasida ham tireotoksikoz ri-vojanadi. Gipofiz tireotrop gormon ishlab chiqaradi. Adenoma jarayonida qonda triyodtironin va tiroksinning yuqori darajasi bilan birga tireotrop gormonlar miqdo-rining balandligi aniqlanadi, miya suyagi rentgenografiya-sida gipofiz adenomasi belgilari topiladi. (6) Akromegaliyada ham qalqonsimon bezning yalpi kattalashuvi va faoliyatining kuchayishi kuzatiladi. Patologik anatomiyasi. Yoyilgan toksik buqoqning 3 aso-siy turi tafovut qilinadi.

a. Limfoid infiltratsiya bilan birgalikda giperplaziya (klassik variant).

b. Koʻpincha surunkali autoimmun tireoidit oqibati kuzatiladi.

v. Limfoid infiltratsiyasiz giperplaziya, aksariyat yoshlarda uchraydi.

Klinik koʻrinishi. Shikoyatlari: umumiy behollik, tez charchashlik, jirakilik, bosh ogʻrigi, sababsiz bezovtalanish, qizib ke-tish, yurakning tez urishi, uyqusizlik, xansirash, koʻp terlash, qoʻl va oyoqlar qaltirashi, ozib ketish, ich surishi, ayollarda xayz koʻrish siklining buzilishi.



Ko'zdan kechirish. Yoyilgan zaharlovchi buqoq bilan kasallangan bemorning ko'rinishi o'ziga xos: ortapqcha harakat bilan taraddudlanish, tez so'z so'zlashlik, shu bilan birga, gohida bemor fikrini tamomlamay, boshqa masalalar muhokamasiga o'tishi, ishtahaning saqlanishi yoki kuchayishiga qaramay, teri osti yor qavatining ortiqcha darajada kamayishi aniqlanadi. Terisi silliq, iliq, nam, sochlari ingichka va mayin. Xastalikning asosiy belgilari quyidagilar.

a. Qalqonsimon bezning kattalashishi. Odatda bez yoyilgan va babbarobar holatda kattalashadi, lekin ba'zan uning o'ng bo'lagi, chapga nisbatan kattaroq bo'ladi. Qalqonsimon bez to'sh orqasida joylashishi ham mumkin (ren-tgen tekshirishlarida to'sh orqasida soya aniqlanishi).

Ekzoftalm - ko'z chaqchayishi, yuzga taranglik va qo'rquv ifodasini beradi (23-rasm). Mazkur belgi retrobulbar (uzunchoq miya orqasidagi) mushaklar tonusining ortishi, retrobulbar to'qimalar shishi va bularda biriktiruvchi to'qimalarning o'sib ko'payishi bilan bogliq. Ko'z chaqchayishi ko'pincha ikki tomonlama va 10 foiz holatda bir tomonlama bo'ladi.

Grefe belgisi -- pastga qarashga harakat qilganda yuqori qovoqlar orqada qoladi, qovoq cheti va shox pardasi o'rtasida chiziq hosil bo'ladi.

Shtelvag belgisi - ko'z ahyon-ahyonda yumilib ochiladi.

Mebius belgisi - konvergensiya susayishi tufayli yuzga yaqinlashayotgan narsaga to'g'ri qaragan vaqtda ko'z olmasi yon tomonga og'adi. Mazkur simptom ko'zni harakatga keltiruvchi mushaklar faoliyati buzilishi bilan bog'liq.

Yurak-qon tomir sistemasi.

Yurakning qisqarish tezligi ortadi - taxikardiya, u tinch holatda ham mo'tadillashmaydi. Kasallikning og'irlik darajasiga va davomiyligiga mos ravishda yurak o'lchamlari kattalashadi. Yurak tovushlari kuchaygan, yurak uchida sistolik shovqin eshitiladi. Sistolik arterial bosim bir oz ko'tarilgan. Diastolik bosim me'yorda. Tomir uri-shi to'liq va tez. Oir hollarda miokard distrofiyasi paydo bo'ladi (tireotoksik yurak), mazkur jarayon ko'pincha ekstrasistoliya, lipillovchi aritmiya va qon aylanish etishmovchiligiga olib keladi.

Kechishi. Kasallik kechishiga qarab 3 darajaga ajratiladi: I - engil, II - o'rta otarlikdagi (rivojlangan), III - og'ir i asoratli turlari.



Xastalikning engil darajasida nevroitik tabiatdagi shikoyatlar ustunlik qiladi. Tomir urishi 1 daqiqada 100 gacha, maromi o‘zgarishsiz, asosiy modda almashinuvi 30 foiz, ifodalangan oriqlash yo‘q.

O‘rtacha ogirlik darajasida oriqlash bir oyda 8-10 kg tashkil qiladi, tomir urishi bir daqiqada 100 dan 120 gacha tezlashadi, ekstrasistoliyalar aniklanadi, asosiy modda almashinuvi 30 foizdan 60 gacha ortgan.

Tashxisi.

a. Xastalikning klinik belgilari (ko‘z chaqchayi-shi, taxikardiya) va laboratoriya tekshirishlari ma’lu-motlariga asoslanib qo‘yiladi.

b. Qonda tiroksin va triyodtironin miqdorining baland-ligi, tireotrop garmonning pastligi xarakterlidir.

v. Radioaktiv izotoplar bilan qalqonsimon bez faoliya-tini tekshirganda 24 soatdan so‘ng radioaktiv yodning 40 foizdan ko‘p miqdori bezga yutilishi aniqlanadi.

g. Sintigrammada - qalqonsimon bez tasvirining kattalashishi izotop yutilishining ortishi bilan kuzatiladi.

Davosi.

a. Konservativ usul.

Tireostatik vositalar bilan gormonlar hosil bo‘li-shi va ajralib chiqishi tormozlanadi: merkazolil, metiltiorutsil, diyodtirozin va kaliy perxlorat qo‘lla-niladi. Xastalikning og‘ir darajasida merkazolil bi-lan davolash preparatni sutkasiga 60-80 mg qabul qilish-dan boshlanib, dozasi asta-sekin 10-15 mg gacha kamayti-riladi. O‘rtacha og‘ir darajasida merkazolilning boshlang‘ich sutkalik dozasi 40-50 mg ni tashkil etadi. Pre-parat miqdorini quvvatlovchi dozagacha asta-sekin kamay-tiraladi. Davolash muddati 1,5-2 yil. Merkazolil bilan davolash vaqtida qon tarkibidagi leykotsitlar miqdo-rini nazorat qilib turish zarur, chunki preparat gra-nulotsitozgacha leykopeniyani chaqiradi.

Radioaktiv yod bilan davolash bez to‘qimasinig par-chalanishi va funksiyasi susayib qolishiga asoslangan. Bemorga 1-2 mKi 131J ichiriladi. Hammasi bo‘lib 2-3 kurs o‘tkaziladi.

b. Jarrohlik usuli - qalqonsimon bezning subtotal re-zeksiyasi xastalikning IV yoki V darajadagi toksik , bezda tugunlar vujudga kelganida, bez traxeya bi-lan qizilo‘ngachni bosib qo‘yganida qo‘llaniladi.



Foydalanilgan adabiyotlar:

1. <https://uz.wikipedia.org/wiki/salomatlik>
2. <https://mymedic.uz/kasalliklar/endokrinkasallilar>
3. <https://uz.approby.com/triotoksikoz/>
4. <https://med360.uz/kasalliklar/salomatlikomillari/>
5. <https://uz.castrovirreyna.com/qalqansimonbez>

