



HASHIMOTA TREPIDITI VA UNI TEKSHIRISH USULLARI

Ohunov E'zozbek Tolibjon o'g'li

2-Davolash fakulteti talabasi

Ilmiy rahbar

Yo'ldosheva Gulsara Bahridinovna

Samarqand Davlat tibbiyot universiteti assistenti.

Davolash fakulteti talabalari:

Annotasiya: Qo'yidagi maqola orqali qalqonsimon bez tuzilishi, joylashuvi, funksiyaari, ayrim anamaliyalari va ularni ultratovush orqali ko'rinishi, dopler orqali tekshirish, ularni kasalliklarini bir biridan farqilash haqida tushunchaga ega bo'lamiz Dopler orqali ko'rganda qon aylanishining ahamiyat haqida bilimlarni boyitamiz. Joylashuvi, funksiyalari, ayrim anamaliyalari va ularni ultratovush orqali ko'rinishi, ularni kasalliklarini bir biridan farqilash haqida tushunchaga ega bo'lamiz. Qalqonsimon bez tekshirish texnikasi, qoidalari, texnikani noto'g'ri qo'llaganda kelib chiqadigan asoratlar haqida bilimlarga ega bo'lamiz.

Kalit so'z: Dopler, o'choq, homila, qalqonsimon bez, ultratovush, embrogeniz, teri osti yog' qavati.

Teroidid kasalligida tekshiruvdan o'tgan bemorlar immunoglobulin tekshiruvi gormonlar tekshiruvdan o'tadi. Misol ushun bemor olib ko'rilganda homiladorlikni 5-haftasidan TTG oshishni boshlagan Levatroksin bilan davolanishni boshlagan. Birinchisi davo o'tkazmagan. Ikkinchisi homiladorlik yaxshi o'tgan va bu ayol tuqqan bir yildan keying ultratovush tasviri deyarli o'choqli o'zgarishlar ham aniqlanmagan. Ikkinchi ayol davolanish o'tkazmagan va homiladorlikni davom ettirgan va 11 haftalikga kelib homiladorligi rivojlanishdan to'xtab qolgan yani homilasi. 24 oydan keyin yani davolanish o'tkazilmagan holatda o'choqli o'zgarishlar ko'payib ketgan va gipotenz bu ayolda yuzaga kelgan ma'lum vaqt o'tgandan keyin .yani davolanish qancha erta boshlansa shuncha davo effektligi yuqori bo'ladi. Hattoki shunday minimal darajadagi O'zgarishlar ham bu yallig'lanish o'choqlari hisoblanadi bunga etibor qaratish kerak. Demak shu o'choqli gipoexogen sohalar haqida to'xtalib o'tamiz 90% gacha bemorlarda yuzaga keladi hatto yuqorida ko'rib o'tgan Gipoexogen qalqonsimon bez fonida ham o'choqli o'zgarishlar aniqlanadi bez misol uchun minimal gipoexogen bo'lsa maksimal gipoexogen o'choqlari u bezda aniqlanishi mumkin. Yuqorida ko'proq bu yallig'lanish o'choqli ko'rinishda yuzaga keladi va qalqonsimon bez atrofiyasiga olib boradi oxiri gidroz to'qima va uni o'choqli o'rinda paydo bo'lishi evaziga. Yuqorid a



aytib o'tkanimizday o'choqlar o'lchami turlicha bo'ladi boshqa o'choqli kassalliklardan farqli ravishta trioditlardagi o'choqlar o'lchami kattaroq bo'ladi. Endi 1 mm dan 3 sm gacha bo'ladi deyiladi o'lchami 3 sm bo'lsa u deyarli bo'lakni egallab oladi va hatto bo'lakni kattalashishiga sabab bo'ladi aytmoqchi bo'lganimiz bu yerda o'choqlar o'lchami aniq bir patomingnomik belgisi yo'q lekin rels o'choqlariga nisbatan kattaroq bo'ladi deyiladi. Gipoexogenligi ham turlicha bo'ladi yani minimal gipoexogenlik biroz qoraroq va o'rtacha qora va qop-qora rangga kirishi mumkin o'choqlari. O'choqlar chegarasi notekis bo'ladi, shakli noaniq bo'ladi aniq bir shaklga ega bo'lmaydi. Va bazi holatlarda hattoki noaniq chegarali ham bo'ladi bu ashshimadada ko'proq aniqroq bo'ladi chegaralari dekernda ko'proq noaniq bo'ladi. Soni ko'plab bo'ladi eng kamida bitta bo'lakda 3 tadan 5 tagacha bo'ladi. Bazan bir biriga qo'shilgan holatda uchraydi o'choqlar bazan g'uj bir joyga to'plangan holatda ham aniqlanadi yani malum bir chegaraangan sohani o'zida o'choq yuzaga keladi va soni bir nechta sonda bo'ladi. Bez o'choqlar yo'q qismi normal yoki minimal gipoexogen bo'lishi mumkin yani bez o'chog'I sust qismida exogenligi normada bo'ladi ko'proq bularda biroz exogenlik pasayganini ko'rishimiz mumkin bo'ladi. kelinglar ko'ramiz bu chapdagi rasmda bemorimiz qalqonsimon bez o'ng bo'lagi ko'ndalang va bo'ylama kesmda ko'rinayapdi etibor qaratsak deyarli bez to'qimasini egallab olgan o'choqlar katta katta o'choqlar fibroz chiziqlar bilan birgalikda va malum joylarda sog'lom bez to'qimasi ham saqlangan lekin bu bez to'qimasi ham minimal gipoexogen holata yani exogenlik biroz pasaygan holatda juda ham farqlar deyarli yo'q xuddi ko'rsak diffuz qalqonsimon bezda diffuz gipoexogenlikni ko'rgandek birinchi parternga o'xshash ko'rinishda. Agar bez to'qimasini ham exogenligi pasaygan bo'sa yallig'lanishda unda o'choqlarni to'liq ajratib ololmaymiz. Bu demak xuddi treaditni klassik shaklini patelini ko'rinishini eslatadi yoki yaxshilab etibor qaratilsa bu yerda nisbatan exogenligi yuqoriroq sohalarda ham aniqlanadi bular minimal gipoexogenlikdagi sog'lom bez to'qimasi kuchli gipoexogenlik bu o'choqlar sohasi. Bunisi esa normadagi exogenlikdagi qalqon o'ng bez parenximasida fonida o'choqda endi bu yerda aniq o'choqlar bez to'qimasi normal exogenligini saqlab qolganligi uchun aniq tiniq ajratib chegarasi aniq qilib ajralib ko'rinayapdi etibor qilinsa. Faqat chegarasi notekis shakli ham noaniq ko'rinishda bir nechta o'choqlar bor. Bu o'choqlarni sohta tugunlar yoki sohta o'choqlar desak bo'ladi. Sohta tugunlarni ko'pincha raklardan farqlash qiyin bo'lib qoladi raklar bilan biz hozir ko'rib chiqamiz raklar bularga juda ham o'xshaydi ayniqsa dekern dekgga o'xshaydi. Hashimotada ko'plab bo'lishi bilan farqlanadi soni ko'p bo'ladi dekern esa ko'pab yakka sonli o'chog'I bo'kadi shu sababli farqlash biroz qiyin rak bilan. Demak o'choqli Hashimota



treaiditida o'choqlar soni ko'pligi, shakli noaniq ,notekislik ko'rinishdaliki bu sohta o'yuvchi gular ekanligini ko'rsatadi yoki o'choqlar ekanligini ko'rsatadi. Rakda ko'proq yakka bo'ladi. Keyingi ko'rinishimiz «Ari uyasi» ko'rinishi; ari uyasi ko'rinishi 15% gacha bo'lgantreaditli bemorlarda kuzatiladi bu ko'rinishda endi o'choqlar o'lchami kichik bo'ladi mayda bo'ladi va bu o'choqlarni bir birida giperexogen fibroz to'siqchalar ajratib turadi fibroz to'qima bilan ajratib turadi yoki bez to'qima bilan ajralib turadi bazan sog'lom bez to'qimasi. Demak yallig'lanish o'choqlari juda ham mayda bo'lishi va juda ham tarqoq joylanishi joylashishi bilan ko'rinadi bu. Buni ham treoditni o'choqli shakliga kiritish mumkin. Chin tugunlardan farqlash juda oson juda ham mayda bo'ladi. Ko'rishimiz mumkin. Bunisi bo'ylama bunisi ko'ndalang kesim bu yerda kamroq sonda bu yerda ko'proq sonda bu yerda soni kam ayniqsa bunda fibroz to'siqlar bilan ajratilgan ko'rinishi buni farqlash osonroq lekin sog'lom bez to'qimasida yuzaga kelgan vaqtda biroz ko'rinishi gipoexogenlik kuchli bo'lganligi uchun kistachalarga o'xshab ketadi buni albatta kalloid kistalardan farqlab qo'yish kerak mana bu ko'rinishini soni kam bo'lgan holatda. Bilamiz kistalar ortida tovush kushayish shartli fakti bo'ladi demak treodit yallig'lanish o'choqlari ortida bu narsani ko'rmaymiz va suyuqlikda ko'pincha kalloid kistalarda kameta dlummart faktli giperexogen kiritmalar aniqlanadi. Bu o'choqlarda esa bu narsa bo'lmaydi va albatta klinik va boshqa belgilarga ham qaraladi. Bu ari uyasi ko'rinishining ikki xil shakli kam o'choqli va ko'p o'choqli shakli. Bu yerda fibroz to'siqchalar ajratgan holatda sog'lom bez to'qimasida yuzaga kelgan holat. Keyingi ko'rinishi juda ham ko'p tugunli buqoqdan farqlash qiyin ko'p holatda vrachlarni chalg'ituvchi shakli bu ko'p tugunli ko'rinishi; Kamroq uchraydi 15% gacha treoditli bemorlarda kuzatiladi. Yolg'on tugunlar o'lchami bir necha mmdan 20 mmgacha yetishi mumkin. haqiqiy yolg'on tugun buyerda aniq tugun ko'rinishida bo'ladi. O'choqli shaklidan farqi asosan Yolg'on tugunlar izo-giperexogen bo'ladi. Asosan giperexogen bo'ladi va bu shaklda yo'lg'on tugunlarni chin tugunlardan Ultratovushda farqlash juda qiyin. Chin tugunlar deganimiz giperplastik tugunlardan yoki adenomalardan, adenomatoz tugunlardan va h.o shartsiz tugunlardan farqlash juda qiyin. Multinadulyar ko'rinish deb ham ataladi boshqacharoq nomi o'zbekchasiga ko'p tugunli degani. Bunday ko'rinishda qalqonsimon bez vaqt o'tgan sari ham surunkali jarayon kechayotgan bo'lsa ham ko'p tugunli ko'rinishda kattalashganicha qoladi yani kichrayib ketmaydi atrofiyaga uchramaydi. Lekin gipoterioz shakllanadi. Ko'p tugunli buqoqda esa gipoterioz deyarli bo'lmaydi yani garmonal o'zgarish kuzatilmaydi. Ko'rishimiz mumkin. Etibor qaratsak. gipoexogen yani qalqonsimon bez gipoexogen ko'rinishga kirgan exogenlik pasaygan va uni fonida giperexogen o'choqli o'zgarishlar yoki soxta



tugunlar juda ham o'xshaydi ko'p tugunli buqoqqa. Albatta bu bez kattalashishiga sabab bo'ladi shu kattalashish saqlanib qoladi yillar o'tsa ham gipertiroz yuzaga kelsa ham saqlangancha turaveradi. buni boshqa holati bunda endi bezni exogenligi saqlangan holda . bu yerda gipoexogen bez to'qimasi bu yerda o'zini exogenligini saqlagan va hu fonda giperexogen ko'plab tugunlar bu ko'ndalang bo'ylama kesimda. Bu bir joyda yig'ilgan holatda. Etibor qaratsak bu tugunlarni soxta tugun bo'lsa ham havfsiz tugunlarga o'xshab ketganligi uchun juda ham farqlashimiz qiyin bo'ladi. Tahlillar yordamga keladi bunga va tahlillar orqali baholanadi. Demak havfsiz o'smalash qiyin. Rakni bir tomoni: yaxshi tomoni bor raklarga o'xshagan bo'lmasligi agar shu ko'rinish rakga o'xshagan bo'lganda umuman hamma treoditlarni biopsiya qilgan bo'lar edik. Bular ko'proq havfsiz tugunlarga o'xshash yani izo-giperexogen exogenlikda bo'ladi 42;04 Bu har kuni 125 ml/kg livotraksin ichib turgan holatda. Demak atrofiya kuzatilyabdi bu yerda gipertrioz bilan birgalikda. 20 yil davomida trioid bilan og'rigan bemor. Oxiri atrofiyaga olib boradi. Hamma yallig'lanishlar xuddi shunday, shuning uchun qurqinchli ,surunkali degan so'z bor. Keyingi holat arrivas ko'rinishida, o'ng bulak bez kattashgan , mayda gipergik o'choqlar . Atrofidagi bez tuqimasi minimal yoki normal izoexagen deyish mumkin. Buylama kesim ham huddi shunday mayda o'choqlar kuplab paydo bulgan. **Dopler** qilingan paytda doplerda qon oqimi deyarli o'zgarmagan . Chap bulakda ham xuddi shunday kundalang kesimda va buylama kesimda ari uyasi kurinishida mayda o'choqchalar bor . Dopler qilinganda qon oqimi biroz pasaygan yoki normada deb aytishimiz mumkin. Kelinglar kilinikasiga e'tibor beramiz . Bu o'smirda 14 yoshda . Tekshirish vaqtida yuqoridagi qalqonsimon bez kattalashganiga shubha qilgan endokrinolog va ultra tovushga yuborilgan . Palpatsiya vaqtida bezlar biroz kattalashganligi aniqlangan Ik hech qanday tugunlar aniqlanmagan va ttg 7 ga teng antipo 3 xalqaro birlik ml da chiqqan ya'ni antipo oshgan va bezni tekshirganimizda yuqorida aytilganday arini uyasi kurinishidagi aterenni kuryapmiz shaklni neyrogipaexaga o'choqli o'zgarishni kuryapmiz . Har ikki bulakda va buyinda . Demak o'z o'zidan tahlillarga qarab va mutatoz kurinishiga qarab ashimatid trioid quyilgan va kuzatuvga olingan bu bemor aftotreotid aniqlangan. Keyingi bemorimiz . Bu yerda endi normal bez fonida geperter o'choqli kurinishi. Demak o'ng bulakda geperxeriya o'choqlar bor bir biriga qushilib ketgan chegarasi notekis yoki aniq kurinyabdi. Bez tuqimasi iariyasi saqlangan. Bu kundalang kesimda , bu esa buylama kesimda. Kuplab yallig'lanish o'choqlari kurinayabdi. Dopler qilingan vaqtida biroz qon oqimi kuchayganligi



belgisi bor . Chap bulakda katta bir biriga qushilib ketgan o'choqlar bor. Bu kundalang , bu buylama kesimda.Doplerda chap bulakda qon oqimida uncha o'zgarish kurmayabmiz. Demak bemor 25 yoshda buyam yangi aniqlangan .Bemorni boshqa klinikada kup tugunli buqoq deb xulosa berilgan va dopler qilish uchun uyqu arteriyasitekshirish vaqtida shunday xulosa berilgan va yuborilgan endokrinologga.Palpatsiya vaqtida biroz bezlar bulaklari kattalashganligi aniqlangan va ultra tovushni kurgan vaqtida gepoexogen o'choqlar aniqlanyabdi.Exogenlik past. Gipoexogen chegarasi aniq , notekis ,qon oqimi past va bu yerda gipertrioz aniqlangan va livatraksin buyurilgan .Livotraksin fonida patagen 5 xalqaro birligi l da saqalanib turibdi . Eng kup uchruvchi shakli shu buladi. 90 foiz hollarda.Bu yerda ham gipertriozga aylanib bulgan.Favqulodda aniqlab qolingani.Uyqu arteriyasini tekshirish chog'ida aniqlangan. Keyingisi klassik kurinishi. Bu yerda o'ng bo'lak kundalak kesimli kattalashgan yoki normadagi.Gipoexogenligi,gitragenligi,chiziqli o'zgarishlari bor.Bu yerda bo'ylama kesim biroz kattalashganday, lekin hech qanday tugunlar,o'choqlar yo'q .Doplerda qon oqimi kuchaygan .Ikkinchi bo'lakda qalqonsimon bezni kurinishi ko'ndalang kesimda xuddi shunday ko'rinishda va buyinchasiyam gipoexogen. Demak klassik ko'rinishi bu. Bu bemor ham 15 yosh. Bu bemorda ham gipertrioz shakllangan ekan. Demak livotroksin berish boshlangan, ttg 4 xalqaro ml/l da antipoid bo qaratadigan o'simta 1300 xalqaro birlik darajasida chiqqan . Yallig'lanish yuqori darajada . **Elastografiyada** ko'pincha bez qattiq chiqadi . Fibroz va trioid hisobiga. Demak bez to'qimasi, geteragen,fibroz,chiziqli kurinishi bor. Qon oqimi kuchli,lekin bu yerda giperfunksiya emas gipofunksiya ,gipotrioz bor. Bilamiz, ttg oh bu t3 t4 kamayishi gipertriozni belgisi, asosan ttg ga e'tibor qaratiladi. Gipertriozda ttg oshib ketadi, lekin t3 t4 miqdori oshmaydi. Bu o'ng bulak kundalang kesim . Bez to'qimasida exoxagenlik saqlangan, lekin uni fonida giperagen tugunli tizimlar kattasi bor, kichiklari bir nechta tugunlar , yolg'on tugunlar bor. Bu kundalang kurinishda, bu buylama kurinishida . Bezni ko'rinishini kattalashishiga olib kelgan . Dopler qilinganda spetsifik qon oqimi aniqlanmayabdi. Tugunlar atrofidagi perinadol qon oqimini ko'ryabmiz. Hattoki tugunlar bez buyinchasiyam aniqlanyabdi. Bular soxta tugunlar. Chap bo'lagida kamroq , lk bor tugunlar. Kuproq bu yerda minimal gipoxagen tugunlar bor.Xolisa tuguncha bor kurinishi xuddi xavfsiz tugunlar kurinishiga o'xshaydi . Doplerda qisilgan qon tomirlar ya'ni tugunlar atrofida joylashgan. Ko'rilganda ko'p tugunli buqoq kurinishida bulyabdi . Bu yerda bemor 75 yoshda. Palpatsiya vaqtida bez kattalshgani aniqlangan.

1. Sirojiddinova, X. N., Yo'ldosheva, G. B., & Rahmatov, H. X. (2022).



- Tug'ma pnevmoniyaning klinik kechish xususiyatlari. *Eurasian journal of medical and natural sciences*, 2(5), 109-114.
2. Jaxongirovna, A. S., Hamidullayevna, Q. D., & Baxriddinovna, Y. G. (2024). OSIMLIKLAR. QISHLOQ XO'JALIGI VA GEOGRAFIYA FANLARI ILMIY JURNALI, 2(3), 58-60.
3. Bahridinovna, Y. G., Gizi, A. G. A., Uli, U. O. R., & Qizi, Q. D. A. (2025). JIGAR VA O'T YO'LLARI KASALLIKLARINI ULTRATOVUSH TEKSHIRUV USULLARI ORQALI BAHOLASH. *Research Focus*, 4(4), 253-260.
4. Сирожиддинова, Х. Н., Абдухалик-Заде, Г. А., & Алланазаров, А. Б. НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ. *JURNALI*.
5. Bahridinovna, Y. G., Gizi, A. G. A., Uli, U. O. R., & Qizi, Q. D. A. (2025). JIGAR VA O'T YO'LLARI KASALLIKLARINI ULTRATOVUSH TEKSHIRUV USULLARI ORQALI BAHOLASH. *Research Focus*, 4(4), 253-260.
6. Yo'Ldosheva, G. B., Egamberganova, M. M., & Sattorova, R. M. (2025). DISEASES OF THE MAMMARY GLAND RELY ON CLINICAL BELIES TO PERFORM ULTRASOUND. *Экономика и социум*, (6-2 (133)), 1064-1070.
7. Bahridinovna, Y. G., Qizi, R. Z. S. D., & O'G'Li, A. A. A. (2025). QALQONSIMON BEZ KASALLIGI XOSHIMOTO TREOIDITI KLINIK BELGILARI VA ULTRATOVUSH USULLARI ORQALI TEKSHIRISH. *Research Focus*, 4(4), 261-269.