



Салохиддинов Журабек Саидахматович

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКИХ ФОРМ ЗОБА

Салохиддинов Журабек Саидахматович

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

MODERN ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF TOXIC FORMS OF GOITER

Salokhiddinov Jurabek Saidakhmatovich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада бўқоқнинг токсик шакллари билан касалланиши, диагностика, операциядан олдинги тайёргарлик ва жарроҳлик даволаш бўйича замонавий адабиётлардан олинган маълумотлар келтирилган.

Калит сўзлар: токсик бўқоқ, таъхис, операциядан олдинги тайёргарлик, жарроҳлик даволаш.

Abstract. The article presents data from modern literature devoted to the incidence, diagnostics, preoperative preparation and surgical treatment of toxic forms of goiter.

Keywords: toxic goiter, diagnostics, preoperative preparation, surgical treatment.

Қалқонсимон без касалликлари энг кенг тарқалган эндокрин патологиялар қаторига киради [3, 5, 8, 19, 22]. Канада қалқонсимон без тадқиқот жамғармаси маълумотларига кўра, дунёда 200 миллион одам қалқонсимон без функциясининг бузилиши билан кечадиган касалликлардан азият чекмоқда [1, 3, 6, 9, 16, 18, 19, 21]. Қалқонсимон без патологиясининг ўсиши асосан бўқоқ ва қалқонсимон без саратонининг тугунли ҳосилалари туфайли юзага келиши аниқланди [5, 8, 10]. Эндемик ҳудудларда касаллик аҳолининг 4-50 % да аниқланади, радиация таъсирига учрайдиган жойлардаги одамларда тугунларнинг малигнизацияси 32-57 % ни ташкил этади [8, 9, 10, 11, 13].

Ўзбекистонда 2010-йилда 1 миллиондан ортиқ киши қалқонсимон без патологияси билан рўйхатга олинган. Ўзбекистонда эндемик бўқоқ болалар ва ўсмирларнинг 15-25 % да, айрим ҳудудларда эса 33-56 % да учрайди [12, 16, 17]. Қалқонсимон без касалликлари барча ёш гуруҳларида кузатилади, лекин кўпинча 16-50 ёшда ташхисланади [12, 14, 15, 17]. Қалқонсимон без патологияси бўлган эркаклар ва аёллар нисбати 1:4-1:7 ни ташкил қилади. Аёлларда бўқоқнинг токсик шакли эркакларникига қараганда 10-17 марта кўп учрайди. Бироқ, эркакларда қалқонсимон безнинг хавфли ўсмалари аёлларга қараганда 2 марта кўпроқ кузатилади. Самарқанд вилояти (Ургут, Нуробод, Пахтачи туманлари) қалқонсимон без касалликлари бўйича эндемик ҳудудга мансублиги олимларнинг ушбу патологияни ўрганишга катта эътибор қаратишини белгилайди.

Токсик бўқоқнинг (ТБ) клиник кўриниши хилма-хилдир. Беморлар вазн йўқотиш, тана температурасининг кўтарилиши, терлаш, иштаҳанинг кучайиши, мушакларнинг кучсизлиги, кўзғалувчанлик, кўз ёшлилиги, безовталиқ, тирноқларнинг мўртлиги, соч тўкилиши, бармоқларнинг титраши (Мари симптоми), бутун тананинг титраши (телеграф устунлиги симптоми) каби симптомлар билан шикоят қиладилар. Вегетатив нерв системасининг бузилиши натижасида кўз белгилари - эндокрин офтальмопатия (ЭОП) пайдо бўлади. Касалликнинг асорати претибиал микседема, акропатия, ошқозон-ичак тракти (ОИТ) функциясини бузилиши, пароксизмал синусли тахикардия, экстрасистолия, титроқ аритмия, гипертония, миокардиодистрофия, юрак етишмовчилигининг ривожланиши бўлиши мумкин. Ҳомиладорлик даврида она қорнида ривожланиш аномалиялари ва ўлик ҳомиланинг туғилиши кузатилиши мумкин.

Токсик аденома ва аралаш токсик бўқоқнинг клиник кўринишлари нафақат тиреотоксикоз даражасига, балки тугунларнинг ҳажми ва жойлашишига ҳам боғлиқ.

Беморларни текшириш безнинг ўлчами, шакли ва консистенциясини, шунингдек, унда жойлашган тугунларнинг ҳажми, сони ва зичлигини аниқлаш имконини беради. Палпация усулининг диагностика қиймати (баҳоси) атиги 38% ни ташкил қилади. Амалиётда диаметри 1 см ва ундан катта бўлган тугунларни пайпаслаш мумкин, кичикроқ тугунларни аниқлаш жуда қийин [7, 9, 10, 20, 22]. Шунингдек тугун безнинг орқа юзасида чуқурда жойлашиши

олдинги юзага қараганда анча қийинроқ аниқланади бундан ташқари, бемор бўйнининг узунлиги ва йўғонлиги текширув натижасига таъсир қилади. Қисқа ва йўғон бўйинли беморларга диагноз қўйиш ҳам қийин кечади. Аксинча, ингичка бўйинли беморларда кўзга кўринадиган нормал ўлчамдаги қалқонсимон безни шифокор патологик кенгайган деб ҳисоблаши мумкин.

ҚБ микроскопик тузилиши одатда ички секретия безлари учун хос бўлиб, уларда чиқариш йўллари бўлмайди ва ҳар бир функционал тузилиш қон айланиш тизими билан чамбарчас боғлиқдир. Қалқонсимон фолликулалар капиллярлар билан ўралган ва коллоид билан тўлдирилган ичи ковак қопдир. ҚБ фолликулларининг ўртача ҳажми ёшга боғлиқ ҳолда 20-40 микронни ташкил қилади [14].

ҚБ паренхимасида бир-бирдан фарқ қиладиган уч турдаги ултраструктурали, гистокимёвий ва функционал хужайралар мавжуд.

ҚБ паренхимасининг асосий қисмини фолликуляр хужайралар ташкил қилиб (ёки А-хужайралар) асосий гормон - тироксин ишлаб чиқаради. Фолликулларнинг кубсимон эпителийси функционал ҳолатига қараб ўзгариши мумкин. Юқори фолликуляр эпителийнинг хужайралари яссиланган ва қуйидагидан фарқли ўлароқ фаол ҳисобланади [20].

Токсик бўқокни даволашда учта усул қўлланилади: дори препаратлари (тиреостатикларни қабул қилиш), жарроҳлик ва радиологик (радиоактив йодни буюриш). Ҳозирги вақтда амалда Россияда тиреотоксикозни даволаш икки усулга қисқартирилган - медикаментоз ва жарроҳлик.

Тарихий жиҳатдан тиреотоксик бўқокни консерватив даволаш усуллари ишлаб чиқиш 3 даврни ўтди. 1-давр - XX асрнинг 20-йилларигача, қалқонсимон безнинг фаолиятини сусайтириш учун махсус дорилар ишлатилмаган. 2-давр - 1922 йилдан 1943 йилгача йод тиреотоксикозни даволашда қўлланила бошланди. 3-давр 1943 йилда Э. Аствуд томонидан тироурацилнинг тиреостатик таъсири тўғрисидаги биринчи маълумотларнинг эълон қилиниши билан бошланди, бу тиреотоксикознинг намоён бўлишига ва беморларнинг 30-55 фоизда даволинишга эришишга имкон беради [1].

Мамлакатимизда ва хорижда йод препаратлари тиреотоксикозни консерватив даволашда кенг қўлланилади [2, 3, 4, 5, 6, 11, 13, 14, 15, 18]. Аммо беморларнинг 10-15 фоизда йод қутилган самарани бермайди, айрим беморларда эса толерантлик кузатилади.

Йод билан даволашнинг бир тури радиойод терапиясидир. Бироқ, уни амалга оширишнинг қийинчиликлари қалқонсимон безнинг массасини тахминан аниқлаш мумкинлиги сабабли препаратнинг дозасини танлашнинг мураккаблиги билан боғлиқ. Бундан ташқари, ушбу усул стационарда етарли даражада мураккаб ва қимматбаҳо радиацион гигиеник қоидаларга риоя қилишни талаб қилади. Радиоактив йод билан даволашга қарши кўрсатма болалар ва ўсмирлар, хомиладор ва эмизикли аёллар, катта ўлчамдаги бўқоқ билан компрессион босилиш чақирганда; ретростернал бўқоқ, лейкопения кабилар бўлиб ҳисобланади [1, 9].

Шундай қилиб, адабиётларнинг таъкидлашича токсик бўқоқ билан беморларни консерватив даволаш бўйича барча беморлар даволанишдан ижобий натижага эриша олмайди деган хулосага келинди. Шу билан бирга, қўлланиладиган дорилар асоратларни келтириб чиқаради янги касалликларнинг ривожланишига олиб келади.

Диффуз ва тугунли токсик бўқоқ билан оғриган беморларда операцияга кўрсатмалар катта ўлчамдаги бўқоқ, касалликнинг оғир шакллари, шунингдек узок муддатли самарасиз консерватив даво билан ўртача оғирлик даражада кечиши, тиреотоксикознинг қайталаниши, антитиреоид дориларга қарши кўрсатманинг мавжудлиги ва улар таъсирида ўтмаслиги, аёлларда хомиладорлик ва лактация даврида, токсик аденома ва аралаш токсик бўқоқ билан 1 см дан ортиқ тугунли ҳосилалар бўлганда; тиреотоксикознинг қандли диабет билан қўшилиб келганда, гематопоезга токсик таъсирнинг намоён бўлиши, санаб ўтилган хавф омилларининг комбинацияси мавжуд бўлганда беморларни доимий тиббий назорат қилишнинг мумкин эмаслиги. Болалар ва ўсмирларда жарроҳлик ҳам зарур деб ҳисобланади, чунки бу ёшда катталарга қараганда кўпроқ хавфли ўсмалар кузатилади, уларнинг частотаси 24,6% га етади.

Енгил шаклдаги диффуз токсик бўқоқ ва кичик ўлчамдаги ҚБ мавжудлиги, бош мияда қон айланишининг ўткир бузилиши ўтказилганда ва миокард инфаркти, юкумли касалликлар (тонзиллит, грипп, пневмония ва бошқалар) кабиларда операция бажарилмайди. Беморларнинг сўнгги икки гуруҳида 1-1,5 ой ўтиб соғайгандан кейин операция бажарилади. Н.В. Латкина ва бошқалар. (2001) болаларда диффуз токсик бўқоқ бўлганда операцияга кўрсатма безда тугунларнинг мавжудлиги ва катта ўлчамдаги бўқоқда, шунингдек, консерватив даводан кейин бўқокнинг қайталаниши ва қабул қилинган дори воситаларининг самарасизлигидир.

Рецидив бўқоқда ва кўпроқ хавфли бўлган барча турдаги атипик ва аберрант бўқоқларда жарроҳлик даволаш ягона усул ҳисобланади. Бундан ташқари, гипотиреоз ҳолати жарроҳлик учун қарши кўрсатма эмас О.В. Николаев (1966), чунки тугунлар таъсирида босилиб озод қилинган ҚБ нинг қолган қисми функцияси операциядан кейин яхшиланади.

Кузатишлар шунинг кўрсатадики, ҳар қандай клиник белгилар (тугуннинг давомий мавжудлиги, унинг зичлиги, ўлчами, пункцион биопсия, ультратовуш, компьютер томография, радионуклидди сканерлаш, лимфография) аниқланган тугуннинг яхши ёки сифатли эканлигини аниқ айтишга имкон бермайди. Операция пайтида тугунларнинг шошилиш биопсияси ҳам, афсуски, ҳар доим ҳам бу муаммони ҳал қилмайди.

Жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар ҳозирда жуда аниқ белгиланган. Булар консерватив терапиянинг самарасизлиги, тиреостатиклар таъсирида ўтмаслиги, ЭОП пайдо бўлиши ва тиреотоксик юрак, токсик бўқокнинг тугунли ҳосилалар билан қўшилиб келиши, қалқонсимон без ўлчамининг катталаниши (40 мл ёки ундан кўп), Атрофдаги анатомик тўқималарнинг механик босилиши белгиларининг пайдо бўлиши, хомиладорликни режалаштирганларда.

Токсик бўқоқни оператив даволашда қарши кўрсатма ҳар қандай режалаштирилган жарроҳлик аралашувга нисбатан қуйидагича. Бу миокард инфарктининг ўткир даври, бош миёда қон айланишининг ўткир бузилишлари, онкологик ва юқумли касалликлар, руҳий бузилишлар.

Субкомпенсацияланган тиреотоксикоз нисбий қарши кўрсатма боғлиқ бўлиши мумкин. Бундай беморни операциядан олдин тайёрлашнинг асосий мақсади тиреотоксикоз учун компенсацияга эришишдир. Аввало, бу лаборатория кўрсаткичларини (эркин Т₄), шунингдек, юрак-қон томир тизими ва моддалар алмашинуви жараёнларини нормаллаштириш. Беморни жарроҳлик амалиётига тайёрлаш ихтисослаштирилган эндокринологик марказда амалга оширилиши мақсадга мувофиқдир. Бироқ кўпинча амбулатория шароитида амалга оширилади [3, 6, 7, 10].

Беморни операциядан олдин албатта тиреостатиклар ва бета-адреноблокаторлар билан даволаш мақсадга мувофиқ. Одатда операцияга тайёргарлик муддати ўртача 3-6 ҳафта давом этади. Шу билан бирга, гормонал текшириш натижалари билан тасдиқланган ҳақиқий тиббий эутиреозга одатда кейинроқ эришилади.

Токсик бўқоқнинг тугунли ҳосилалари фақат жарроҳлик йўли билан даволанади. Бироқ, бажариладиган операция ҳажми бўйича ҳали ҳам ягона фикр авжуд эмас. Баъзи муаллифлар операция иложи борича радикал бўлиши керак, деб ҳисоблашади, бошқалари эса орган сақлаш операцияларини тавсия қиладилар. Биринчи вариант тарафдорлари ўзларининг ёндашувларини қалқонсимон без саратони, шу жумладан микрокарциномалар частотасининг ортиши билан изохлашади. ҚБ нинг тугунли ҳосилалари учун операциянинг минимал ҳажми гемитиреоидэктомиа, бўйинча қисми резекцияси билан бажарилиши керак.

ҚБ да бажариладиган операциялардан кейин рецидив бўқоқ ва гипотиреоз энг кўп учрайдиган асоратлардир. Тиреотоксикозда рецидив кўпроқ касалликнинг ривожланиши билан боғлиқ бўлиб, тугунли бўқоқ ва сурункали аутоиммун тиреоидит билан оғриган беморларда - радикал бўлмаган операциялар бажарилади.

Шундай қилиб, адабиётлар таҳлили ҚБ касалликлари муаммосида қўшимча ўрганиш ва тушунтиришни талаб қиладиган бир қатор масалалар мавжудлигини кўрсатди. Буларга бўқоқнинг токсик шакли бўлган беморларни оқилона консерватив даволаш шартлари, тиреостатик препаратларни қўллашдан кейин наф бермаган беморларни жарроҳлик амалиётига самарали тайёрлаш усуллари ва уларни қўллашдан келиб чиқадиган асоратлар, қон томирларини боғлаш (эмболизация) орқали қалқонсимон без функциясини сусайтиришнинг экспериментал асослари киради. Бундан ташқари, диффуз, токсик ва аралаш бўқоқ бўлган беморларда жарроҳлик техникасини янада такомиллаштириш керак, бу касалликнинг қайталаниши ривожланишининг олдини олишга қаратилган бўлиши керак. Ушбу тадқиқот маълум саволларнинг баъзиларини ҳал қилишга бағишланган.

Адабиётлар:

1. Бабажанов А. С. и др. Пути улучшения результатов хирургического лечения и профилактики гипотиреоза у больных с многоузловым нетоксическим зобом // Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 10 (135). – С. 53-59.
2. Бабажанов А. С., Зайниев А. Ф., Алимов Ж. И. Оптимизация тактико-технических аспектов хирургического лечения узловых образований щитовидной железы // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 5 (85). – С. 26-32.
3. Гозибеков Ж. И., Зайниев А. Ф., Тилавова Ю. М. К. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 13 (60). – С. 61-70.
4. Давлатов С. С., Рахманов К. Э., Даминов Ф. С. Анализ результатов хирургического лечения патологии щитовидной железы // Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 548-550.
5. Зайниев А. Ф., Гозибеков Ж. И., Абдурахмонов Д. Ш. Клинико-морфологические критерии выбора хирургического лечения токсического зоба // Finland International Scientific Journal of Education, Social Science & Humanities. – 2023. – Т. 11. – №. 5. – С. 2223-2231.
6. Зайниев А. Ф., Юнусов О. Т., Суярова З. С. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Вестник науки и образования. – 2017. – Т. 1. – №. 6 (30). – С. 107-111.
7. Исмаилов, С.И. Качество жизни пациентов на фоне терапии тироксином и комбинацией тироксина и трийодтиронина после тотальной тиреоидэктомии вследствие болезни Грейвса / С.И. Исмаилов, А.М. Акбутаев, А.А. Элов // Международный эндокринологический журнал. - 2017. - Т. 61, № 5. -С. 52-55.
8. Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Зайниев А.Ф., Давлатов С.С. Факторный анализ рецидива узлового зоба у жителей, проживающих в йододефицитном регионе. // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. - 2019, - №3 (111). С. 58-62.
9. Курбаниязов З. Б., Зайниев А. Ф., Алимов Ж. Отдаленные результаты хирургического лечения узлового зоба // Том-1. – 2022. – С. 207.
10. Рахманов К. Э. и др. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Западские чтения. – 2017. – С. 145-148.
11. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // Журнал "Медицина и инновации". – 2021. – №. 1. – С. 28-31.
12. Ризаев Ж. А., Ризаев Э. А., Кубаев А. С. Роль иммунной системы ротовой полости при инфицировании пациентов коронавирусом SARS-COV-2 // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – №. 3. – С. 67-69.
13. Ризаев Ж. А., Адилова Ш. Т., Пулатов О. А. Обоснование комплексной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению республики Узбекистан // Аспирант и соискатель. – 2009. – №. 4. – С. 73-74.

- 14.Ризаев Ж. А. и др. Оценка функциональных изменений, формирующихся в зубочелюстной системе боксеров // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 270-274.
- 15.Ризаев Ж. А., Нарзиева Д. Б., Фуркатов Ш. Ф. Регионарная лимфотропная терапия при фурункулах и карбункулах челюстно-лицевой области // Том-1. – 2022. – С. 386.
- 16.Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Параллели патогенеза заболеваний пародонта и хронической сердечной недостаточности // Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью "Форум стоматологии", 2017. – №. 4. – С. 70-71.
- 17.Ризаев Ж. А., Рузимуротова Ю. Ш., Тураева С. Т. Влияние социально-гигиенических факторов труда и быта на здоровье медицинских сестер // Scientific progress. – 2022. – Т. 3. – №. 1. – С. 922-926.
- 18.Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдувакилов Ж. У. Иммунологические аспекты патогенеза патологии пародонта у больных с хронической сердечной недостаточностью // Journal of biomedicine and practice. – 2016. – Т. 1. – №. 1. – С. 6-10.
- 19.Ризаев Ж.А. и др. Персонифицированная терапия генерализованного пародонтита на основе интегральной оценки клинико-лабораторных показателей // Журнал «Проблемы биологии и медицины. – 2021. – №. 3. – С. 120.
- 20.Ризаев Ж. А., Абдуллаев А. С., Кубаев А. С. Перспективы лечения невритов в комплексе с этилметилгидроксипиридина сукцинат и комбилипен // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. – 2022. – С. 20-24.
- 21.Shin YW. et al. Diminished Quality of Life and Increased Brain Functional Connectivity. Patients with Hypothyroidism After Total Thyroidectomy // Thyroid. - 2020. - Vol. 26, № 5. - P. 641-649.
- 22.Schneider D.F. et al. Thyroidectomy as primary treatment optimizes body mass index in patients with hyperthyroidism // Ann Surg Oncol. - 2021. - Vol. 21, № 7. - P. 2303-2309.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКИХ ФОРМ ЗОБА

Салохиддинов Ж.С.

Резюме. В статье приведены данные современной литературы посвященной встречаемости, диагностике, предоперационной подготовке и хирургическому лечению токсических форм зоба.

Ключевые слова: токсический зоб, диагностика, предоперационная подготовка, хирургическое лечение.