

QALQONSIMON BEZ KASALLIKLARI**Salimova Dildora Erkinovna**

Ilmiy raxbar.

Normurodov Fazliddin Qaxramonovich**Nizamova Aziza G'ayratovna****Muqumova Rayhona Bahadurovna****Norboev Abror Yo'ldoshevich**

SamDTU talabalari.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.13840017>

Annotatsiya. Maqolada qalqonsimon bez kasalliklari turlari tahlil etilgan. Qalqonsimon bez kasalliklari sabablari ko'rsatib berilgan bo'lib, uni davolash usullari qisqacha bayon etilgan.

Kalit so'zlar: Qalqonsimon bez, glandula thyreoidea, diffuz, tugunli, aralash buqoq, Qalqonsimon bez o'smalari.

DISEASES OF THE THYROID GLAND

Abstract. The article analyzes the types of thyroid gland diseases. The causes of thyroid gland diseases are shown, and the methods of its treatment are briefly described.

Key words: Thyroid gland, glandula thyreoidea, diffuse, nodular, mixed goiter, Thyroid tumors.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аннотация. В статье проанализированы виды заболеваний щитовидной железы. Показаны причины заболеваний щитовидной железы и кратко описаны методы ее лечения.

Ключевые слова: Щитовидная железа, железистая железа, диффузный, узловой, смешанный зоб, опухоли щитовидной железы.

Jahon adabiyotida qalqonsimon bez xaqida qisqacha ma'lumot birlamchi Galen tomonidan berilgan bo'lsa ham, uning anatomik tuzilishi xaqida batafsilroq ma'lumotlarni Vezaliy (1543 y.) yozib qoldirgan. Bezning qalqonga o'xshashligiga qarab, Wharton 1656 yili unga qalqonsimon bez deya nom berdi. Ichki sekretiya bezlari faoliyatida uning tutgan o'rni va ahamiyati xaqidagi taxminlar King ga (1836 y.) tegishli bo'lib, Baumann (1896 y.) bu bezda yod moddasining alohida yig'ilishini ko'rsatgan. Qalqonsimon bezning inson organizmi uchun bo'lgan biologik ahamiyati, o'tgan asrning ikkinchi yarmiga kelgandan keyingina oydinlashdi. Tireotoksik buqoq jarrohligidagi ilk qadamlar, qalqonsimon bez subtotal subkapsulyar strumektomiyasini amalga oshirish texnikasining O.V. Nikolaev (1951) tomonidan batafsil ishlab chiqilishi, bu sohadagi katta

yutuqlardan biri bo'ldi.

O'zbekistonning endemik buqoq o'chog'i ekanligi o'tgan asrlardan beri ma'lum edi, lekin yurtimizda qalqonsimon bez kasalliklarini o'rganish, uni davolash jarayoni, profilaktikasi va xirurgiyasining rivojlanishi XX asrning o'rtalaridan boshlandi. Uning rivojiga mamlakatimiz tadqiqotchilaridan: M.S. Astrov, S.A. Ma'sumov, R.Q. Islombekov, Yo.X. Turakulov va boshqalar katta hissa qo'shdilar. Jumladan, S.A. Ma'sumov bir qator ilm ahli bilan birgalikda, O'zbekistonda buqoqning endemik o'choqlari bo'yicha qator ekspeditsiyalar uyushtirib, tadqiqot ishlarini olib borgan, hamda buqoq kasalligi profilaktikasi va davosiga doir qator chora-tadbirlar ishlab chiqqan. Jumladan, O.V. Nikolaev taklif etgan, ko'pchilikka ma'lum bo'lgan – subtotal strumektomiya operatsiya usulini takomillashtirgan. “Buqoq – qalqonsimon bezning mazkur geografik muhit uchun xos bo'lgan kattalashuvidir”, – degan ta'rif ham S.A. Ma'sumovga tegishlidir. Mamlakatimizda bugungi kunda 15 dan ziyod endemik o'choq bo'lib, aholining qariyb 10-20% da qalqonsimon bezning kattalashuvi kuzatiladi. Bu birinchi galda, atrof muhit va suv havzalaridagi ichimlik suv va ozuqa moddalarda yod moddasining tanqisligi oqibatida kelib chiqishi isbotlab berilgan. Anatomik-fiziologik ma'lumotlar. Qalqonsimon bez (glandula thyreoidea) degan nomni Wharton, uning qalqonga (thyreos – yunoncha qalqon) o'xshashligi tufayli 1656 yilda bergan. Bez bo'yinning oldingi sathida, uzuksimon tog'aylarning I-IV traxeal halqalari sohasida joylashgan bo'lib, ikkita bo'lak va ularni birlashtirib turuvchi – bo'yincha qismidan tashkil topgan. Bezning vazni balog'atga etgan odamda normada $\approx 25-30$ grammga etadi, O'zbekistonda sharoitida esa, birmuncha kattalashgan bo'lib, ayniqsa endemik o'choqlarda $\approx 40-50$ grammgacha bo'lishi mumkin. Bez bo'yinning to'rtinchi fastsiyasi bilan qoplangan bo'lib, ichki (yupqa) va tashqi (qalin) varaqalari orasida joylashgan, ular orasidan arteriya qon tomirlari o'tadi

Qalqonsimon bezni asosan 4 ta arterial tomiri: tashqi uyqu arteriyasi tarmoqlaridan juft – yuqori qalqonsimon arteriyalar va o'mrov arteriyasidan keladigan juft – pastki qalqonsimon arteriyalar qon bilan ta'minlab turadi. Ba'zan qon ta'minotida aorta ravog'i va nomsiz arteriyadan tarmoqlanadigan beshinchi toq arteriya qatnashadi. Innervatsiya – simpatik va parasimpatik nerv tolalarilari orqali amalga oshiriladi. Qalqonsimon bez yodlangan gormonlar – tiroksin, triyodtironin (T3), tetrayodtironin (T4), shuningdek yodlanmagan tireokal, tireokaltsitonin gormonlarini ishlab chiqarilishida bevosita ishtirok etadi.

Gormonlar hosil bo'lishi uchun yod va tirozin aminokislotasi asosiy tarkibiy qismlar bo'lib xizmat qiladi. Yod inson organizmiga ovqat, suv, havo bilan va organik, hamda noorganik birikmalar tarkibida tushadi. Organizmda yod miqdori birmuncha o'zgarib turadi, uning ortiqcha qismi siydik (98%) va o't suyuqligi (2%) bilan ajralib chiqadi.

Yod birikmalari qonda kaliy va natriy yodidlarini hosil qiladi, ular oksidlovchi fermentlar (peroksidaza va tsitoxromoksidaza) ta'siri ostida oddiy yodga aylanishi mumkin. Qalqonsimon bezda esa, yod moddasining oqsil bilan birikmalari hosil bo'ladi. Yod atomlari tirozin oqsili (tirozin aminokislotasi qoldig'i) bilan gormonal aktivlikka ega bo'lmagan (yodlangan tirozinlar) birikmalarini: monoyodtirozin (MYT) va diyodtirozin (DYT) hosil qiladi. Bular esa, o'z navbatida aktiv tireoid gormonlar: tiroksin, tetrayodtironin (T4) va triyodtironin (T3) ga aylanishda, asosiy substrat bo'lib xizmat qiladi.

Qalqonsimon bezdan tomir o'zaniga tushgan tiroksin qon zardobining oqsillari bilan bog'lanadi, buning natijasida qonda bog'langan (proteinli) yod kontsentratsiyasi ortadi, uning miqdorini aniqlash, qalqonsimon bez sekretor aktivligi ko'rsatkichi sifatida diagnostik ahamiyatga ega bo'ladi.

Markaziy nerv sistemasi, gipofiz va qalqonsimon bez orasida to'g'ridan- to'g'ri va aksari bog'lanishlar mavjud bo'lib, qalqonsimon bez gormonlari sintezi, hamda uni ishlab chiqarilishi, ular orqali boshqarib boriladi. Yod saqlovchi gormonlar miqdori ko'payganda gipofizning tireotrop faoliyati pasayadi va aksincha, ular etishmaganda – ortadi. Tireotrop gormon ishlanishining ortishi, nafaqat qalqonsimon bez faoliyatining ortishiga yoki pasayishiga, balki bezning diffuz yoki tugunsimon giperplaziyasiga ham olib keladi.

Tiroksin va triyodtironin inson organizmida kechadigan oksidlanish jarayonlarini rag'batlantiradi, xujayra va to'qimalarning normal o'sishi uchun zarur bo'lgan kislorod sarfini kuchaytiradi, tuz va suv almashinuvida muhim o'rin tutadi, hamda oqsillar sintezini yaxshilaydi.

Ular glyukoza va galaktozaning ichaklarda so'rilishini, xujayralarda sarflanishini kuchaytiradi, glikogen parchalanishini oshiradi, uning jigardagi miqdorini kamaytiradi, yog' almashinuviga jiddiy ta'sir ko'rsatadi. Qalqonsimon bez gormoni tireokaltsitonin – paraqalqonsimon bezlar gormoni bilan birgalikda organizmda kaltsiy va fosfor moddalarining almashinuvini bevosita idora qilib turadi. Tekshirish usullari. Qalqonsimon bezning shakli, o'lchamlari, konsistentsiyasi va harakatchanligi to'g'risidagi umumiy ma'lumotlarni, uni ob'ektiv ko'zdan kechirish va bezni paypaslab ko'rish orqali to'plash mumkin. Bezni ko'zdan kechirish buqoq bor yoki yo'qligini, o'zgarishning joylashgan o'rnini (o'ng yoki chap bo'lagi, bo'yni, «yashiringan» buqoq), yutish harakatlarida uning harakatchanligini, giperplaziya xarakterini (tugunsimon, diffuz buqoq), bo'yin venalarining bo'rtib chiqqanligini va qalqonsimon bez faoliyatining buzilishiga xos belgilarni (bemorning notinch hatti-harakatlari, ko'z simptomlari, barmoqlar titrashi, astenizatsiya va boshqalar) aniqlash imkonini beradi

Paypaslab ko'rishni ikki usulda bajarish mumkin:

❖ bemor vrachga orqasini o'girib, boshini oldinga va pastga bir oz engashtirib o'tirgan holatda. Bu holatda bo'yin mushaklari bo'shashadi va beznitekshirish osonlashadi. Har bir qo'lning to'rttala barmog'i bez ustida joylashadi, bosh barmoqlar esa bo'yinni orqa tomondan egallaydi;

❖ bemor vrachga yuzma-yuz qarab o'tiradi yoki tippatik turadi, bunda har bir qo'lning to'rttala barmog'i bemor bo'ynining yon tomonlarida joylashadi, ikkala bosh barmoq bilan bez paypaslab ko'riladi.

❖ Bemorda bezni paypaslash vaqtida bemordan yutinish harakatlarini qilish, boshni ko'tarish yoki engashtirish so'raladi. Chunki, shunday paypaslab ko'rilganda, bezning chegaralari, uning to'sh ortida yoki yuqoriroqda joylashganligi to'g'risida muhim diagnostik ma'lumotlarni olish mumkin

Asosiy modda almashinuv jarayonini o'zgarish darajasini aniqlash, qalqonsimon bez faoliyatidagi buzilishlar diagnostikasida asosiy testlardan biri hisoblanadi. Bu usul, yutilgan kislorod va karbonat angidrit (SO_2) gazlari miqdorini hisoblashga asoslangan bo'lib, bilvosita kalorimetriya yordamida asosiy modda almashinuv jarayoni darajasi aniqlanadi. Normada asosiy modda almashinuv o'zgarishi $\pm 10\%$ ga teng bo'ladi. Oqsilga bog'langan yod (OBY) miqdorini aniqlash, qalqonsimon bezning haqiqiy funktsional holatini aks ettiradi. Sog'lom odamda, odatda OBY miqdori 3,5-7,5 mkg ni tashkil etadi.

Radioaktiv moddalar (I^{131} va b.) bilan tekshirish yod almashinuvi jarayonining noorganik va organik bosqichlarini o'rganish, yod va gormonlar ishlab chiqarilishining periferik bosqichi to'g'risida xulosa chiqarishga imkon yaratadi. Normada qalqonsimon bezda I^{131} yig'ilishi 2 soatdan keyin 5-10% ni tashkil etsa, 24 soatdan keyin 20-30% ni tashkil etadi. Qalqonsimon bez faoliyati oshganda, bu ko'rsatkichning miqdori birmuncha yuqori bo'ladi. Stsintigrafiya qalqonsimon bez chegaralari va o'lchamlarini aniqlash, o'smasimon tuzilmalar, metastazlar yoki aberrant bez to'qimasi borligini aniqlash imkonini beradi. Jumladan: tugunli buqoqda I^{131} ni qalqonsimon bezning ma'lum bo'lagida ko'p miqdorda yig'ilishi ("issik tugun") – uning funktsional giperaktivligidan dalolat beradi, to'qimada preparat singmagan o'choqlarning ("sovuq tugun") bo'lishi – ko'pincha uning xavfli tabiatidan yoki kista, kaltsifikat, qon quyilishi yoki fibroz o'zgarishlar borligidan darak beradi.

T3 va T4 gormonlarini radioimmun usullar yordamida tekshiriladi. Ularning nisbatini va tireotrop gormonni tekshirish gipofiz va qalqonsimon bez faoliyati orasidagi bog'lanishni aniqlashga yordam beradi.

Qalqonsimon bezni ultratovush yordamida tekshirish (skanerlash), noinvaziv tekshirish

usullaridan biri bo'lib, unda qalqonsimon bez giperplaziyasi darajasi, chegaralari, o'lchamlari, tugunlar borligi, zichligi, boshqa a'zolar bilan nisbatini aniqlash imkoniyatini beradi. Odatda, I131 bilan radioaktiv tekshiruv o'tkazib bo'lmaganda (preparat yo'qligi, bez yod saqllovchi preparatlar bilan blokada qilinganda), bu usulning qimmatini yanada oshadi.

Kompyuter tomografiya tekshiruv usuli eng yangi usullardan hisoblanib, qalqonsimon bez chegaralarini va uning tarkibini aniq va ravshan ko'rsatib beradi. Bu usul, ayniqsa bezning ko'ks ortida joylashgan turlarida, uning chegaralari va boshqa to'qimalarga munosabatini aniq ko'rsatadi. Qalqonsimon bez saratoniga (rak) shubha qilinganda yoki har qanday tugunli buqoqda, bez to'qimasidan namuna olish (biopsiya), bizga qo'shimcha ma'lumot beradi. Uni operatsiyaga qadar yoki operatsiya vaqtida bajarish lozim, chunki bu ma'lumotlarga (biopsiya natijalari) tayanish, operatsiya hajmini kengaytirilishiga yoki davolashning keyingi bosqichi darajasini belgilashga zamin yaratadi.

Laringoskopiya, buqoq kasalligi bor bo'lgan barcha bemorda, hatto tovush o'zgarmagan taqdirda ham, o'tkazilishi lozim bo'lgan tekshiruv usulidir. Bunda patologik jarayonga, qaytuvchi nervlarning bez giperplaziyasiga aloqasini qay darajada ekanligini, bog'liq holda yuzaga keladigan tovush bog'lamlarining yashirin falajini aniqlash imkoniyatlarini beradi.

Qalqonsimon bez o'smalari. Qalqonsimon bez o'smalarini quyidagi klinik-morfologik turlash (klassifikatsiya) qabul qilingan.

1. Xavfsiz o'smalar: - epitelial – embrional, keloid, papillyar;
- noepitelial – fibroma, angioma, limfoma, nevrinoma, xemodektoma.
2. Xavfli o'smalar: - epitelial – papillyar adenokartsinoma, follikulyar adenokartsinoma, Langxans o'smasi, solid rak, yassi hujayrali va taxassuslashmagan rak;
- noepitelial o'smalar – sarkoma, neyrosarkoma, limforetikulosarkoma.

Qalqonsimon bez raki (saraton) – hamma xavfli o'smalarining 0,4-1% da uchraydi. Odatda, bez faoliyati normal yoki pasaygan tugunli buqoqdan rivojlanadi, diffuz toksik buqoq kamdan-kam rakka o'tadi. Ayollarda qalqonsimon bez raki erkaklarga nisbatan 3-4 marta ko'proq uchraydi.

Qalqonsimon bez raki rivojlanishiga imkon beradigan omillarga jarohatlar, surunkali yallig'lanish jarayonlari, qalqonsimon bez sohasini rentgenda nurlantirishlar, radioaktiv yod yoki tireostatik preparatlar bilan uzoq muddat davolash kiradi. Qalqonsimon bezning xavfsiz o'smalari kamdan-kam kuzatiladi.

Qalqonsimon bezi rakining klinik bosqichlari:

I bosqichi – qalqonsimon bezda yakka o'sma bo'lib, uning shakli o'zgarmagan, kapsulasiga o'sib kirmagan va harakatchanligi chegaralanib qolmagan.

IIA bosqichi – qalqonsimon bezning yakka yoki ko'p sonli o'smalari, uning shaklini

o'zgartirgan, biroq kapsulasiga o'sib kirmagan va harakatchanligini chegaralab qo'ymagan.

Regional va boshqa a'zolarga metastazlari yo'q.

IIB bosqichi – qalqonsimon bezning yakka yoki ko'p sonli o'smalari, o'sib kirmagan va harakatchanligi yo'qolmagan, biroq bo'ynining zararlangan tomonidagi yaqin limfa tugunlarida metastazlari bor.

III bosqichi – o'sma qalqonsimon bez kapsulasidan tashqariga tarqalgan va atrof to'qimalar bilan bog'langan yoki qo'shni a'zolari bosib turadi. O'smaning harakatchanligi chegaralangan, yaqin limfatik tugunlarga metastazlar bergan.

IV bosqichi – o'sma atrofidagi strukturalar va a'zolarga o'sib kiradi, qalqonsimon bez mutlaqo surilmaydi, limfatik tugunlarda metastazlar ko'riladi. Bo'yin va ko'ks oralig'ining limfatik tugunlariga metastazlar bergan, boshqa a'zolarga ham metastazlar bergan. Chuqur bo'yin, xiqildoq oldi, pre- va paratraxéal limfatik tugunlarga regional limfogen metastazlanish bo'ladi.

Uzoqda joylashgan a'zolarga gematogen metastazlar berish kuzatiladi, bunda aksariyat o'pka va suyaklar zararlanadi.

Klinikasi va diagnostikasi. Erta klinik simptomlari – buqoq yoki normal qalqonsimon bezning tez kattalashuvi, zichligining ortishi, konturlari o'zgarishi. Bez g'adirdir, kam harakatchan bo'lib qoladi, bo'yin regional limfatik tugunlari paypaslanadi. O'smaning harakatsizligi va zichlashganligi nafas olish va yutish uchun mexanik to'siq bo'lib qoladi. Yutinish qiyinlashadi, bo'g'ilish va tovushning o'zgarishi sodir bo'ladi, bu tovush boylamlari pareziga aloqador bo'ladi. Birmuncha kech muddatlarda o'smaning metastazlanishiga bog'liq belgilar qayd etiladi. Ko'pincha bemorlar quloq va ensa sohasida og'riq borligiga shikoyat kiladilar.

Qalqonsimon bez o'smalarini differentsial diagnozi uchun, o'sma punktini tsitologik va gistologik tekshirish ma'lumotlari asosiy ahamiyat kasb etadi. Ular kasallik diagnostini aniqlash va o'smaning morfologik turini belgilashga imkon beradi.

Davolash. Qalqonsimon bezi rakini davolashning asosiy usuli – operatsiyadir. Rakning papillyar va follikulyar turlarida (I-II bosqich) ekstrakapsulyar subtotal tireoidektomiya qilinib, limfatik tugunlar taftish etiladi va metastazlar aniqlanganda, ular olib tashlanadi. Kasallikning III bosqichida qo'shma muolaja o'tkaziladi. Operatsiyadan oldingi gamma-terapiya, so'ngra esa subtotal yoki total tireoidektomiya qilinib, kletchatka ikkala tomondan pay g'ilofi bilan birga kesiladi. Rakning III-IV bosqichlarida, agar operatsiyadan oldin nurlash muolajasi o'tkazilmagan bo'lsa, operatsiyadan keyin nurlatish maqsadga muvofiq bo'ladi. Rakning taxassuslashgan turlarida, metastazlarga gumon tutilgan limfa tugunlariga yoki a'zolarga ta'sir etish uchun radioaktiv yod tayinlanadi. Qalqonsimon bezi rakining follikulyar va papillyar turlarida davo natijalari birmuncha yaxshi. Rakning taxassuslashmagan solid turlarida esa, hatto nisbatan barvaqt

operatsiya qilinishiga qaramay o'ta jiddiy.

Paraqalqonsimon bezlar kasalliklari. Paraqalqonsimon yoki qalqonsimon bez ortidagi bezlar (glandula parathyreoidea) – ichki sekretiya bezlaridir. Ular qalqonsimon bezning orqa sathida, uning kapsulasidan tashqarida, aksariyat har tomonida ikkitadan ya'ni juft bo'lib joylashgan. Ularning katta-kichikligi va miqdori birmuncha o'zgarib turadi. Bezlarning ichki sekretor faoliyatining mahsuloti paratgormon hisoblanib, u tireokaltsitonin bilan birga kaltsiy-fosfor almashinuvida asosiy o'rin tutadi.

Paraqalqonsimon bezlar kaltsiy-fosfor almashinuvida ishtirok etadigan uchta a'zo: suyaklar, buyraklar va ichaklarga ta'sir qiladigan gormon vositasida, qonda kaltsiyning doimiy miqdorini saqlab turadi. Paratgormon osteoblastlarni aktivlashtirib, osteoklastlarga o'tishini ta'minlaydi va suyaklar rezorbtisiasini, skelet suyaklari mineralsizlanishini kuchaytiradi. Natijada qonga katta miqdorda kaltsiy tushadi va giperkaltsiemiya, giperkaltsiuriya shu bilan izohlanadi.

Giperkaltsiemiya paratgormon ta'siri ostida buyrak kanalchalarida reabsorbtsiya jarayoni to'xtaydi va organizmdan ortiqcha kaltsiy siydik orqali chiqariladi. Paratgormon buyrak kanalchalarining proksimal bo'limlarida fosfor reabsorbtisiasini to'xtatadi va distal bo'limlarda uning ekstraktisiasini kuchaytiradi. U shuningdek ichakda kaltsiy rezorbtisiasini kuchaytiradi.

Uning ta'siri vitamin D ta'siriga qarama-qarshi bo'lib, ichak devori orqali kaltsiy ionlari o'tishiga imkon beradi. Shunday qilib, paratgormon etishmovchiligi gipokaltsiemiya, giperfosfatemiya va siydikda kaltsiy hamda fosfor kamayishiga sabab bo'ladi. Gormon gipersekretiyesi mineral almashinuvining og'ir buzilishlarini, so'ngra esa suyaklar va buyraklar zararlanishini keltirib chiqaradi.

Giperparatireoidizm. Birlamchi giperparatireoidizm (Reklingauzen kasalligi yoki generalizatsiyalangan fibrokistoz distrofiya) osteoporoz, kistalar, suyak shakli buzilishi va patologik sinishi, buyrakda tosh va kaltsinoz paydo bo'lishi bilan ta'riflanadi. Kasallik odatda 30 yoshdan keyin boshlanadi, asosan ayollar kasallanadilar. Giperparatireoidizmning morfologik substrati, bezning yakka adenomasi yoki giperplaziyaga uchrashi hisoblanadi.

Klinikasi va diagnostika. Kasallikning klinik manzarasi turli-tuman. Ko'proq buyraklar, suyaklar va me'da-ichak yo'li tomonidan belgilar kuzatiladi.

Uning klinik turlari: buyrakka, suyakka tegishli, aralash, vistseropatik va o'tkir giperparatireoz.

Buyrak turida belgilari siydik-tosh kasalligiga o'xshash bo'ladi. Bemorni buyrak sanchig'i, gematuriya, poliuriya bezovta qiladi. Infektsiya qo'shilib kelishi va buyrak parenximasidagi degenerativ o'zgarishlar pielonefrit, urosepsis, azotemiya va uremiyaga olib keladi.

Kasallikning suyak turi uchun bo'g'im, suyak, umurtka pog'onasidagi og'riqlar xos, ular

hatto tinch turganda ham bosilmaydi. Panja barmoqlari falangalarida suyak qobiq qavatining suyak usti pardasi emirilishi, III falanga distal qismining parchalanishi (bu suyaklarning boshqa kasalliklarida kuzatilmaydi) erta diagnostik belgilar hisoblanadi. Ko'krak va bel umurtqalarining to'liq yoki yassilanishi bilan o'tadigan kuchli osteoporoz kuzatiladi. Vistseropatik turida giperparatireoidizm me'da, o'n ikki barmoqli ichak yarasi bilan birga uchraydi.

Giperparatireoidizm diagnozi anamnez, ob'ektiv ko'rik, belgilar, rentgenologik tekshiruv va gipokaltsiemiya, giperfosfatemiya va giperkaltsiuriyaning laboratoriya ko'rsatkichlari ma'lumotlari asosida qo'yiladi. Qalqonsimon bez orti bezlarini Co57 yordamida stsintigrafiya qilish, bezning joyini va undagi morfologik o'zgarishlarni aniqlash imkonini beradi.

Davolash. Birdan bir davolash usuli paratireod adenomalarni olib tashlashdan iborat.

Gipoparatireoz. Paratgormon etishmovchiligiga bog'liq bo'lgan kasallik yoki holat.

Gipoparatireoz sabablari paraqalkonsimon bezlarning yallig'lanish kasalliklari, shikastlanish vaqtida qon quyilishi, qalqonsimon bezning tug'ma kamchiligi, uni tasodifan olib tashlash yoki shikastlab qo'yish.

Klinikasi va diagnostikasi. Gipoparatireoz – talvasa xurujlari bilan o'tadi. Talvasalar klonik xususiyatga ega bo'lib, aksariyat yuz mushaklarida paydo bo'ladi va simmetrik mushak guruhlarini qamrab oladi. Talvasa qorin devori mushaklari va ichdagi silliq mushaklar spazmiga bog'liq holda qorinda og'riq bilan o'tadi. Laringospazm bilan asfiksiya paydo bo'lish ehtimoli bo'ladi. Unga Xvostek va Trusso simptomlari xos. Xvostek simptomi – yuz nervi proektsiyasi sohasida quloq yumshog'i oldida barmoq yoki perkussion bolg'a bilan urib ko'rilganda, burun parragi va og'iz burchi sohasidagi mushaklar qisqaradi. Trusso simptomi – qo'ltiqdagi nervqon tomirlar tutami sohasi bosilganda, qo'l kaftining “doya qo'li” belgisi ko'rinishida tonik qotib qolishi, farq qilib turadigan belgisi hisoblanadi. Epilepsiya xurujlari bilan tafovutlanishi lozim.

Davolash. Xurujlar vena tomiriga kaltsiy xlorid eritmalarini yuborib to'xtatiladi.

Xurujlarining oldini olish uchun bemorlar muttasil kaltsiy preparatlari, vitamin D, paratireoidin qabul qilib turadilar. Xirurgik davo usullari orasida gipoparatireozni davolashda, qorinning teri osti kletchatkasiga har 2 yilda «bulon suyakcha» tikib qo'yish usuli ma'lum. Bu usul hozircha keng yoyilgani yo'q.

REFERENCES

1. Абдуллаев Д.С. Опыт хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия № 8. 1999. с. 19-22.
2. Агзамходжаев С.М., Фрейтаг В.И. Печень и водно-солевой обмен. Ташкент, Изд-во им. Ибн Сины, 1991. 72 с.

3. Асраров А.А. Хирургические и эндоваскулярные методы профилактики и лечения гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности у больных разлитым гнойным перитонитом. Дисс. докт. мед. наук. Ташкент, 1994.
4. Бабалич А. К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Хирургия № 7. 1999. с. 19-22.
5. Байбеков М.М., Хорошаев В.А., Калиш Ю.И. и др. Функциональная морфология брюшины в норме, при перитоните, спайкообразовании и лазерных воздействиях., Ташкент, 1996.
6. Балдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. Москва, 2001.
7. Бежан Л., Зитти Е. Гр. Резекция легких. Анатомические основы и хирургическая методика. Бухарест, 1981.
8. Бейтс Б. и др. Энциклопедия клинического обследования больного. Перевод с английского. Гэотар. Москва, 1997.
9. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной хирургии. Москва, 1999.
10. Береснев А.В., Сипливый В.А, Бублик В.В., Бышенко В.В. Наложение дистального спленоренального анастомоза у больных с циррозом печени. Клиническая хирургия.-1993.- N 11. – С.23-25.