

GIOPARATIREOZ**Rajabova Dildora**

Osiyo xalqaro universiteti, o'qituvchisi.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.13839790>

Annotatsiya. Aholi orasida tez-tez uchrovchi sovqotish yoki isib ketish, terlash, bosh aylanishi, hushdan ketish, ko'ruv akkomodatsiyasining buzilishi, diplopiya, migren, quloqda shovqin, turg'un dermografizm, ba'zan yurakning tez urishi kuzatiladi. Ba'zan esa bu holatlar bundanda og'irroq holat – tutqanoq ko'rinishida ham namoyon bo'lib turadi. Sindrom bir necha kasalliklar fonida ham namoyon bo'lishi mumkin.

Kalit so'zlar: sindrom, qalqon oldi bez, fosfor, tireoidit, Di-Djordj sindromi, tetaniya, paresteziya, laringospazm.

HYOPARATHYROIDISM

Abstract. Frequent cooling or overheating, sweating, dizziness, fainting, impaired visual accommodation, diplopia, migraine, ringing in the ears, stable dermatographism, sometimes rapid heartbeat are observed among the population. Sometimes these conditions are manifested in the form of a more serious condition - seizures. The syndrome can appear against the background of several diseases.

Key words: syndrome, parathyroid gland, phosphorus, thyroiditis. Dy-George syndrome, tetany, paresthesia, laryngospasm.

ГИПОПАРАТИРЕОЗ

Аннотация. У населения наблюдаются частое охлаждение или перегревание, потливость, головокружение, обмороки, нарушение зрительной аккомодации, диплопия, мигрень, звон в ушах, стойкий дермографизм, иногда учащенное сердцебиение. Иногда эти состояния проявляются в виде более серьезного состояния – судорог. Синдром может появиться на фоне нескольких заболеваний.

Ключевые слова: синдром, паращитовидная железа, фосфор, тиреоидит, синдром Дай-Джорджа, тетания, парестезии, ларингоспазм.

GIOPARATIREOZ-klinik sindrom bo'lib, qalqon oldi bezlari funksiyasining pasayishi (PTG ishlab chiqarilishining kamayishi) yoki organizm hujayra va to'qimalarining PTG ta'siriga rezistentligi bilan xarakterlanadi. Bu esa kalsiy va fosfor almashinuvining buzilishiga olib keladi. Gipoparatireoz PTG absolyut va nisbiy yetishmovchiligi bilan xarakterlanadi, kalsiyning ichaklardan so'rilishining buzilishiga, uning suyaklardan mobilizatsiyasining pasayishiga,

buyraklarda uning reabsorbsiyasining kamayishiga, gipokalsiyemiya va giperfosfatemiya rivojlanishiga, nerv-mushak qo'zg'aluvchanligining oshishiga (tetaniya) olib keladi.

EPIDEMIOLOGIYA. Har xil genezdagi gipoparatireoz aholining 0,2-0,3% da uchraydi.

ETIOLOGIYASI:

1.Qalqonsimon bezda operatsiya o'tkazilganda qalqon oldi bezlari jarohatlanishi yoki unda qon aylanishining buzilishi. Operatsiyadan keyin qalqon oldi bezlarida chandiqlar va fibrozlar rivojlanishi mumkin.

2.Qalqon oldi bezlari atipik jolashganda strumektomiya qilinganda ularni qalqonsimon bez bilan birga olib tashlash.

3.Qalqonsimon bez va qalqon oldi bezi sohasida travma bo'lganda qalqon oldi bezi shishishi va qon quyilishlari.

4.Tireoiditlarda yallig'lanish jarayonining qalqon oldi beziga tarqalishi.

5.Difuz-toksik bo'qoqni I 131 davolaganda qalqon oldi bezlarining nur bilan shikastlanishi.

6.Qalqon oldi bezlari autoimmun jarohatlanganda PTG ga nisbatan antitelolarning hosil bo'lishi.

7.Di-Djordj sindromida qalqon oldi bezlarining tug'ma yetishmovchiligi (qalqon oldi bezlarining ageneziasi ayrisimon bez aplaziyasi, immunologik yetishmovchilik va tug'ma majruhlik bilan birga kelishi).

8.Infeksiyalar va intoksikatsiyalar.

9.Qalqon oldi bezlarining metastatik o'smalar bilan shikastlanishi.

PATOGENEZI:

PTG yetishmovchiligi qonda kalsiyning kamayishi va fosfatlarning oshishiga olib keladi. Manfiy kalsiyl va musbat fosforli balans elektrolit muvozanatni buzadi, kalsiy\fosfor, natriy\kaliy muvozanati buziladi. Bu esa hujayra membranasi, ayniqsa nerv hujayrasi o'tkazuvchanligini buzadi, sinapslar sohasida polyarizatsiya jarayonlari buziladi, nerv-mushak qo'zg'aluvchanligi va umumiy reaktivlik oshib, tutqanoqlar rivojlanadi. Tutqanoqlar rivojlanishiga yana magniy metabolizmining buzilishi va gipomagniyemiya katta rol o'ynaydi. Bunday sharoitda natriyning hujayra ichiga kirishi va kaliyning hujayradan chiqishi kuchayib, ma'lum miqdorda nerv-mushak qo'zg'aluvchanligini oshiradi. Gipoparatireozning surunkali formalarida kalsiy, fosfor va magniy almashinuvining buzilishi trofik buzilishlarga sabab bo'ladi, bu esa bolalarda o'sishdan qolishi, teridagi o'zgarishlar va ko'z to'r pardasidagi o'zgarishlar ko'rinishida namoyon bo'ladi.

PSEVDOGIPOPARATIREOZ- qalqon oldi bezlari yetishmovchiligi kliniko-laborator belgilari bilan namoyon bo'ladigan kam uchraydigan irsiy kasalliklar guruhidir (tetaniya, gipokalsiyemiya, giperfosfatemiya), lekin paratgarmon miqdori oshgan yoki normal bo'ladi.

Kasallikning rivojlanishi ekzogen va endogen paratgarmonga nisbatan to'qimalar (asosan buyrak va suyak to'qimalari) sezuvchanligining pasayishi bilan bog'liq.

KLINIKASI:

Klinik jihatdan gipoparatireoz yaqqol (manifest) va latent formalarga bo'linadi. Yaqqol gipoparatireoz o'tkir va surunkali ko'rinishlarga bo'linadi. Latent formasida klinik ko'rinishlar yaqqol namoyon bo'lmaydi.

Gipoparatireoz klinik manzarasida 4 ta guruh sindromlar tafovut etiladi:

1. Tetanik, tutqanoq sindromi.
2. Sezgi sferasi va vegetativ funksiyalar buzilishi sindromi.
3. MNS jarohatlanishi va miya buzilishi sindromi.
4. Teri o'zgarishi va trofik buzilishlar sindromi.

Yaqqol gipoparatireozda odatda 4 ta guruh sindromlarning hammasi namoyon bo'ladi.

TETANIK, TUTQANOQ SINDROMI.

Gipoparatireozda bu asosiy sindrom bo'lib hisoblanadi. Tutqanoq xabarchilari: paresteziyalar (qo'l va oyoqlarda chumoli yurgandek hissi) qo'zg'aluvchanlik, qo'l va oyoq mushaklarida shaxtlik. Xabarchilardan keyin alohida guruh mushaklarida avval tonik, keyin klonik tutqanoqlar rivojlanadi. Tutqanoqlar tanlash xarakteriga ega: u alohida guruh mushaklarida, simmetrik bo'ladi. Ayrim hollarda generalizatsiyalashgan bo'lishi mumkin. Boshlanishida yuqori mucha mushaklarida bo'lib, keyinchalik pastki muchalar qo'shiladi. Ko'pincha yuz mushaklari, kam hollarda diafragma ichki organlar, hiqildoq mushaklari tutqanog'i kuzatiladi.

Mucha mushaklari tutqanog'i. Simmetrik bukuvchi mushaklar guruhida kuzatiladi. Yuqori mucha mushaklari tutqanog'ida yelka tanaga yaqinlashgan, panjalar bilak bo'g'imiga bukilgan, barmoqlar qisilgan va kaftga qarab turadi (akusher qo'li simptomi). Pastki mucha mushaklari tutqanog'ida tovon ichkariga qaragan, barmoqlar bukilgan holatda, bosh barmoq boshqa barmoqlar bilan yopilgan.

Yuz mushaklari tutqanog'i. Bunda og'iz mushaklari pastga qaraydi, "baliq og'zi" simptomi yoki "sardonik kulgich" simptomini beradi, chaynov mushaklari spazmi kuzatiladi (trizm, chaynov mushaklari qo'zg'algan), qoshlar yon tomonga qarab siljigan, qovoqlar tutqanog'i kuzatiladi.

Tana mushaklari tutqanog'i. Tana mushaklari orqaga qarab tirshadi (opistotonus).

Qovurg'alararo va diafragma mushaklari tutqanog'i nafas olishning qiyinlashuviga sabab bo'ladi.

Hiqildoq mushaklari tutqanog'i (laringospazm). Tetaniyaning eng og'ir formasi bo'lib, ko'pincha bolalarda uchraydi, inspiratsion hansirash, shovqinli nafas olish, sianoz, lablarda ko'pik

paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Og'ir holatlarda bemor hushini yo'qotadi va shoshilinch holatda traxeotomiya va intubatsiya qilinmaganda asfiksiyadan bemor o'ladi.

Qizilo'ngach mushaklari tutqanog'i yutinishning buzilishi bilan namoyon bo'ladi.

Oshqozonning 12 barmoq ichakka o'tish qismi mushaklari tutqanog'i (pilorospazm) ko'ngil aynishi, qusish, epigastral sohada og'riq bilan xarakterlanadi.

Siydik pufagi mushaklari tutqanog'i anuriyaga olib keladi.

Ichaklar mushaklari spazmida qabziyat va ichak kolikasi sifatida namoyon bo'ladi.

Koronar tomirlar mushaklari spazmi stenokardiyani eslatuvchi yurakdagi og'riq bilan xarakterlanadi.

Gipoparatiroidizm qandagi tutqanoqlar juda ham og'riqli kechadi. Tetaniya es-hush saqlangan, og'ir kechuvchi tutqanoqlarda es-hush buzilishi mumkin. Tutqanoq xuruji bir necha minutdan bir necha soatgacha davom etadi, u spontan yoki har xil ta'sirotlardan keyin yuzaga keladi: mexanik, termik, elektrik, og'riqli. Ba'zan xurujlar intensiv fizik zo'rqiqlash, nerv qo'zg'alishlari, issiq vanna qabul qilganda, muchalar to'g'rilanganda mushak tirishishi natijasida ham yuzaga kelishi mumkin. Agar tutqanoq xurujida simpatik nerv sistemasi ustunlik qilsa periferik tomirlar spazmi natijasida oqarish, taxikardiya, qon bosimining oshishi; parasimpatik vegetativ nerv sistemasi ustunlik qilganda qusish, ich ketishi, poliuriya, bradikardiya, gipotoniya yuzaga keladi. Tutqanoq xuruji qandagi kalsiy miqdori 1,9-2,0 mmol/l bo'lganda yuzaga keladi.

VEGETATIV DISFUNKSIYA VA SEZGI SFERASI O'ZGARISHLARI SINDROMI.

Tutqanoq xuruji bo'lmagan davrda bemorlarda sovg'otish yoki isib ketish, terlash, bosh aylanishi, hushdan ketish, ko'ruv akkomodatsiyasining buzilishi, diplopiya, migren, quloqda shovqin, turg'un dermografizm, ba'zan yurakning tez urishi va yurak sohasida og'riq ko'ruvning pasayishi kuzatiladi. Sezgi sferasidagi o'zgarishlar shovqinga, baland tovushga, baland musiqaga sezuvchanlikning oshishi, atrof-muhitdagi temperaturani qabul qilishning buzilishi (issiq havoda bemorlar sovg'otadi va teskarisi), nordonga sezuvchanlikning pasayishi, achchiq va shirin ta'mlarga nisbatan sezuvchanlikning oshishi xarakterli.

MARKAZIY NERV SISTEMASI JAROHATLANISHI VA BOSH MIYA BUZILISHI SINDROMI.

Uzoq davom etgan gipokalsiyemiya psixikaning o'zgarishi, nevrozlar, emotsional buzilishlar (depresiya), uyqusizlik kuzatiladi. Og'ir tetaniya xurujlarida ekstrapiramidal simptomlar bilan birga bosh miya shishishi yuzaga keladi. Gipoparatiroidizm bosh miya buzilishlari epilepsiyasimon xurujlar sifatida namoyon bo'ladi, bu xuruj klinik va elektroensefalografik jihatdan genuin epilepsiyaga o'xshab, undan farqi qandagi kalsiy miqdori normallashtirganda EEG dagi o'zgarishlar tez dinamik yaxshilanadi, klasik epilepsiyada qandagi kalsiy miqdori

normallashtirishda EEG dinamik yaxshi tomonga o'zgarib qolmaydi. Haqiqiy epilepsiyadan farqli o'laroq es-hush yo'qolmaydi. Epilepsiya gipoparatiroidozning asosiy simptomi bo'lganligi sababli hamma bemorlardan kalsiy miqdorini aniqlash uchun qon olinadi, lekin shuni esdan chiqarmaslik kerakki, gipoparatiroidoz bilan haqiqiy epilepsiya qo'shib kelishi mumkin. Miya ichi kalsifikatsiyasi bo'lganda ayniqsa bazal gangliylar, turk egari va ba'zan miyacha sohasida bo'lganda og'ir nevrologik buzilishlar kuzatiladi. Bunda klinik ko'rinish kalsifikatning joylashgan joyi va miya ichi bosimining oshish darajasiga bog'liq. Ko'proq epilepsiyasimon tip va parkinsonizm kuzatiladi. Gipoparatiroidozda nerv sistemasining jarohatlanishi Far sindromi ko'rinishida namoyon bo'ladi:

*bosh miya bazal gangliylar sohasi ohaklanishi

*epilepsiya

*demensiya

*bosh og'riqlari

*ekstrapiramidal belgilar

Diagnostik ahamiyatga faqat Xvostek simptomi I darajasi bo'lib hisoblanadi, Xvostek simptomi II va III darajalari nevrozlar, isteriya, kaxeziya va asteniya ham uchraydi.

Trusso simptomi- tanometr manjetasi bilan yelka sohasi qisilganda 2-3 minutdan keyin barmoq mushaklarida tutqanoqlarning kuzatilishi ("akusher qo'li", "yozayotgan qo'l").

Veys simptomi- ko'zning tashqi tomoni urilganda qovoqning aylana mushagi va peshona mushagining qisqarishi.

Gofman simptomi- nervlarning bo'linish joyi, ayniqsa uch shoxli nervning I-shoxi chiqish joyida qisilganda paresteziyalarning paydo bo'lishi.

Erba simptomi- past galvanik tok bilan ta'sirlanganda mucha nervlari elektr qo'zg'aluvchanligining oshishi. Bu tutqanoqlar bilan ifodalanadi.

REFERENCES

1. Gilbert G.L. Infections in pregnant women. Med J Aust 2002; 176: 229– 236. <https://www.mja.com.au/journal/2002/176/5/1-infections-pregnant-women>;
2. Palasanthiran P, Starr M, Jones C, Giles M; editors. Management of perinatal infections. Sydney: Australasian Society for Infectious Diseases, 2014.
3. Public Health Laboratory Network. Laboratory case definitions for diagnosis of communicable diseases. Canberra: Commonwealth of Australia, 2017.
4. LeBaron C.W., Forghani B, Beck C, et al. Persistence of mumps antibodies after 2 doses of measles-mumps-rubella vaccine. J Infect Dis 2009; 199: 552– 560.

5. Best J.M. Rubella. *Semin Fetal Neonatal Med* 2007; 12: 182– 192.
6. Cradock-Watson J.E., Ridehalgh MK, Anderson MJ, Pattison JR. Outcome of asymptomatic infection with rubella virus during pregnancy. *J Hyg (Lond)* 1981; 87: 147– 154.
7. Ahn K.H., Park YJ, Hong SC, et al. Congenital varicella syndrome: a systematic review. *J. Obstet. Gynaecol* 2016; 36: 563– 566.
8. Gilbert G.L. Parvovirus B19 infection and its significance in pregnancy. *Commun Dis. Intel.l* 2000; 24 (Suppl): 69– 71.
9. Bascietto F., Liberati M, Murgano D, et al. Outcome of fetuses with congenital parvovirus B19 infection: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018; 52: 569–
10. Tuksanova, D. I. (2019). Osobennosti sostoyanie parametrov gomeostaza i kardiogemodinamiki u zhenshchin s fiziologicheskim techeniem beremennosti. *Novyj den' v medicine-Tibbiyotda yangi kun-2019*, 1(25), 159-163.
11. Tuksanova, D. I. (2019). Features of the state of parameters of homeostasis and cardiodynamics in women with the physiological course of pregnancy. *Tibbietda yangi kun.-Tashkent*, (1), 25.
12. Zaripova D.Ya., Tuksanova D.I., Negmatullaeva M.N. Osobennosti techeniya perimenopauzal'nogo perekhoda zhenshchin s ozhireniem. *Novosti dermatovenerologii i reproduktivnogo zdorov'ya*. № 1-2.2020 Str.39-42.– 66.
13. Zaripova D.Ya. , Sharipova R.G. Efficiency of hormone replacement therapy in prevention menopausal therapy. *Academicia an international multidisciplinary research journal*. Vol.10, issue 8. Page 422.
14. Zaripova D. and Sharipova R. Comparative evaluation of the use of aleandronic acid in menopausal women complicated by osteoporosis. *European journal of biomedical and pharmaceutical sciences*. Vol-7, issue-6.