

**DIFFUZ TOKSIK BUQOQ (BAZEDEV YOKI PERRI KASALLIGI)  
DIFFUZ TOKSIK BUQOQNING FERTIL YOSHDAGI  
AYOLLARDA UCHRASHI**

*Eshboyeva Kamola Baxodir qizi  
Xolberdiyeva Nodira Mirza qizi  
Aralova Jamila Husniddin qizi  
Yuldoshev Inoyat Baxodir o'g'li  
Ilmiy raxbar: Togayeva G.S.*

**Anotatsiya:** Ushbu maqolada siz fertil yoshdagi ayollarda diffuz toksik buqoqning kelib chiqish sabablari, kasallikning ayol organizmida kechishi, diagnostika qilish va davolash haqida ma'lumot berilgan

**Kalit so'zlar:** fertil yosh, DTB, ekzoftalm, Reprev Melikov simptomi

Ayollarning fertil yoshi- bu bolaligidan farzand ko'radigan davri. Biz bilamizki jinsiy rivojlanish davri 12-13 yoshdagi qizlarda sodir bo'ladi. Tug'ish yoshining yuqori chegarasi 49 yoshgacha hisoblanadi.

Ayollar jinsiy a'zolari kasalliklari va gormonal faoliyatining buzilishlari ko'p uchrashi jihatdan (33,6) ikkinchi omil hisoblanadi ( homiladorlik, hayz siklining buzilishi, farzand ko'rish orzusida bo'lgan holda bo'yida bo'lmaslik). Diffuz toksik buqoq bilan 20-50 yoshgacha bo'lgan ayollar kasallanadilar. Kasallikning ayollarda ko'p uchrashiga, ularda jinsiy bezlar va gipotaloma-gipofizar sistema faoliyatidagi o'zaro normal munosabatlarning birmuncha ko'p buzilishi sabab bo'ladi va bu qalqonsimon bez gormonlari faol sintez qilinishi bilan o'tadi. DTB irsiy va autoimmun holatda rivojlanishi mumkin.

Kasallikning kelib chiqishida eng asosiy omillardan biri-irsiy beriluvchanlikdir. Irsiy beriluvchanlik asosan resessiv gen orqali o'tadi. Bu ayollarda endokrin moyillik, ya'ni homiladorlik, menstrual sikl, emizish davri, klimaks davrlari ko'proq bo'lganligi uchun ko'proq uchraydi.

Kasallik immun nazoratining tug'ma nuqsoni natijasida kelib chiqadi degan ehtimol bor. T-limfotsitlarning populyatsiyasidan biri T-supressorlar yetishmovchiligi yoki undagi genetik nuqsoni bo'lganida ularning proleferatsiyasi va jonlanishi yuz beradi. Bunday limfotsitlar kloni - «ta'qib ostiga olingan» limfotsitlar deb nomlanadi. Ana shu klondagi limfotsitlar qalqonsimon bez antigenlari bilan birikib birgalikda ta'sir qila boshlaydi. Bu jarayonga V-limfotsitlar ham qatnashadi va antitelalar paydo bo'lishiga javob beradi. V-limfotsitlarning T-xelper deb nomlangan subpopulyatsiyasi va plazmatik to'qimalar qalqonsimon bezni stimulyatsiya qiladigan G immunoglobulin sinfiga mansub bo'lgan immunoglobulinlarni sintez qiladi. Mana shunday tarzda qalqonsimon bezni stimulyatsiya qiluvchi immunoglobulinlarni limfotsitlar ishlab chiqara boshlaydi.

Bemorlarning shikoyatlari quyidagilarga bo'ladi: tez charchashlik, tez asabiylashish, umumiy darmonsizlik, ko'p terlash, parishonxotirlik, oyoq-qo'llar qaltirashi, tamog'ida noqulaylik his qilish, yurak tez urishi, o'yqu buzilishi, tez hayajonga tushishi, subfibril harorat, vaznini yo'qotish, ish qobiliyatining susayishi.

Ba'zan bemorlar bo'yin oldingi yuzasining kattalashishiga, ko'z chaqchayishiga (ekzoftalm), oshqozon-ichak faoliyatining tez-tez buzilib turishiga, ayollar esa menstrual siklining buzilishiga shikoyat qiladilar.

3rasm. Diffuz toksik buqoqda ekzoftalm.

Bemorlar odatdagidan hovliqmaroq, besaramjon, bezovtaroq bo'lishadilar. Ortiqcha harakat qilishib, ko'proq gapiradigan bo'ladi. Kayfiyati tez o'zgaruvchan bo'ladi. Agar kasallik epifizar tog'aylanish davrigacha boshlangan bo'lsa bo'yi (bo'y



o'sishi odatdagidan tezlashgan bo'lib tengqurlaridan bo'y uzunligi yuqori bo'ladi) normadan balandroq bo'ladi. Bemorlarning tashqi ko'rinishidan badjahl, g'azabli, qo'rqqan qiyofada bo'ladi (Reprev –Melikov simptomi). Terisi iliqroq, yuqalashgan, namligi biroz oshgan.

Kasallik uchun ko'z tomonidan bo'ladigan o'zgarishlar ko'proq karakterli bo'ladi. Ko'z tirqishlari anchagina kengaygan, shu sababdan ham bemorlarning qiyofasi hayratlangan, g'azablangan va qo'rqqan odamlar qiyofasida bo'ladi. Ko'zlarning fiziologik yumib-ochilishi (pirpirash) odatdagidan kamaygan (Shtelvaga simptomi). Bemorlar pastga qaraganda yuqori qavoq bilan kuzning rangi pardasi oraligida ok chiziq bo'ladi (Grefe simptomi). Bu yuqori qavoq mushaklarining o'z vaqtida pastga qo'ymasligi natijasida kelib chiqadi. Bemorlar yuqoriga qaraganda esa pastki qavoq bilan ko'zning rangli pardasi oralig'ida oq chiziq paydo bo'ladi (Koxer simptomi). Ba'zan bemorlar tug'ri qarab turgan vaqtda yuqori qavoq bilan ko'zning rangli pardasi oralig'ida oq chiziq paydo bo'lishi mumkin (Delrimpl simptomi). Ko'z atrofida teri pigmentatsiyasi paydo bo'lishi, buyrak usti bezining yetishmovchiligi a'lomatidir (Yelleinek simptomi). Ba'zan qovoqlar yopilganda mayda uchishi kuzatiladi (Rozenbax simptomi).

DTB kasalligida eng ko'p uchraydigan belgilardan biri ekzoftalmni V. G. Botkin uchta og'irlik darajada bo'lib o'rganishni taklif qiladi: 1 darajali oftalmopatiyada (yengil forma) – uncha katta bo'lmagan ekzoftalm ( $15, 9 \pm 0,2$ ), qonyuktiv va ekstra okulyar mushaklar tomonidan funksional o'zgarish bo'lmaydi. 2-darajali oftalmopatiyada (o'rtacha og'ir formasi) –anchagina ekzoftalm kuzatiladi ( $17, 9 \pm 0,2$

mm), qon'yuktiv va ekstraokulyar mushaklar tomonidan anchagina funksional o'zgarishlar paydo bo'ladi: Bu forma uchun ko'zlarda qichish, yoshlanishi va doimiy bo'lmagan diplopiya harakterlidir. 3- darajali oftalmopatiyada (og'ir daraja) –kuchli ekzoftalm ( $22, 8 \pm 1, 1\text{mm}$ ), bo'lib, doimiy diplopiya ekstraokulyar mushaklar funksiyasi tomonidan jiddiy o'zgarishlar, ko'rish nervining atrofiyasi paydo bo'lishi mumkin.

Kasallik klinikasida markaziy va periferik nerv tizimi tomonidan buzilish ham eng asosiy belgilar bo'lib hisoblanadi. Butun tanada umumiy qaltirashi (titrashi) paydo bo'ladi («telegraf ustuni» simptomi), ba'zan esa tananing ayrim qismlarining alohida titrashi (tilni chiqarganda, qavoqlarni tushurganda) kuzatiladi

Qo'lni oldinga cho'zib, erkin va bo'sh tutgan paytda mayda titrash kuzatiladi (Mari simptomi). Dermografizm ancha tez, kuchli, turg'un va kizil bo'ladi. Bemorlar odatda, yurgan paytda yoki zinadan ko'tarilayotgan vaqtlarda oyoq mushaklarining umumiy quvvatsizligiga shikoyat qilishadilar.

Davriy paralich (periodik paralich), yoki tiriotoksik mioplegiya, ya'ni bemorda nahosdan qisqa muddatli, hurujli quvvatsizlik, holsizlik paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Bu odatda bemorlar yurib ketayotgan paytida yoki uzoqroq turib qolgan paytlarida kuzatilishi mumkin. Kasallikning og'ir formalarida hamma tayanch mushaklarining paralich kelib chiqishi mumkin. Bu xildagi hurujlar antitireoid terapiya o'tkazilgandan keyin tezda o'tib ketadi. Huruj bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi mumkin. Bunday hurujlarning kelib chiqishida tireotoksik miyeloensefalopatiya hamda qon zardobdagi kaliy miqdorining kamayishi eng asosiy patogenetik mexanizm bo'lib hisoblanadi.

Bundan tashqari trofik o'zgarishlar: soch to'qilishi, tirnoqlar yuqalishib sinuvchan bo'lib qolishi, kabi belgilar kuzatilishi mumkin. Bemorlar doimiy yoki dam-dam issiqlik his qilishi, bosh ogrigi, eslash kobiliyatining pasayishi paydo bo'ladi. Bemorlar psixikasining o'zgarishi-kayfiyatining o'zgaruvchan bo'lib turishi, uyqusizlik, tez asabiylashish kabi ko'rinishida kechadi.

Endokrin tizimi. Kasallikda qalqonsimon bez funksiyasining buzilishi bilan birga boshqa ichki sekresiyasi tomonidan ham o'zgarishlar kuzatiladi. O'rtacha og'ir va og'ir formalarda ayollar hayz ko'rish siklining buzilishi (gipo yoki aminoreya) paydo bo'ladi. Kasallikning og'ir va uzoq muddatda kechadigan formalarida tuxumdon, bachadon va sut bezlari atrofiyasi kelib chiqishi mumkin. Bolatashlash, po'shtsizlik, qultiq osti sohalardagi tuk to'qilishi kuzatiladi. Erkaklarda potensiya susayadi.

Buyrak usti bezining funksional holati dastlab kuchayadi, keyinchalik kasallik ogirlashib borishi bilan susaya boradi. Bunday o'zgarishlar ham tireoid gormonlarining ta'sirida kortizol metabolizmi kuchayishi natijasida kelib chikadi. Buyrak usti bezi yetishmovchiligi- adinomiya, melanodermiya (bazedov pigmenti), arterial qon bosimining pasayishi, dimfotsitoz, eozinofiliya kabi klinik ko'rinishda kechadi. Ayrisimon bez va butun limfa tizimining giperplaziyasi (taloq, limfa tugunlar, til ildizi surg'ichlari kuzatiladi. Bunday o'zgarishlarni «timiko-limfatik status» degan umumiy klinik sindrom bilan nomlanadi. Bu guruhdagi bemorlar tashqi «ruhiy zarbaga» nisbatan adaptatsion reaksiyasi juda susaygan bo'lishadi. Shuning uchun ham bunday bemorlar, operatsiya stuliga alohida tayyorgarlikdan keyingina olinadi, aks holda behosdan o'lib qolishi mumkin.

Vujudga kelgan homiladorlik o'z navbatida kasallikning klinik kechishiga salbiy ta'sir qila boshlaydi. Homiladorlikning birinchi haftasida kasallik simptomlari kuchaya boradi, ikkinchi yarmida esa biroz kamayadi. Bu tiroksin gormon bilan oqsillar birikishining kuchayishi natijasida namoyon bo'ladi.

DTB kasalligining diagnozi umumiy klinik simptomlar majmuasiga va qo'shimcha tekshirish usullarining natijalariga asoslanib qo'yiladi.

Qalqonsimon bezning funksional holatini tekshirish uchun qon zardobidagi umumiy tiroksin va triyodtironin, hamda TTG miqdorini aniqlash eng ishonchli testlardan bo'lib hisoblanadi.

Qalqonsimon bezni UTT usuli yordamida bezning kattalashish darajasi bilan birgalikda bez tshqimasining exogenligini ham aniqlash imqoni bo'ladi. Yo

Qalqonsimon bezni skanogramma qilish. Bu usul qalqonsimon bezning bo'shliklarida J131 ning taqsimlanishiga asoslangan bo'lib, bezning topografik, morfologik va funksional holatini aniqlash imqonini beradi. Tekshirish skaner degan apparati yordamida olib boriladi. Qalqonsimon bezda J131 ning taqsimlanishi bo'yicha qog'ozda oq-qora chiziqlar bilan tasvir beradi. Bemorga nahorda indiqator dozada radiaktiv yod (20-100mkKI) ichiriladi. Bu usul qalqonsimon bezning bo'limlarini alohida o'rganish, bezning to'sh ortida joylashganligini hamda «issiq va sovuq» tugunchalarni ajratish imqonini beradi. Yodning eng ko'p miqdori so'rilishi «issiq» tugunlarda qayd qilinadi.

Kasallik neyrotsirkulyator distoniya, revmakardit, revmatik yurak poroklari, tuberkulyoz, aterosklerotik kardioskleroz, rak va shu kabi kasalliklar bilan differensial diagnoz qilinadi.

DTB kasalligini davolashda to'g'ri mehnat rejimini va to'g'ri dam olish rejimini belgilab berish, oqsil va vitaminlarga boy bo'lgan oziq ovqat mahsulotlarini buyurish, ruhiy osoyishtalik va normal uyqu rejimini ta'min qilib berish juda katta ahamiyatga ega. O'rtacha og'ir va og'ir formalariga chalingan bemorlar stotsionar sharoitida yotib davolanish tavsiya qilinadi.

Qalqonsimon bez funksiyasini normallashtirish maqsadida uch xil davo usuli o'tkazilishi mumkin: medikamentoz terapiya (antitireoid preparatlar: merkazolil, perxlorat kaliy, metiltiouratsil), xirurgik va radiaktiv yod bilan davolash.

Medikamentoz davolash uchun ko'rsatma bo'lib kasallikning yengil formali, qalqonsimon bezining 1-2 dar. Kattalashishi, o'rtacha og'ir formalarida agar bemor 4-6 oy davomida kasallikning asosiy simptomlari kamaymasa operatsiya uchun xirurgga topshiriladi.

Buqoq to'sh orti sohalarida joylashishi, homiladorlik, emizish davri, qonda leykopeniya va neytropeniya holatlarida medikamentoz terapiya ya'ni tireostatik preparatlar tavsiya qilinmaydi.

Antitireoid preparatlar bilan davolash har bir bemor uchun individual olib borilishi lozim. Kasallikning yengil va o'rtacha og'ir formalarida 20-30 mg (2 tab. -10 mg dan 2-3 marta buyuriladi, kaliy perxlorat 0,25 g dan 2-3 martaga, kasallikning o'rtacha og'ir va og'ir formalarida esa antitireoid 2 tab. (10 mg) dan 3-4 martaga, ba'zan sutkalik dozasi 60 mg. gacha buyurish tavsiya qilinadi. Bunday preparatlar yordamida bemorlarni 1 – 1,5 hafta davomida eutireid holatiga chiqarish imkoni bo'ladi, ya'ni tireotoksikozning asosiy alomatlari yo'qola boshlaydi. Shundan keyin

preparat dozasi kamaytirilib ushlab turuvchi dozaga o'tkaziladi (5-10mg dan kuniga 1 marta) radiodiagnostika tekshirishdagi musbat natijalar va bez o'lchamining kichrayishi preparatlarni to'liq to'xtatish uchun ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

**Xulosa:** Diffuz toksik buqoqning o'z vaqtida aniqlanishi ayollarimiz sog'ligi va sog'lom farzand olish garovidir, hamda boshqa organ va organizmlar kasalliklarning oldini olishga qaratilgan

**Foydalanilgan adabiyatlar:**

1. Toshpulatova N. Togayeva G.S., Narbaev A. N.. «Заболевание и состояние, связанные с дефицитом йода, являются одной из основных проблем, с которыми сталкивается мир медицины». // Достижения науки и образования.// 3(44). Стр 86-88. 2019.
2. Davranova A.D. «Qalqonsimon bez patologiyasi b'lgan o'smir qizlarda hayz davrining buzilishini o'ziga xosligi». // Eurasian Jurnal of Medical and Natural Sciences // Том 2. № 8. Стр 113-115.2022
3. Togayeva G.S. Djuraeva Z.A. «Функциональное состояние гипофизарно-адреналовой системы у юношей с ожирением». // Eurasian Jurnal of Medical and Natural Sciences // Том 2. № 5. Стр 182-185. 2022
4. Negmatova G.Sh., Togayeva G.S., Davranova A.D. Muminov O.B.. «Особенности аутоиммунный тиреоидит в условиях йодного дефицитного региона». //Scientific progress // Том 3. № 1. Стр 356-359. 2022
5. Намраева A.S., Togayeva G.S., Kurbanova N.S, Karimova N.A.. «Аутоиммунный тиреоидит в условиях жаркого климата».//Актуальные аспекты медицинской деятельности//. Стр 246-249. 2020