

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти**



РЕФЕРАТ

Мавзу: Қалқонсимон без касалликлари

Бажарди: Бердиев Д.

Самарқанд 2017 йил

ДИАГНОСТИК СИНАМАЛАР

Йод 131 нинг ютилиш синамасы. Беморга 1-2 мккюри радиактив йод ичинга берилади, кейин 6, 24, 48 соатдан кейин радиоактив ютиш аниқланади.

Соғлом одамларда максимал ютилиш 24-72 соатда гипертиреоз билан оғриган беморларда 6-24 соатда, кейинчалик эса радиоактив чўкиш юзага келади.

Масофадан текширишда соғлом одамларда радиоактив йоднинг максимал ютилиши 15-25%. Индикатор миқдор.

Гипертериоз билан оғриган беморларда бу кўрсаткич 50% дан ошади гипотериоз билан оғриган беморларда 15% дан кам ютилади. Контакт ташхисда нормада радиоактив йод қамраб олишини 10-30%, гипертериозда 20%, гипотериозда 10% дан кам бўлади.

Адреналин синамасы. Тери остига 0,5 мг адреналин юборилгандан кейин тиреотоксикоз билан оғриган беморларда диастолик босим 5-10 минутдан кейин нолгача тушиб кетади. Қон босими ҳар минутда ўлчаниб турилади.

Ашнера-Данини кўз-юрак рефлекси. Бу вегетатив нервсистемасининг функционал ҳолатини текшириш учун клиник синама ҳисобланади. Бемор ётган ҳолатда унинг иккала кўзининг ёнбош юзасига навбати билан 20-40 секунд давомида босилади ва шу билан биргаликда пульс саналади. 15-30 секунда пульснинг максимал камайиши кузатилади ва босим бериш тугатилгандан кейин 20-30 сек давом этади. Соғлом одамда юрак уриши 12 тага камаяди (пульс 74 та булганда) ёки 1/3-1/4 гача камаяди (мусбат реакция). Пульснинг камайиши 16 тадан ошганда реактив кучайган ҳисобланади. Гипертериозда кузатилади. Пульс сонинг кўпайиши патологик реактивдан, ўзгаришсиз қолиши манфий реактивдан дарак беради.

Фосфоритнинг сийдик билан ажралиш синамасы. Бемор эрталаб оч қоринга 1000 мл суяқлик ичади, кейин ҳар соатдан яна 200 млдан сув ичади. Сунгра ҳар соатда сийдикни ўлчаб ундаги фосфат миқдори аниқланади. 4 инчи соатнинг бошида 200 ед паратиреодик вена ичига юборилади ва яна 3-5 соат давомида (ҳар соатда) сийдикдаги фосфат миқдори аниқланади. Бир соат сийдикда ажралган фосфатнинг ўртача миқдори аниқланади. Соғлом одамда бу кўрсаткич инеъкциядан кейин 3-5 соат ичида 5-6 мартагача, гипертериоз билан оғриган беморда эса 10-50 мартага ошади.

Тиреотоксикозда декстразанинг юкламали синамасы. Тиреотоксикозда декстраза юкламасы қилингандан кейин қондаги қанд миқдори нормадан юқори бўлиб кўтарилади кейин секин тушиши кузатилади. Гипертиреозда қондаги қанд миқдори паст (70-80%) бўлади, декстаза юкламасидан кейин эса сезиларли даражада кўпаяди.

Паратиреондин синамасы. Вена ичига 200-250-500 ед паратиреондин юборилгандан кейин 5-10 соат ичида қондаги кальций миқдори сезиларли даражада кўтарилади, клиник белгилар эса камаяди. Қалқонсимон беши етишмовчилиги бўлмаган ҳолатда кальций миқдорини ошириш кузатилмайди.

Териотаксикозда қондаги холестерин миқдори. Нормада қондаги холестерин миқдори 150-210 мг%, айрим ҳолларда 200 мг% бўлади. Гипертериозда қондаги холестерин миқдори 250-500 мг% гача кўтарилиши, айрим ҳолларда ўзгармаслиги ва хатто холестерин миқдорининг тушиб кетиши

хам мумкин. Қондаги холестерин миқдори қалқонсимон без касалликларида специфик симптом эмас, аммо айрим ҳолатларда, болалар микседамасида ёрдамчи метод бўлиб хизмат қилади.

Совуқ прессор синама. Бемор тўшакда ётган 15-20 минутдан кейин беморнинг қўли бир минут давомида совуқ сувда +4С ушлаб турилади. 0.5-1-2 минутдан кейин иккинчи қўлда қон босими олдинги ҳолатига қайтгунча ўрганади. Соғлом одамда 10-25 мм симоб уст.гача ошади, гипертериоз билан оғриган беморларда эса бу кўрсаткич 30-60мм.сим.устунини ташкил қилади. Артериал қон босими 2-3 дақиқада нормага қайтади,гипертериозда эса у вақт бироз узаяди.

Штанге синамаси. 2-3 марта чуқур нафас олиниб чиқарилганданкейин нафас олинган ҳолда ушлаб турилади. Бу синама эркаларда 60 секунд,аёллар эса 45 секни ташкил келади. Гипертериозда бу кўрсаткич пасаяди.

Сообразе синамаси. 2-3 марта чуқур нафас олиниб чиқарилгандан кейин нафас чиқарилган ҳолда нафас олмасдан турилади.Бу синама эркаларда 32 секунд,аёлларда эса 20 сек. Гипертериозда бу кўрсаткич камаяди.

СИМТОМЛАР:

Ашпер симптоми. Қовоқ ва лабнинг нисбатдан катталашиши ва қалқонсимон безнинг эутериод формага кириши.

Абади симптоми. Юқори қовоқни кўтарувчи мушаклар спазми.

Беллата симптоми. Кўзнинг ёки барча ташқимушакларининг ҳаракатининг тўхташи, ички мушаклар зарарланмаган ҳолда. Айрим ҳолларда Базедов касаллигида учрайди.

Балле симптоми. Қорачиқ рекуляси кўзнинг автоматик ҳаракати сақланган ҳолда, кўз олмаси ихтиёрий ҳаракатларининг йўқолиши.

Байсман симптоми. Тўр парда артериясипулсациясининг ошиши.

Бера симптоми. Тизза ва тирсак эпидермисининг баъзан қўл ва оёқ қафти эпидермисининг қалинлашиши ва қадоқлашиши.Тирсак ва тизза кирлангандек хис бўлади. Бу ҳолат қалқонсимон без гиперфункциясида юзага келади.

Бактерова симптоми. Тирсак нервининг таъсирланиши натижасида қўлпанжалари таъсирланиш бўлади. Гипотериозда кузатилади.

Бостон симптоми. Кўз тикганда қовоқнинг қалтираши бу ҳолат қалқонсимон без гиперфункциясида кузатилади.

Брама симптоми. Ухлаган вақтда кўз катта очилган ҳолда қолади.Базедов касаллигида учрайди.

Валсальви симптоми. Бўқоқ йўталган вақтда пайдо бўлиб бўйинда яққол кўринадиган тўшорти бўқоқида бўлади.

Гуффорд симптоми.Қовоқнинг очиб ёпишнинг қийинлашиши.Миоген ретракция ва Базедов касаллигида учрайди.

Греффе симптоми. Юқори қошнинг ҳаракатининг кўз олмаси ҳаракатига мутаносиблиги бузилади, натижада шох парда ва юқори қовоқнинг эркин юзаси орасида кенг чизик пайдо бўлади.

Гофман симптоми. Жуда паст частотадаги гальваник ток билан таъсир қилинганда электрод қўйилган жойда парестезия намоён бўлади. Гипотериозда кузатилади.

Дальмеди симптоми. «Яхлаган юз» Базедов касаллигида кузатилади.

Елленика симптоми. Юқори қовоқнинг бўқоқ касаллигида кўпайиши .

Жафруа симптоми.Юқорига қараганда пешонада бурмалар пайдо бўлмайди. Базедов касаллигида учрайди.

Қуён кўзи симптоми. Бемор қовоқларини эга олмайди. Базедов касаллигининг оғир формасида ва узоқ вақт хушсиз ётганда учрайди.

Зелгер симптоми.Қовоқ шишиб осилиб туради. Бўқоқда кузатилади.

Квинки симптоми.Терива шиллик қаватлари вақти-вақти билан қизариб оқариб туради,капиллярларда пулсация сезилади. Катта диагностик аҳамиятга эга эмас. Иситма кўтарилганда, иссиқ муолажаларда, Базедов касаллигида,аорта клапани етишмовчилигида ва батамом соғлом одамларда учрайди.

Книса симптоми. Қорачиқнинг бир хилда кенгаймаслиги Базедов касаллигида учрайди.

Коцена симптоми.Қорачиқлар функциясининг бир хиллигини текшириш вақтида қорачиқ вибрация беради. Катта диагностик аҳамиятга эга эмас. Базедов касаллигида учрайди.

Кахер симптоми. Беморга бармоқ учига қараган ҳолда бармоқ юқорига пастга ҳаракат қилганда кўз узмаслик айтилади. Мусбат симптомда юқори қовоқ билан камалакнинг юқори қирраси орасида чизик кўринади.

Леви симптоми. Адреналин тасирида қорачиқ енгил кенгайди.Базедов касаллигида учрайди.

Люста симптоми.Қичиқ болдир суягининг бошида перонеал нервни таъсирлаганда оёқ кафт соҳасида букилиб ташқарига бурилади. Гипопаратериозда кузатилади.

Марансон симптоми. Калқонсимон безнинг устки соҳаси палпация қилинганда ўша соҳанинг қизариши кузатилади.

Мебиус симптоми. Бемордан нигоҳини бурун учига қаратишиниайтсак, иккала кўз бир вақтда қарай олмайди,биттаси қолиб кетади ёки бармоқни ташқаридан ичкарига томон тезкор ҳаракат билан ўтказсак кўз олмаси бармоқга қараб улгирмайди ва ғилайлик кузатилади. Базедов касаллигида учрайди.

Мелихома симптоми.Қахрли нигоҳ. Бўқоқда мимик мушакларнинг қисқариши натижасида келиб чиқади.

Мюссе симптоми. Бошнинг пулсатор ҳаракати бўқоқ касаллигида кузатилади.

Мерица симптоми. Нормал қон босимида тирсак артерияси босимининг тетаник ўзгариши билан характерланади. Гопопаратериозда кузатилади.

Папова симптоми. Бемор юқорига ва пастга ҳаракат қилаётган бармоқ учига қараганда юқори қовоқнинг тушиши кузатилади. Базедов касаллигида учрайди.

Розенбах симптоми. Бостон симптомига ухшаш, кўзни юмганда қовоқларни қалтираши. Базедов касаллигида учрайди.

Балик оғзи симптоми. Мимика мушакларининг қисқариши натижасида айрим беморларнинг оғзи ўзига хос ўзгариб балиқ оғзига ўхшаб қолади. Қалқон олди без гипофункциясида кузатилади.

Спасокукоцкий «чойшаб»симптоми. Базедов касаллиги билан оғриган беморлар доимий иссиқ хисси ва терлаш бўлгани учун кечаси фақат чойшаб ёпиниб ётади.

Сюкер симптоми. Бемор кўз қораси билан қарай олмайди. Мебиус симптомига ўхшаш. Базедов касаллигида учрайди

Сектон симптоми. Юқори қовоқни кўтарганда пешона мушакларида спзм бўлади. Спзм қовоқнинг туширилиши билан йўқолади.

Труссо симптоми. Елкани ўрта учлигидан манжета билан қисилиб пульс билак артериясида пульс йўқолгандан кейин 4минут давомида ушлаб турилади. Мусбат реакцияда қўл бармоқларида қисқариш бўлиб «акушер қўли» симптоми кузатилади. Манжет сонга қўйилганда ҳам оёқ кафт мушакларида шу ҳолат кузатилади. Қалқон олди безнинг гипофункциясида кузатилади.

Хвостека симптоми. Ташқи эшитувийўлиданолинга қараб юз нервнинг қисқариши кузатилади.

Хертога симптоми. Чакка томонидан киприklarнинг бўлмаслиги. Қалқонсимон без гипофункциясида кузатилади. Симптом доимий эмас.

Хилла симптоми. Оёқдаги систолик артериал босимнинг қўлдаги систолик артериал босимга нисбаттан (80-100ммга) кўтарилиши. Соғлом одамда бу кўрсаткич 40ммданошмайди. Аорта ярим ойсимон клапанлари етишмовчилигида, гипертериозда кам ҳолларда томирлар склерозиди артериовеноз анастомозларда учрайди. Катта диагностик ахамиятга эга эмас.

Шарко-Мари симптоми. Қўл қалтираши ва тез қисқа осциляция секундига 8-9 марта кимирлаш билан қалқонсимонбез гипофункциясида кузатилади.

Шлезинтер-Пуля симптоми. Бемор тўшакда ётиб оёқларини тизза бўғимида букиб 2 минут давомида юқорига кўтариб туради. Бу белги гипопаратериозда мусбат. Беморда оёқ тизза бўғимида букилиб оёқ кафти «от туёғи ҳолатига ўтади»

Штелваг симптоми. Кўз ёриғи кенг олинган ҳолатга кўзнинг кам очилиб ёпиши. Соғлом одамда 1 минутда 3марта юмилади. Базедов касаллигида ва Паркинсон касаллигида кузатилади.

Энрота симптоми. Қовоқнинг шишиши билан характерланади. Асосан юқори қовоқ, баъзан пастки қовоқнинг халтасимон шишиши кузатилади. Базедов касаллигида кузатилади.

Эрба симптоми. Гофман симптомига ўхшаш паст галваник ток тасирида мушакларнинг қисқариши. Нейтрал электрон кўкрак қафасига, актив электрод оралиқ нервнинг текширилаётган соҳасига қўйилади. 5 та кам бўлган галваник ток ўтказилади. Нормида 0,9-2ма мушаклар қисқаради. Қалқонолди безининг етишмовчилигида эса 0.7ма қисқаради.

СИНДРОМЛАР

Горнер синдроми. Кўз ёриғининг кўз олмасининг чўкиши ва қорачиқнинг ҳар хиллиги. Бўйнинг пастки симпатик тугунларга боғлиқ бўлган симпатик толаларининг жарохатланишига боғлиқ. «Акушерлик параличида» умумий уйқу артериасининг аневризмида баъзан бўқоқ ва ўпка ўсмасида кузатилади. Синдром асосан кечаси ва эрталаб намоён бўлади. 2- 3 бармоқ учининг уюшиши бош бармоқнинг бошқа бармоқларга қарши қўяолмаслик билан бошланади. Юқоридаги симптомлар кундуз қўлни юқорига кўтариб бармоқларни қисганда кузатилиши мумкин. Аёллар кўпроқ касалланади. Касаллик кафт артрози ва артритида ўрта нервнинг остеофиброз касаллигида, қалқонсимон без функциясининг бузилишида келиб чиқади.

Лейтон- Торнбулл-Бреттон синдроми. Болаларда семизлик ва мушакларнинг кучли ривожланиши кузатилади. Сабаби қалқонсимон безнинг бирламчи ўсмаси.

Шартина Олбрайта синдроми Псевдогипопаратериоз тетанияни эслатиб,буйрак каналчаларида фосфатларнинг қайта сўрилишига тормозловчи таъсир кўрсатувчи қалқон олди беши гармонларининг камайиши билан намоён бўлади. Тетаниядан ташқари бўйи паст семизлик қўл оёқларнинг калталиги қариес ва тишларнинг тушиши кузатилади. Қонда кальций миқдори паст, фосфат миқдори кўп бўлади.

Буйрак рахити синдроми. Иккиламчи гиперпаратериозда ривожланади. Суяк структуралари сўрилиб остеоид тўқиманинг кўпаяди. Эпифизар тоғай ҳам суякланиш процессига ўтса бўй ўсиши тўхтайдди. Эпифизар зонада иккиламчи деформация вужудга келади. Остеопарроз суякларда оғрик паталогик синишлар вужудга келади.

Мекседематоз синдром. Қалқонсимон без гиподункцияси ёки етишмовчилигидан келиб чиқади. Асосан 30-50 ёшдан бошланиб секин ривожланади. Юзнинг шишиши, уйқучанлик, кўз ёриқларининг қисқалиги,тер ажралмаслиги брадипноэ,брадикардия моддалар алмашинувининг, совукда сезувчанликнинг ошиши, менстурал циклнинг бузилиши билан намоён бўлади.

Тетоник синдроми Гипопаратериозда кузатилади. Ионлашган калийнинг қонда етишмаслиги билан келиб чиқади. Қўл бармоқлари мушакларининг тетоник талвасаси билан характерланади бемор хушида бўлади. Бош бармоқнинг кафтга букиб қолган бармоқларни кафт фаланга буғимида букиб туриш бу симптомга хос белги (баъзан акушер кули) тинидаги талваси кузатилади тетоник талваса чакка қорин оёқ мушакларини қамраб олиши ҳам мумкин.

Тиреотоксик миостеник синдром. Гипертериозда кузатилади. Мушакларнинг тез чарчаши, асосан қўл оёқ мушакларининг чарчаши билан характерланади. Асаб мушак фаолиятининг бузилиши натижасидакелиб чиқади.

Троел-Жюне синдроми.Акромегалия,гипартериоз қандли диабет бош суяги гиперостози билан характерланади. Сабаби қалқонсимон без гармонларининг меёрида кўп ажралиши.

Шлидт синдроми. Қалқонсимон без ва суяк ости безининг гиперфункциясиатрофияси касаллик бошида қалқонсимон без гиперфункцияси белгилари кейинчалик унинг атрофияси ва шунинг асносида гиподункцияси,кейинчалик Адиссон касаллиги ривожланади.

КАСАЛЛИКЛАР.

Базедов микседемаси. Қалқонсимон без гиперфункцияси тиреотроп гармоннинг кўп ишлаб чиқарилиши натижасида келиб чиқади.

Кервен касаллиги. Ўткир,ўткир ости, сурункали йирингсиз тиреондит. Қалқонсимон безшишган қаттиқ оғрикли бўлади. Юқори тана харорати,кулокга,энсага пастга такрорловчи турли оғриқлар билан характерланади.

Рекленгаузен касаллиги. Суяклар декальцияцияси. Картикал қават кичраяди. Суяк илигининг бўшлиғи кенгаяди. Суяк ўсмалари кейинчалик улар кистага айланади. Қонда кальций ва асосий фосфатаза миқдори кўпаяди. Фосфатлар эса камайдди.

Ридел бўқоғи. Калқонсимон безда бириктирувчи тўқимасининг ўсиб кетиши.

Симмаонденинг сурункали атрофик тиреоидити. Калқонсимон без атрофияга учраб бир неча грамгача кичрайиб кетади ва бириктирувчи тўқима билан қопланади.

Хошимото касаллиги, Хашимито лимфатик бўқоқ лимфатик тиреоидит. Калқонсимон безда лимфонд элементларининг кўпайиши билан характерланади. Минерал алмашинув бузилмайди, лекин липид алмашинувида ўзгариш кузатилади. Гипертериоз касаллигида кузатилади.

Диффуз токсик бўқоқ (Базедов касаллиги, Грейвс касаллиги) Генетик детерминланган диффуз бўқоқли, офтолмапатия ва қалқонсимон без тўқамасига нисбатдан антителага эга бўлади аутоиммун касаллик. Касаллик қалқонсимон безнинг диффуз катталишиши ватиреоидит гармонларнинг кўп ишлаб чиқарилиши ва ўз навбатида қатор орган ва системалар функциясининг бузилиши, биринчи навбатда юрак қон томир ва асаб системасининг бузилиши билан намоён бўлади. Касаллик асосан аёлларда 20-50 ёшда учрайди (аёлларда ва эркекларда учраш нисбати 5:1 7:1) Тарқалиши эркекларда 0,03% дан, аёлларда 0,19 гача учрайди. Асосан шаҳар аҳолиси касалланади.

1. Калқонсимон безнинг куйдаги классификацияси қабул қилинган ва ишлатилади.

Бўқоқ классификацияси:

1. Тарқалиши бўйича

1.1. Эндемик.

1.2. Спорадик (ташхисда кўрсатилмайди)

2. Формаси бўйича

2.1. Диффуз

2.2. Тугунли (битта ёки бир неча тугун)

2.3. Аралаш (диффуз тугуни)

Диффуз токсик бўқоқ классификацияси:

1. Катталашиш даражаси бўйича:

I. Без кўзга кўринмайди, палпацияда икки бўлакни боғловчи бўйинга сезилади.

II. Ёнбош бўлақлар палпацияда яхши сезилади, без ютинган вақтда сезилади.

III. Қалқонсимон без катталашгани кўринади.

IV. Бўқоқ яққол кўринади, бўйин конфигурацияси ўзгарган

V. Бўқоқ катта размерда бўлади.

2. Териотаксикознинг оғирлик даражаси бўйича:

Енгил даражаси- пульс 100тадан кўп эмас, тана вазни йўқотилиши 3-5кг, кўз симптомлари аниқланмайди ёки жуда суст ютилишининг охири 24 соатдан кейин. Ўрта оғирлик даражаси- пульс 100-120та дақиқасига, йўқотилган оғирлик 8-10кг, тремор, Систолик босим ошган, диастолик босим тушган, кўз симптомларисезилади, I-3 нани ютилиши 1-соатлардан бошланади меҳнат қобилияти бироз пасайган.

Оғир даражаси- пульс дақиқасига 120-140 дан кўп. Кахексия буйрак усти бези, юрак қон томир системаси фаолияти бузилган меҳнат қобилияти йўқолган.

ВОЗ томиридан (1994й) таклиф килинган бўқоқ ўлчамларининг клиник классификацияси.

1чи даража-бўқоқ йўқ

2чи даража- бўлақларнинг ўлчами бош бармоқнинг дистал қисмидан катта. Палпацияда бўқоқ аниқланади. аммо кўзга кўринмайди.

3чи даража Калқонсимон без кўзга якқол кўринади.Бўйин формаси ўзгарган, юмалоқ, «семиз бўйин» Қалқонсимон безнинг ёнбош қирралари m.sternocleidomastoideus чегарасидан ташқарига чиқади.

4чи даража- бўйин деформацияланган. Калқонсимон безнинг ёнбош қирралари m.sternocleidomastoideus чегарасидан ташқарига чиқади.

5чи даражаси Бўқоқ жуда катта ўлчамда.



2.Диффуз токсик зоб билан оғриган беморларни текшириш таркиби.

2.1. Беморни сўраб суриштириш:

1. Беморнинг касалликга асосланган шикоятлари: Калқонсимон безнинг катталашishi экзофтальм жисмоний зўриқишда юрақуришининг тезлашиши,бўйин томирлари пулсацияси, бўйин,қорин, бош соҳасида томир уришининг сезилиши: юрак соҳасида оғриқ (кардиология):юрак етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган нафас қисишитаъсирчанлик. Кайфиятнинг ўзгарувчанлиги, меҳнат қобилиятининг бузилиши, уйқуга кетишнинг қийинлашиши, уйқуда безовталаниш, тана хароратининг кўтарилиши:Жинсий сферадаги ўзгаришлар.

2. Касаллик анализи : Кўп ҳолларда диффуз токсик бўқоқ секин ривожланади, белгилариаста секинлик билан намоён бўлади. Касаллик узок вақт давом этади, бироқ касалликнинг ўткир кечиши ҳам кузатилади.

3. Хаёт анамнези:беморларнинг яшаш шароити, жойи оилавий аҳволи ўрганилади.

Касаллик физикал текширишлар.

1. Беморнинг умумий аҳволи кўпинча ўрта оғирликда эсхуши ўзида, кўзгалувчанлик тушкун кайфият гапга чечан бўлади.Тана тузилиши астеник.

2. Беморнинг ташқи кўриниши хақида маълумот. Тери қоплами нозик, ажинлар кам бемор ўз ёшига нисбатдан ёш кўринади. Кўп терлайди тери нам ва илик.Қош гиперпитментацияси кийим таъсирлаган соҳа пегментация ва қичишиш бўлиши мумкин. Баъзан бутун танага гиперпигментация бўлиши мумкин соч толалари қуруқ ингичка синувчан осонлик билан тўкилади. Тирноқлари синувчан ингичка шаффоф. Паратибиал микседема-болдир

олдинги сохада терининг жарохатланиши товонда қаттиқ шиш кузатилиши мумкин.

3. Юрак қон томир системасининг текшириш. Жисмоний зўриқишда юрак уриши кучаяди. Доимий тахикардия тана харорати ўзгартирилганда ўзгармайди уйқуда бу ҳолат сақланиб қолади. Юрак уриши 90-150 тагача дақиқасига экстрасистолия ҳам кузатилади. 40 ёшдан ошган беморларда аритмия кузатилиши мумкин. Юрак тонлари баланд эштилади, функционал систолик шовқинлар эштилади.

Тиреотоксикознинг бошланиш даврида юрак чегарали ўзгармайди систолик босим ошади.

4. Нафас олиш системасини текшириш. Кукрак қафаси ўзгаришсиз. Нафас ҳажми камайиб нафас сони ошиши мумкин. –Байсон симптоми, нафас етишмовчилиги кузатилади.

5. Қорин бушлиғи аъзоларини текшириш. Иштаха яхши бўлишига қарамасдан беморлар тез озишади. Ёғли –Базедов –тана вазнинг ошиб кетиши кузатилиши мумкин. Кучли токсик бўқоқда ичаклар пересталтикаси кучайиши мумкин. Тез-тез ич ўтиши, базан ич қотиши, қоринда оғриқ, қайд қилиш кабилар кузатилиши мумкин.

6. Суяк мушак системасини текшириш.

А) Оғир ва узоқ давом этувчи тиреотаксикозда тарқалган, кам намоён бўлувчи остиопароз кузатилади. Тиреод остеопатия қўл бармоқлари фалангасининг кенгайиши.

Б) Касалликнинг эрта ва доимий симптомларидан бири бу мушакларнинг жонсизлигидир. Бу жараён тез чарчашда то мушаклар атрофиясигача намоён бўлади. Кўпинча чаноқ соҳаси, сон, кам холларда елка соҳаси ва қўл мушаклари функцияси бузилади. Беморлар бировнинг ёрдамисиз ўрнидан тураолмайди.

Шерешевский симптоми—бемор бировнинг ердамисиз ўтирган ҳолатида тураолмайди.

Плюшер симптоми –бемор стулга тура олмайди еки майда қадамлар билан юра олмайди.

7. «Locus morbi»

Кўрик вақтида катталашган қалқонсимон безкуринади. Айниқса ютилганда яққол кўринади. Палпацияда қалқонсимон безбўйиннинг олдинги ва ёнбош юзасида палпация қилинади. Бухолда ва диффуз катталашган ҳолда. Қалқонсимон безқонсистенцияси асосан юмшоқ эластик. аммо биров қаттиқ бўлиши мумкин. Бир ёки бир нечта диффуз катталашган тугунлар бўганда аралаш бўқоқ ҳақида гап кетади. Қалқонсимон без ютилганда ҳаракатчан бўлиб атрофдаги туқималар билан бирикмаган.

Бўқоқ катталиги ва тиреоторсикоз ўрталарида ҳеч қандай алоқа йўқ. Диффуз токсик зобда бодомсимон безлар ва бўйинда лимфа тугунлари катталашishi мумкин. **Без устида баъзан пуфловчи систолик шовқин эштилади, палпацияда қалтирашсезилади.**

Офтолмопатик ўзгариш.Кўпкина беморларда кўз олмасининг катталашishi кузатилади. Тиреотоксик экзофтальм. Экзофтальм иккитомонлама симметрик бўлиб, кўз функцияси бузилмаган кўзда иккиланиши бўлмайди.

8. Асосий клиник симптомлар қалқонсимон безнинг диффуз катталашиши – бўқоқ юрак уриши, тиреотоксик экзофтальм.

9. Сўраб суриштириш клиника физикал текширишлар натижасига асосланган ҳолда қўйдаги клиник ташхислар қўйиш мумкин. Диффуз токсик бўқоқ 1-2 даражаси.

2.3 Стандарт схема бўйича диффуз токсик бўқоқ билан касалланган беморларни қўшимча текшириш усулларига қўйдагилар киради.

1. Қоннинг клиник тахлили
2. Сийдикнинг клиник тахлили
3. Қоннинг биохимик тахлили
4. Қалқонсимон безнинг гармонал фонини текшириш
5. Йод метоболизм кўрсаткичларини текшириш
6. Иммунологик тест
7. Қалқонсимон без радиометрияси
8. Қалқонсимон безни радиоизотопли сканерлаш
9. Қалқонсимон безни УТТ қилиш.

1. Қоннинг клиник тахлили: Анемия, лимфоцитоз, ЭЧТ биров ошган.

2. Сийдикнинг клиник тахлили: креатинин ажралиши пасайган

3. Қоннинг биохимик тахлили липид алмашинуви бузилган – эркин ёғ кислоталари ошиши асносида холестерин, лецитин, бетта-липопротеидлар миқдори камайган. Кам ҳолларда эрталаб глюкоза миқдори ошади.

4. Гармонал фонни текшириш: тиреоид гармонларнинг ошиши T_3 (нормада 1,2 -2,7 нмоль/л), T_4 (нормада 70-120 нмоль/л). Тироксиннинг умумий миқдори 130-140 нмоль/л гача ошиши ёки касалликнинг оғирлигига қараб ошиши мумкин. T_3 миқдори ахамиятли ҳисобланади, баъзида T_4 миқдори нормада бўлади. Шунингдек ТТГ (тиреотрон гармон) нинг миқдори кўтарилиб кетиши характерли ҳисобланади.

5. Йод метоболизми кўрсаткичларини текшириш қалқонсимон без функционал активлигининг асосий маркери бутанол экстракти йод (БЭЙ) ва оксил билан бириккан йод (ОББЙ) ҳисобланади. Диффуз токсик зоб учун БЭЙнинг 440 нмоль/лдан ОББЙнинг эса 670 нмоль/л ошиши хос.

6. Иммунологик тест: Тиреостимуловчи иммуноглобулин (ТСИ) топилиши хос. Даво тўғрилиги бўлиб ТСИ нинг бошланғич кўрсаткичдан 35% га ва ундан кўп камайиши ҳисобланади.

7. Қалқонсимон без радиометрияси: Қалқонсимон безнинг радиоактив йодни қамраб олиш даражаси аниқланади. Диффуз токсик бўқоқда қамраб олиш даражаси кучаяди: 24 соатдан кейин 40% дан кўп.

8. Радиоизотоп сканерлаш: Қалқонсимон без ўлчамлари катталашиб йод изотонини бир хил тарқатилганда уни қамраб олиш кучаяди. Бу метод Қалқонсимон безнинг нотўғри жойлашган тўқимасини аниқлаш имконини беради.

9. УТТ: Қалқонсимон без ўлчамларининг катталашиши йўқлигини кўрсатади.

3. Дифференциал диагноз.

Диффуз токсик бўқоқга хос симптомакомплекс (**Мерзбург триадаси-бўқоқ экзофтальм ва тахикардия**) бўлганда ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди. Тўғри ташхис қўйиш қийин бўлади қачонки, бошқа орган ёки системалар паталогияси, масалан юрак қон томир системаси, ошқозон ичак тракти ёки психикатомонидан бўладиган симптомлар устунлик қилганда диффуз токсик бўқоқни бошқа касалликлардан фарқлаш керак бўлади.

Тиреотоксикознинг енгил формасида нейроциркулятордистопия ва неврозлар билан қиёсий ташхис қилиш керак.

Нейроциркулятор дистопияда НЦД касалликнинг ривожланиши тиреотоксикоздан фарқ қилади. Кўз симптомлари бўлмайди. Уйқу вақтида тахикардия тўхтайди. Пульс босими кўтарилмайди. Нейроциркулятор дистопияси бўлган беморда пульс сони 80тадан кам бўлади. Диффуз токсик бўқоқ билан оғриган беморда эса 80тадан кўп бўлади. Невроз учун қуйдаги симптомлар хос: чидамсизлик, тасирчанлик, ўзини ушлаб тураолмаслик диққатнинг бузилиши йиглоқилик сезувчанликнинг ошиши, уйқунинг бузилиши, вегетатив ўзгаришлар оёққўллар уюшиши гипергидроз пульс лабиллиги шунингдек вицерал функциянинг бузилиши.

Диффуз токсик бўқоқ билан касалланган беморнинг қўли илик ва нам бўлса невродистонияси бўлган беморларда совуқ, ёпишқоқ тер хисобига ҳам бўлади. НЦД асосан ёшларда учраса, невроз эса климактерик даврда аёлларда менструал цикл тугагандан кейин учрайди (45-50 ёшларда). Климактерик неврознинг асосий кўриниши, бу кўкракнинг юқори қисми ва юзда қон оқимининг кучайиши бўлиб исиб кетиш хисси тер ажралишининг кучайиши, юрак уриши, бош айланиши, кузатилиши, куз олдининг қорайиши баъзан нафас олишнинг ўзгариши билан намоён бўлади. Бу ҳолатлар асосан кечаси кузатилади. «Исиб кетиш» хисси доимий эмас бир неча секунд ёки минут давом этади. Диффуз токсик бўқоқда клиник симптомлар хуружсимон булмасдан балки доимий бўлади, лаборатор ва инструментлар тестларда қалқонсимон без функциясининг кучайганлиги кузатилади.

Тиреотоксикоз ва ревмокардит учун умумий бўлиб нимжонлик, юрак уриши, нафас қисиши субфебрил тана харорати ҳисобланади. Бироқ ревмокардитда жисмоний зуриқишда тахикардия кучайиб тинч ҳолатда камаяди. Қушимча текширишларда эса ревматоид фактор мусбат бўлади.

Сурункали токсико-аллергик тонзилитда кўп терлаш юракдаги оғриқ, юрак уришидан устунлик қилади. Қўллардаги бармоқлар қалтираши диққат бошқа нарсага тортилганда тўхтайди, интоксикация сабабли тана массасининг камайиши, иштаханинг пасайиши кузатилади.

Диффуз токсик бўқоқнинг оғир турини ёши катта беморларда атеросклеротиккардиосклероз билан дифференциал ташхис қилинади. Атеросклеротик кардиосклерозда диффуз токсик бўқоқда учрамайдиган симптомлир, II –тон акценти бўлган аорта атеросклерозива уларнинг устида систолик шовқин эшитилади. Гиперхолестеринемия, юрак соҳасидаги регуляроғриқлар, жисмоний зўриқишдаги тахикардия, тана массасининг ўзгармаслиги каби белгилар хос.

Энцефалитда навбатдаги белгилар кузатилади, касаллик ўткир бошланиб тана харорати кўтарилади, бош оғриги, айланиши, кунгил айниши, нейросимптоматика билан кечади, шунингдек, вегетатив ўзгаришлар,

иммитирловчи тиреотоксикоз, экзофтальм, Қалқонсимон безнинг йод йиғувчи функцияси ошади. Шунинг учун қондаги оксил билан боғланган йод ва эркин тироксин миқдори аниқлаш керак бўлади.

Айрим ҳолларда диффуз токсик зобда мушакларнинг кучли атрофияси кузатилади. Бундай ҳолатда миопатия билан кечувчи неврологик касалликлардан фарқлай олиш керак. Жуда кам ҳолатларда спонтан ривожланибдеярли бутунлай ҳаракатсизликга олиб келувчи тиреотоксик қайталанувчи шоллик кузатилади. Бунда доим гипокалиемиа бўлади. Тиреотоксик шолликни олдини олиш мақсадида калий ва беттаблокаторлардан фойдаланилади.

Бундан ташқари диффуз токсик бўқоқ ташхисини қуяётганда кучли вегетатив ўзгаришлар билан кечувчи гипертония касаллиги I-Пдаражаси,гипофиз ўсмаси, қандли диабет, феохромоцитома, адиссон касаллиги, сурункали энтероколит, жигарнинг органик жароҳатлари (ўсма, цирроз), туберкулёз каби касалликларни эсдан чиқармаслик керак.

Диффуз токсик бўқоқ билан оғриган беморлар қон зардобдаги T_3 ва T_4 миқдори ошган. Шунинг эсда тутиш керакки умумий тироксиннинг қон зардобдаги миқдори кўпайганлиги бу қалқонсимон без функциясининг кучайгани дегани эмас.

Тироксин боғловчи оксилнинг кўпайиши (оилавий дисалбуминэмик гипертироксинемия) деб номланувчи синдром бўлиб, унда эркин T_3 , T_4 ва ТТГ нинг нормал кўрсаткичларида, умумий T_4 ва тироксин боғловчи оксилнинг(асосан альбумин) концентрацияси юқори бўлади. Бу ирсий касаллик бўлиб, Х-хромасомага бирикган ҳолда наслланади.

Тиреоид гормонларига резистентлик синдромида T_3 ва T_4 нинг қон зардобдаги миқдори ошади, бу доминант белги ҳисобланади.

Йод-Базедов феномени. Бунда йод препаратининг меёридан ортиқ истемол қилинганда ёки йод танқис ҳудудда яшовчи одамларда тиреотоксикоз клиникаси келиб чиқади.

Бу ҳолат йод етишмовчилиги туфайли гиперплазияга учраган қалқонсимон безнинг ёғқамраб олиши билан боғланади. Бу эса ўз навбатида тиреоид гормони секрециясининг ошишига олиб келади.

4. Ташхис қўйиш ва уни асослари.

1.Асосий- диффуз токсик бўқоқ 1-2 даражаси

2. Асорати- асосий касалликники агар бўлса

3. Йулдош касаллик .

5. Диффуз токсик бўқоқ билан оғриган беморларни даволаш.

5.1 Даво тактикасини танлаш. Диффуз токсик бўқоқнинг енгил ва ўрта оғир турини даволаш стационарда бошланади, бунинг иложи бўлмаганда компенсацияга эришиш учун вақтинча ётоқ тартиби ўрнатилади.

Диффуз токсик бўқоқ билан оғриган беморларни даволаш 3 хил усулда ўтказилади.

1- Тиреотоксик препаратларни узоқ вақт қабул қилиш

2- Доволовчи дозадаги радиоактив йод ва тиреотоксик препаратларни биргаликда қабул қилиш

3- Тиреотоксик препаратларни олдиндан қўллаб кейин жаррохлик аралашуви билан

5.2 Патогенетик асосланган консерватив даво. Юқори миқдордаги тиреоид гармонлари нормал кўрсаткичда туширишга қаратилган.

1) Тартиб – тушак

2) Диета- нормал тана вазнини тиклагунча юқори энергетик қийматли озуқа.

Рациондаги оқсил миқдори 1-1,5г/кг, эга ва углеводлар нормал миқдорда. Озуқа таркибивитамин минерал тузлар асосан кальций ва йодга бойилган бўлиши керак. Ўткир таомлар чой, кофе шоколад рациондан олиб ташланади.

3) Медикаментоз даво:

• Тиреотоксик препаратлар а)тиоцразия хосилалари б)имидазол хосилалари.

• Йод препаратлари.

• Бета-адреноблокаторлар:

• Симпатолитиклар

• Кортикостероидлар

• Калий препаратлари.

• Калпекрин –кинин системаси блокаторлари

• Иммунокоррекцияловчи терапия

• Нерв системаси қўзғатувчанлигини пасайтирувчи препаратлар

5.3 Оператив даво ва унинг кўрсатмалари.

Диффуз токсик бўқоқда О.В. Николаев бўйича қалқонсимон без субтотал субфасциал резекция қилинади.

Оператив давога кўрсатма:

1.4-6 ойлик консерватив давонинг самарасизлиги.

2. Қалқонсимон безнинг 4-5 даражагача катталашиши.

3. Қалқонсимон без катталашиб бўйин соҳасидаги аъзолариникишиб олиши.

4.Тиреотоксикознинг оғир кечиши.

5. Аллергия ва гранулоцитопения таъсирида мерказолилнинг бекор қилиниши.

6. Қайталанувчи диффуз токсик бўқоқ.

7.Тиреотоксикоз асоратлари,энцефалопатия офтальмопатия.

8.Қандли диабет бўлган беморларда диффуз токсик бўқоқнинг асоратланиши.

9.бўқоқнинг тугунли,атипик аберант формалари.

10. Хомиладорлик ва лактация даврида

11. Хилпилловчи аритмия билан асоратланган бўқоқнинг оғир турида.

5.4 Операциядан кейинги асоратлари

• Операцияданкейинги гепотероид криз

• Қайтувчи нерв жарохатланиши, қилиши.

• Гипопаратериоз тетания.

• Эрта 6 ойгача гипотиреоз

• Кеч гипотериоз

• Касалликнинг қайталаниши

• Пастиреотоксик энцефалапатия

5.5. Шошилиш ёрдам

Диффуз токсик бўқоқ билан оғриган беморларда тиреотаксикоз криз ривожланиши мумкин. Беморларнинг 1-12х да учрайди Кризнинг бошланғич 2 кунда 25-30%гача ўлим кузаталади. Тиреотоксик кризда барча симптомлар кучли намоён бўлади.

Даво муолажаларини тезда, касалликнинг биринчи симптомлари бошланганидан бошлаш керак. Специфик даво гармон миқдорини камайтиришга асаб вегетатив ва юрак қон томир системасига ўзгаришлари йўқотишларга буйрак усти бези етишмовчилигини ва гипоксиясини, дегитрацияни, гипертермияни бартараф этишга қаратилган.

Медакаментоз даво.

- 5%ли Глюкоза тайёрланган натрий йодид 1% Люгол эритмаси билан
- Мерказолил, 60-100мг суткасига
- Гидрокартизон 100мг дан ҳар 6-8 соатда ёки преднизалон 200-300 мг суткасига
- Юрак гликозидлари: строфантин 0,05% 1-2 мл 5%ли глюкоза эритмасида вена ичига томчиланиб.
- Протеаз ингибиторлари: 4000ЕД контрикал 500мл натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилиб вена ичига
- Адреноблвквторлвр : резерпин 0.25-0.5 мг дан ҳар 4 соатга ичишга ёки 2.5 дан 6-8 соатда мушак орасига
- Седатив даво барбитуратлар, бромидлар
- **5.6 диагностика даво ва муолажалар тури.**
- К.Бнинг пальпациялаш.

6. Диффуз токсик бўқоқ асоратларини ташхослам ва уларни даволаш.

Асосий касалликнинг 4 хил кўринишдаги асоратлари фарқланади.

1. ГРУППА. Даво муолажалари ёки оператив аралашувдан кейинги асоратлар тиреотоксик криз. овоз бойламлари парези. Гиротериоз . гипопаратериоз

2. ГРУППА. Тиреотоксикоз асоратлари- нервоз, энцефалопатия, экзофтальм ички аъзолар томонидан ўзгариш.

3. ГРУППА. Асосий касаллик асоратлари-пастиреотоксик гипертензия , офтальмапатили, постиреотоксик миокардиопатия, семизлик жинсий безлар функциясининг бузилиши.

7. Диффуз токсик бўқоқ билан оғриган беморларни диспансеризация ва меҳнатга лаёқатини аниқлаш.

Диффуз токсик бўқоқ билан оғриган беморлар стационарда даволаниб чиқгач яшаш жойидаги поликлиникада эндокринолог назоратида туради. Улар касаллик варақасини узайтириш ёки қисқартиришни ҳал қилади. Операция қилинган беморлар паралел равишда хирург кўригида бўлишади.

Эутиреоид бўқоқ.

Эутиреоид бўқоқ-қалқонсимон безнинг диффуз ёки тугинли катталашиши б.б йод танқис бўлган ҳудудларда учрайди, Қалқонсимон без функцияси ўзгармаган , шу сабаб ҳам «нетоксик зоб» дейилади. «Тугунли эутиреоидли бўқоқ» термини К.Б даги барча ўчоқли ҳошияларни бирлаштириб бир бирига марфологик структураси бўйича фарқ қилади. Марфологик жиҳатдан тугунли эутиреоид бўқоқнинг қуйидаги формалари фарқланади. Фоликуляр аденома

,коллоид бўқоқ, солитар киста қалқонсимон без ўсмаси ёлгон тугунлар ҳосил қилувчи аутоиммун тиреоидит. Касалликнинг тарқалиши оилавий. Асосан аёлларда.

2.Эутиреоид билан оғриган беморларни текшириш тартиби.

2.1Беморни сўраб суриштириш.

1.Шикоятлари: қалқонсимон безнинг ҳар хил ўлчамларда катталашиши. Бўқоқ билан боғлиқ бўлган маҳаллий ўзгаришлар, Буйин соҳасида босим ҳисси,тўсатдан бошлановчи йўтал хуружи. Бош айланиши, оғриши, бўйин соҳасидаги катта томирларнинг босилиши ҳисобига.

Нафас қисилиши кузатилиши мумкин. Баъзан қизилўнгачнинг қисилиши натижада ютиниш қийинлашади. Шунингдек симпатик асаб пояларининг таъсирланиши натижада қатор вегетатив ўзгаришлар кузатилади.

2.Касаллик анамнези: кўп ҳолларда касаллик секин бошланиб симптомлари аста-секин намоён бўлади.

3. Ҳаёт анамнези: беморнинг яшаш манзили ва яшаш шароити аниқланади.

2.2 Клиник физикал текшириш

1. Беморнинг умумий аҳволини баҳолаш. Беморнинг аҳволи эутиреоид бўқоқнинг размери ва формасига боғлиқ. Эс-хуши ўзида

2. Беморнинг ташқи кўриниши, тери қопламалари одатий ранги,юз терисининг шиши кузатилиши мумкин.

3. Юракқон томир системасининг текшириш. Ахамиятли ўзгаришлар йўқ

4. Нафас олиш системасини текшириш,кўкрак қафаси ўзгаришсиз, нафас қисиши, хансираш кузатилиши мумкин.

5.Қорин бушлиғи аъзоларини текшириш,паталогик ўзгариш йўқ.

6.Суяк мушак системасини текшириш. Паталогик ўзгариш йўқ.

7. «Locusmorbi»

Пальпацияда:

буйиннинг олди ва ёнбош юзасида диффуз катталашган қалқонсимон без пальпация қилинади. Қалқонсимон без консистенцияси асосан юмшоқ эластик, аммо баъзан нисбатан қаттиқ бўлади. Бир ёки бир нечта тугун бўлганда тугунли бўқоқ дейилади. Қалқонсимон без ютунганда ҳаракатчан бўлиб бошқа тўқималар билан бирикмаган.

8. Асосий клиник белгилар: Қалқонсимон безнинг диффуз катталашиши бўқоқ, ёки қалқонсимон без тўқимасида тугунлар бўлса тугунли бўқоқ дейилади. Диффуз катталашган тугунлар билан биргаликда бўлса аралаш типдаги бўқоқ дейилади.

9. Сўраб суруштириш ва клиник физикал текширишларга асосланган ҳолда тахминий клиник ташҳис қўйиш мумкин.

2.3 Эутиреоид бўқоқ билан оғриган беморларни қўшимча текшириш усуллари.

1. Қоннинг клиник таҳлили.

2. Пешобнинг клиник таҳлили.

3. Қоннинг биохимиявий таҳлили.

4. К.Б гармон фонин текшириш

5. Йод метоболизм кўрсаткичларини текшириш .

6. Иммунологик тест.

7. К.Б радиометрияси.
8. Радиоизотопли сканерлаш.
9. Қалқонсимон безни УТТ

1. Қоннинг клиник тахлили: Ўзгаришсиз
2. Пешобнинг клиник тахлили: Ўзгаришсиз
3. Қоннинг биохимиявий тахлили: Ўзгаришсиз

4. Қалқонсимон без гармон фонин текшириш: Тиреоид гармонлар норма кўрсаткичда. (Т3-Т4-ТТГ)

5. Йод метоболизм кўрсаткичларини текшириш қалқонсимон без функционар активлигини асосий маркери бутанолэкстрагирловчи йод (БЭЙ) ва оксил билан бираккан йод (ОББЙ) ҳисобланади. Эутиреоид зобда БЭЙ ва ОББЙ кўрсаткичлари норма бўлади.

6. Иммунологик тест: Ўзгаришсиз

7. Қалқонсимон без радиометрияси. Қалқонсимон безнинг радиоактив ёдни камраб олиш даражаси Ўзгаришсиз.

8. Радиоизотопли сканерлаш. Диффуз формасида Қалқонсимон без катталашади, тугунли формасида эса без туқимасида «совуқ тугун» бўлади.

9. қалқонсимон безни УТТ Қалқонсимон без ўлчамлари катталашган ва унда тугунлар анниқланади.

3. Дифференциал ташхис.

Дифференциал ташхис сурункали аутоиммун тиреоидит. Риделнинг фибропластик бўқоқи, бўйиннинг ёнбош ва ўрта кисталари, кўкс оралиғи ўсмаси ва кистаси, бўйин лимфа тугунларига метастаз берувчи қалқонсимон без раки.

ХОШИМОТО БЎҚОҚИ- Қалқонсимон без туқимаси аутоиммун антителаси титри юқори, Қалқонсимон без сканер қилинганда мозаник куринишда, Преднизалон синамасидан кейин Қалқонсимон без ўлчами кичраяди.

РИДДЕЛНИНГ ФИБРОПЛАСТИК БЎҚОҚИ- Қалқонсимон без қаттиқ дағал юзали бўлиб атрофдаги туқималар билан бирикиб кетган, бироқ териға бирикмаган.

БЎЙИН КИСТАЛАРИ- бўқоқда фарқли равишда ютилганда жойидан қўзғалмайди. Радиоактив йодни ўзига тўпламайди.

КУКРАК ИЧИ БЎҚОҚИ- Ўсмадан фарқ қилган холда ютинганда ва юталганда ҳаракат қилади, радиоактив йодни тўплайди. Рентгенограммада анниқ контур кўринади.

Қалқонсимон безнинг ёмон сифатли безларида тошдек қаттиқ бўлиб ҳаракат қилинмайди радиоактив йодни тўпламай ёки жуда кам миқдорда тўпланади. Касалликнинг 2чи бочқичида регионар лимфа тугунлари метастаз пайдо бўлади 3чи стадиясида (отдаленный метостаз)

Ўсманинг специфик маркери б.б қондаги тиреоглобулиннинг кўтарилган миқдори ҳисобланади. Шунингдек пункцион биопсия ҳам қилинади. Касаллик хос белгилар ташхис қўйишда ёрдам беради.

4. КЛИНИК ТАШХИС ҚЎЙИШ ВА УНИ АСОСЛАРИ

1. Асосий диффуз (тугунли, аралаш) нетоксик бўқоқ 1-5 даража
2. Асосий касаллик асорати .

3. Йўлдошқасаллик.

5.Эутиреоид бўқоқ билан касалланган беморларни даволаш

5.1.Даво тактикасини танлаш.

1.Консерватив

- Узоқ-вақтдавомида йод қабул қилиш
- Тиреоид гармонларнинг даволовчи дозада қабул қилиш.

2.Хирургик даво.

5.2 патогенетик асосланган генетик даво.

Эутиреоид ҳолатни, сақлаб туришва Қалқонсимон без катталашишини олдини олишга қаратилган.

1.Тартиб умумий

2.Диета –норма миқдордаги углевод, оксил ва ёғлар сақланган таомнома.Таом таркиби кўп миқдорда витамин ва минераллар асосан кальций ва йод бўлиши керак.Аччиқ таомлар чой кофе шоколадрациондан бекор қилинади.

3.Медикаментоз даво.

Оддий нетоксик бўқоқни тугунли формага ўтмаслиги у.ч тиреоид гармонлар тироксин 0.15 -0.20 мг суткасида ичилади. Шунинг у.н Индометацин қўйидаги схемада ишлатилганда яхши натижа беради. 2 ҳафта давомида 1 табдан 3 марта , 2 ҳафта 1 табдан 2 марта , 4 ҳафта 1 табдан 1 марта . Шу даво муолажасидан кейин К,Б юмшоқланиб ундаги совуқ тугунлар кўрсатилган вақтидан кейин камайди. Тугун ривожланган формасида бу даво 55-65%гача тугун ўлчамини камайтиради. Тиреоид гармон оптимал дозаси,дозанинг ошириб юбориш белгилари пайдо бўлгунча ваТ3,Т4,ТТГ нинг қондаги миқдориға қараб белгиланади.

5.3Оператив даво ва унга кўрсатма

Оператив даво гемиструмэктомия.

Оперативдавоға кўрсатма.

1. Тугунли ва аралаш форма
2. Бўқоқнинг катта ўлчами
3. Ёнда жойлашган аъзоларнинг қисилиши.
4. Бўқоқнинг ёмон сифатли ўсмага ўтиш эҳтимоли

5.4Операциядан кейинги асоратлар

- Қайтувчи нервнинг жарохатланиши
- Гипопаратериоз , тетания.
- Эрта гипотериоз
- Кеч гипатериоз
- Касалликнинг қайталаниши.

6.Асоратларни ташхислаш ва даволаш

Асосий касалликнинг асоратлари

- Бўқоқға қон қуйилиши
- Обезветвление зобв
- Илликланиш
- Ёмон сифатли ўсмага ўтиш.

Адабиётлар

1. Эндокринология. Клинические рекомендации. / Под ред. Дедова И.И., Мельниченко Г.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2007. – 304 с.
2. Эндокринология. Национальное руководство. / Под ред. Дедова И.И., Мельниченко Г.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2008. – 1072 с.
3. Хирургическая эндокринология: рук. / Под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшева. – СПб.: Питер, 2004. – С. 84-268.
4. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. – СПб.: Вести. – 2009. – 16-496 с.
5. Петунина Н.А., Трухина Л.В. Болезни щитовидной железы. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2011. – 216 с.
6. Эндокринная хирургия: рук. / Под ред. С.С. Харнаса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 11-129.
7. Внутренние болезни по Дэвидсону. Эндокринология: учебное пособие. / Под ред. Николаса А. Буна, Фадеева В.В. – М.: ГЭОТАР-Медиа – 2009. – 176 с.
8. Фадеев В.В. Заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита. Эпидемиология, диагностика, лечения. – М.: Издательский дом Видар-М. – 2005. – 240 с.
9. Трошина Е.А., Платонов Н.М. Заболевания щитовидной железы. Ультразвуковая и морфологическая диагностика. – М.: РКИ Соверо пресс. – 2008. – 131 с.
10. Қондратьева Т.Т., Павловская А.И., Врублевская Е.А. Морфологическая диагностика заболеваний щитовидной железы// Практическая онкология, 2007 – Т.8, №1. – С. 9 – 16.
11. www.moodle.sammi.uz