

## ЦИТОЛОГИК ТЕКШИРИШЛАРГА АСОСЛАНИБ ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ТУГУНЛИ ҲОСИЛАЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ҲАЖМИНИ ТАНЛАШ



Салоҳиддинов Журабек Саидахматович, Гозибеков Жамшид Исанбаевич  
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

### ВЫБОР ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Салоҳиддинов Журабек Саидахматович, Гозибеков Жамшид Исанбаевич  
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

### CHOICE OF THE VOLUME OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH NODULAR FORMATIONS OF THE THYROID GLAND DEPENDING ON CYTOLOGICAL STUDIES

Salokhiddinov Jurabek Saidakhmatovich, Gozibekov Jamshid Isanbaevich  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [gozibekov.jamshid@gmail.com](mailto:gozibekov.jamshid@gmail.com)

**Резюме.** Қалқонсимон безнинг энг кенг тарқалган касалликларидан бири бу тугунли буқоқ бўлиб ҳисобланади. Замонавий диагностика усулларидан (ультратовуш, компьютер томография, магнит-резонанс томография) кенг қўлланилиши қалқонсимон безнинг кўп сонли ҳосилаларини аниқлашга ёрдам беради. Бу ўз навбатида, тугунли буқоқ таъхиси ва даволаш бўйича аниқ ва клиник асосланган тавсиялар мавжудлигини талаб қилади. Шунингдек интраоперацион босқичда макропрепаратнинг гистологик ҳолати ўрганилиб операция ҳажми танланади.

**Калим сўзлар:** Тугунли буқоқ, ультратовуш, ингичка игнали пункцион аспирацион биопсия, хирургик даволаш.

**Abstract:** One of the most common diseases of the thyroid gland is congenital goiter. Wide use of modern diagnostic methods (ultrasound, computer tomography, magnetic resonance imaging) helps to identify a large number of derivatives of the thyroid gland. This, in turn, requires clear and clinically based recommendations for the diagnosis and treatment of nodular goitre. Also, at the intraoperative stage, the histological condition of the macropreparation is studied and the size of the operation is selected.

**Key words:** Nodular goiter, ultrasound, fine needle aspiration biopsy, surgical treatment.

**Долзарблиги.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкilotи (ЖССТ) маълумотларига кўра, қалқонсимон без касалликлари қандли диабетдан кейин биринчи ўринда турадиган эндокрин касаллик ҳисобланади. Қалқонсимон безнинг барча патологиялари орасида тугунли буқоқ етакчи ўринни эгаллайди. Тугунли буқоқ - бу рус олимларининг клиник тавсияларига кўра, пальпатор аниқлаш ва инструментал диагностика усулларидан фойдаланиб (кўпинча ультратовуш текшируви (УТТ)) турли хил морфологиядаги (1 см ва ундан ортиқ) қалқонсимон безнинг ҳажмли ҳосилаларини жамловчи умум клиник тушунча ҳисобланади. Россия эндокринологлар уюшмаси (РЭУ) қалқонсимон безда (ҚБ) икки ёки ундан ортиқ тугунли ҳосилалар аниқланганда "кўп тугунли буқоқ" атамаси қўлланилади [1]. Таърифга кўра, тугунли буқоқ турли даражада кўпаядиган коллоид буқоқдир. Пункцион биопсия ўтказишда одатда коллоид ва тироцитлар олинади. Ушбу компонентларнинг нисбати буқоқ турини тавсифлайди: агар коллоид устун бўлса, бу коллоид буқоқ, агар тироцитлар кўп бўлса, у кўпаядиган коллоид буқоқдир [1]. Қалқонсимон без тугунлари йод билан таъминланган соҳаларда яшовчи одамларнинг

тахминан 4-7 фоизида аниқланади. Йод танқислиги бўлган ҳудудларда тугунли буқоқнинг тарқалиши анча юқори, айниқса 40 ёшдан ошган аёлларда у 30% дан ошиши мумкин. Шундай қилиб, тугунли буқоқнинг тарқалиши нафақат йод таъминотида, балки жинс ва ёшга ҳам боғлиқ бўлиб ҳисобланади.

Тугунли буқоқнинг патологик аҳамияти шундан иборатки, тугунли ҳосилаларнинг шаклланишида баъзан қалқонсимон безнинг хавфли ўсмаси ҳам бўлиши мумкин. Қалқонсимон без тугунлари орасида саратон касаллиги 4,7-5,0% ҳолларда аниқланади [2]. Тугунли буқоқ билан оғриган беморларни текшириш, биринчи навбатда, қалқонсимон без ҳосилаларини рақдан истисно қилишга қаратилган.

Қалқонсимон безнинг хавфли ўсмалари орасида юқори дифференциаллашган саратон (90-95%) кенг тарқалган [3]. "Қалқонсимон без юқори дифференциаллашган раки" атамаси папилляр ва фолликуляр карциномаларнинг гистологик турларини бирлаштиради. қалқонсимон без юқори дифференциаллашган ракиннинг ўзига хос хусусияти унинг жуда секин ўсиши ва ўз вақтида аниқлаш ва тўғри даволаш демакдир.



Расм 1. Таққослаш гуруҳида бажарилган операциялар

**Жадвал 1.** Операциядан кейинги узоқ даврда беморларда жарроҳлик аралашувининг ҳажмига қараб қоникарсиз натижалар частотаси

Оператив ёндашув ҳажми	Беморлар сони		Рецидивланиш частотаси		Гипотиреоз	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Субтотал субфасциал струмэктомия	21	56,7	2	9,5	1	100
ҚБ битта бўлагини субтотал субфасциал резекцияси ва иккинчи бўлакни понасимон резекцияси	8	21,6	3	37,5	-	-
Гемитиреоидэктомия	6	16,2	1	16,7	-	-
ҚБ қисман резекцияси	2	5,4	1	50,0	-	-
Жами:	37	100,0	7	18,9	1	2,7

Тадқиқот натижаларига кўра F.P. Ruggiero и F.G. Fedok [4], ҚБЮДР билан оғриган беморларнинг 20 фоизда рецидив ривожланади, бу 8% ҳолларда ноҳўя оқибатларга олиб келади. L. Duntas ва бошқалар. ҚБЮДР билан оғриган беморларни 30 йиллик кузатуvidан сўнг 30% рецидив даражасини кўрсатади. Беморларнинг 70 фоизда ўлим қалқонсимон безнинг юқори дифференциялашган папилляр ва фолликуляр саратонида кузатилади [7]. И.В. Комиссаренко ва бошқаларнинг сўзларига кўра [8], ҚБЮДР билан боғлиқ 40 ёшгача бўлган беморларда ўлим даражаси 3,4%, 41 ёшдан 60 ёшгача - 6,9%, 65 ёшдан ошган беморларда бу кўрсаткич 24,4% гача ошади. J.D. Lin ва бошқалар. Папилляр қалқонсимон саратон T1N0M0 билан оғриган беморларда ўлим 19% ни ташкил қилади [9]. Кўпгина тадқиқотлар натижаларига кўра, узоқ муддатда қалқонсимон без саратони билан оғриган беморларда унинг ёши ва жинси, ўсимтанинг маҳаллий тарқалиши ва узоқ метастазлар, ўсма жараёнининг босқичи, ҳажми каби кўплаб омиллар таъсир қилади шунингдек жарроҳлик техникаси, операциядан кейинги радиойод терапияси (РЙТ) ва левотироксин (L-T4) препаратлари билан супрессор терапия кабилардир [10]. Шу билан бирга, ҚБЮДР билан оғриган беморларда ушбу омилларнинг оқибатига таъсири даражаси турли хил тадқиқотларда туб фарқларга эга. Энг катта тортишувлар одатда жарроҳлик аралашув ҳажми ва беморни операциядан кейинги даволаш тактикаси билан боғлиқ.

Тугунли букоқ билан оғриган беморларда ЮДҚБР ривожланиш хавфини ҳисобга олган ҳолда,

ушбу касалликни ташхислаш ва даволаш бўйича клиник тавсияларни ишлаб чиқиш ҳозирги кунда тиббиётнинг долзарб вазибаларидан бири бўлиб турибди.

**Текшириш мақсади:** Қалқонсимон без тўқималарининг морфологик тузилишини ҳисобга олган ҳолда даволаш ва диагностик алгоритмини такомиллаштириш;

**Текшириш усуллари:** Қалқонсимон без касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишнинг стандарт усуллари ультратовуш (УТТ), радиоизотоп сканерлаш, ҚБ гормонларини аниқлаш, бўйин ва кўкс оралиғи юқори қисмини рентгенологик текшириш, диагностика қийин бўлган ҳолатларда компьютер ҳамда магнит-резонанс томографиядан фойдаланиш, шунингдек ингичка игнали пункцион аспирацион биопсия (ИИПАБ), интраоперационэкспрес биопсия (ИЭБ) усуллари билан фойдаланилади. Тадқиқод букоқ касаллиги билан ётқизилган 112 нафар беморнинг даволаш натижалари асосида олиб борилди. Беморлар шартли равишда икки гуруҳга бўлиниб 52 (46,4%) нафар бемор операция қилиниб улар таққослаш гуруҳига киритилди. 60 (53,6%) нафар бемор эса назоратдаги асосий гуруҳга киритилди

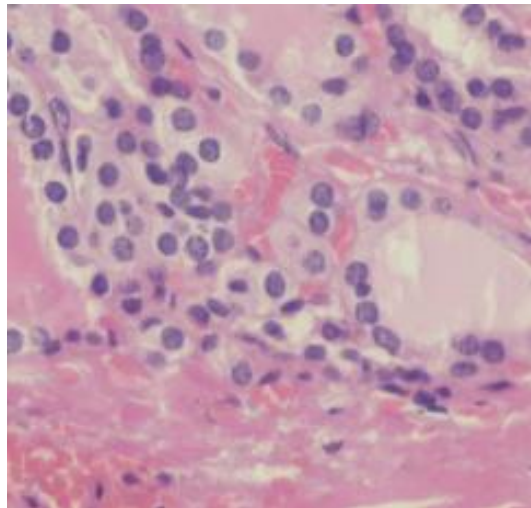
Букоқ касаллиги билан таққослаш гуруҳидаги барча (n=52) бемордан 45 (86,5%) нафарининг тиреотоксик статуси эутиреозгача камайтирилди ва 7 (13,5%) нафар бемор тиреотоксикоз I даражаси билан консерватив даволаниб операция қилинди. 32 (61,5%) беморда субтотал субфасциал струмэктомия, 12 (23,1%) беморда ҚБ битта бўлагининг субтотал суб-

фасциал резекцияси ва иккинчи бўлагининг понасимон резекцияси, 6(11,5%) беморда гемитиреоидэктомия ва 2(3,8%) беморда ҚБ нинг қисман резекция бажарилди 1-расм.

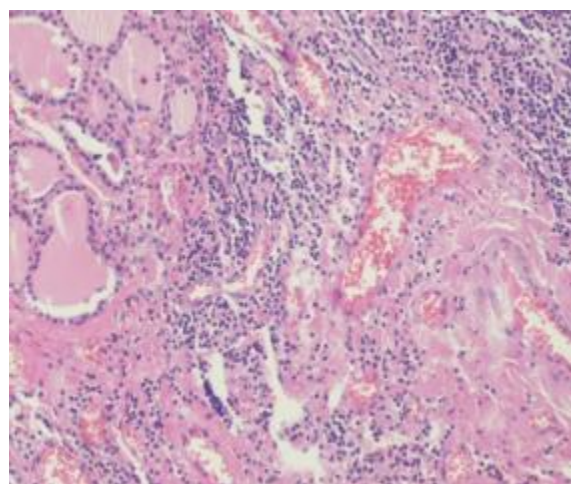
Таққослаш гуруҳидаги беморларни жарроҳлик доволашнинг узоқ муддатли натижалари буқоқ билан операция қилинган 37 (71,1%) беморда кузатилди. Кузатув 2 йилдан 10 йилгача бўлган муддат оралиғида бўлди. Буқоқнинг қайталаниши 7 (18,9%) беморда, гипотиреоз - 1 (2,7%) беморда аниқланди. Операциядан кейинги узоқ муддатда қоникарсиз натижаларнинг максимал ўсиши 2 йилдан 5 йилгача бўлган кузатув жараёнида қайд этилди. Жарроҳлик аралашувининг ҳажмига қараб рецидив ва гипотиреоз частотаси 1-жадвалда келтирилган.

Буқоқнинг тугунли шаклларида қалқонсимон без тўқималарининг морфологик ўзгаришлари ўрганилди. Таққослаш гуруҳидаги 52 бемордан жами 267 та микропрепарат текширилди. Дори моддаларни ўрганишда 78% ҳолатда бириктирувчи тўқималарнинг 2-3 даражали ривожланиши жараёнлари устунлик килди (2-расм). Эпителиядаги ўзгаришлар паст цилиндрсимон эпителия билан қопланган кичик фолликулаларнинг пайдо бўлиши билан намоён бўлди. Проллифератив ўзгаришлар кам ифодаланган ёки бўлмаслиги ҳам мумкин. (3-расм). Шундай қилиб, ушбу гистологик кўриниш қалқонсимон безда склеротик жараёнларнинг ривожланишини ва қалқонсимон безнинг аутоиммун стимуляциясининг куйи даражали кучсиз пролифератив ўзгаришларини кўрсатди. ҚБ тўқималарининг морфологик текшириш ретроспектив таҳлил қилинганда операциядан кейинги узоқ муддатда кузатиладиган таққослаш гуруҳининг 37 нафар беморининг 7 (18,9%) нафарида буқоқ касаллиги қайталанган барча беморларда эпителий пролиферацияси кузатилиши билан сўргич ҳосил бўлиши, касалликнинг рецидивланиши шунингдек кўп миқдорда коллоид билан интенсив резорбция кузатилди.

Шундай қилиб, ҚБ тўқималарида морфологик ўзгаришларнинг ривожланиши тўғридан-тўғри аутоиммун жараённинг фаоллик даражасига боғлиқ. Юқори даражали аутоиммун стимуляцияда морфологик ўзгаришлар кузатилади, бу эпителийнинг кўпайиши ва ўзгариши жараёнларининг устунлигини кўрсатади (2-3-расм) натижада, ҚБ тўқималарида гиперпластик жараёнларининг ривожланишига ёрдам беради, БУ эса юқори аутоиммун стимуляция фониди резекция усуллари бажаришда тиреотоксикознинг қайталанишига олиб келиши мумкин. Ушбу гистологик ҳолатда ҚБ тўқимасидан қолдириш мақсадга мувофиқ бўлмайди.



**Расм 2.** ҚБ препаратининг микрофотограммаси. Бемор Ф., 38 ёш Бириктирувчи тўқималарнинг ўсиши (стрелка билан кўрсатилган). Гематоксилин ва эозин билан бўялган. 100 мартагача катталаштирилган



**Расм 3.** ҚБ препаратининг микрофотограммаси. Бемор У., 31 ёш. Кичик фолликулалар паст цилиндрсимон эпителия билан қопланган (стерелка билан кўрсатилган). Гематоксилин ва эозин билан бўялган. 400 марта катталаштирилган

Шу муносабат билан операциядан олдинги даврда асосий гуруҳидаги барча беморларда қалқонсимон безнинг ингичка игнали аспирацион биопсияси (ИИАБ) ўтказилди. Беморда бир неча тугунлар мавжуд бўлганда, ҳар бир тугундан алоҳида пунктат аспирация қилиниб ва уларнинг ҳар бири алоҳида текширилди. Қаттиқ тузилишга эга тугун мавжуд бўлганда, материал тугуннинг ўртасидан ва атрофидан олинган. Агар қаттиқ таркибий қисмга эга бўлган кистоз ҳосила мавжуд бўлса материал киста тўқимасидан ва атрофидаги тугун тўқимасидан ҳам аспирация қилинган. Ҳар бир тугундан камида иккита алоҳида-алоҳида нуқтадан пункцион материал олинган. Олинган препаратлар буюм ойначасида Май–Грюнвальд–Гимзе усули бўйича бўялди.

**Жадвал 2.** Асосий гуруҳда бажарилган операциялар

Операция	Беморлар сони	
	абс.	%
Гемитиреоидэктомия	1	1,7
ҚБ субтотал резекцияси	40	66,7
Тотал тиреоидэктомия	19	31,7
Жами:	60	100,0

Цитологик тадқиқотлар ёруғлик микроскопи усулида амалга оширилди, баъзи ҳолларда агар киста таркибидаги аспиратда суюқ цитология фойдаланилган бўлса кўрсатмаларга мувофиқ иммуноцитокимёвий тадқиқотлар ўтказилди. 37 (61,7%) беморларда цитологик текширув натижасида пролифератив ўзгаришсиз бириктирувчи тўқима ўсиши билан паст цилиндрсимон эпителия билан қопланган майда фолликулалар пайдо бўлди. 18 (30,0%) ҳолларда цитологик текширув натижасида сўргич ҳосил бўлиши билан эпителийнинг кўпайиши, кучли резорбцияга эга бўлган кўп микдордаги коллоид ва бириктирувчи тўқималарнинг ривожланиш даражаси аҳамиятсиз эканлиги аниқланди. 5 (8,3%) нафар беморда препарат маълумот бермади. Қоида тариқасида, бу аспиратда цитологик материалнинг етарли эмаслиги ёки ойначадаги “суртманинг бўшлиги” билан тушунтиради.

Асосий гуруҳдаги беморларда ИИАБ ва ИЭБ маълумотларини ҳисобга олган ҳолда, буқокнинг токсик шаклларида жаррохлик тактикаси солиштирилди. Такқослаш гуруҳидаги беморларни даволаш натижаларига таъсир кўрсатган омилларни ҳисобга олган ҳолда, биз буқокнинг токсик шаклларида операция ҳажмини танлаш учун балл тизимини ишлаб чиқдик шунга асосан жами 9 балгача тўплаган беморларга гемитиреоидэктомия. Ушбу гуруҳ таркиби қоида тариқасида пункцион ва экспресс биопсия пайтида пролифератив хўжайраларсиз қалқонсимон безнинг катта бўлмаган токсик аденомаси (диаметри 6 см гача) бўлган беморлардан иборат эди. Буқокнинг токсик шакллари билан 10 дан 12 гача балл тўплаган беморларга субтотал струмэктомия ва 12 дан юқори балл тўплаган яъний ИИАПБ ва ИЭБ пайтида эпителий пролиферацияси аниқланган беморларга тотал тиреоидэктомия операцияси бажарилди.

Шундай қилиб, беморларнинг асосий гуруҳида фақат 1 (1,7%) беморда гемитиреоидэктомия, 40 (66,7%) беморда қалқонсимон безни субтотал резекцияси ва 19 (31,7%) беморда ҚБ тўқималарининг сезиларли даражада пролиферацияси аниқланганлиги сабабли буқок касаллигини рецидивланиши инobatга олган ҳолда тиреоидэктомия қилинди (2-жадвал). Ҳар иккала гуруҳ солиштириб кўрилганда асосий гуруҳдаги беморларда касалликнинг рецидивланиши кузатилмади.

**Хулоса.** Буқокнинг касаллигининг морфологик диагностикасида аниқлик ИИАБ 88,3%, интраоперационэкспресс биопсияда 94,4% ни ташкил этди, бу усуллардан комплекс олинган маълумот натижалари 98,1% гача бориб етди. Буқокнинг касаллиги мавжуд бўлган беморларда қалқонсимон без тўқималарида ўзгаришларни морфологик диагностика қилишнинг клиник амалиётга жорий этилиши жаррохлик аралашувнинг мақбул ҳажмини танлашга имкон берди. Буқокнинг касаллиги мавжуд беморларда қалқонсимон без тўқималарида пролифератив ўзгаришлар бўлса органсаклаш операциялари самарали эмас воҳоланки бу касалликнинг қайталанишига сабаб бўлади.

#### Адабиётлар:

1. Исмаилов С.И., Камилджанова Б. Р. Особенности качества жизни у больных, оперированных по поводу

узлового и многоузлового зоба // Молодой ученый. - 2015. - №19. - С. 270-274.

2. Исмаилов С.И., Самадова У.С. Будущие последствия хирургического лечения узлового зоба // Молодой исследователь: вызовы и перспективы: сб. ст. по материалам СП Международной научно-практической конференции»Молодой исследователь: вызовы и перспективы». - М. - 2019. - № 3(103).

3. Гулов М.К. Клинико-морфологическая картина многоузлового эутиреоидного зоба // Вестник Авиценны. – 2017. – Т. 19. – № 1.

4. Демидова Т.Ю. Принципы диагностики и лечения узлового зоба // Медицинский совет. – 2016. – № 3.

5. Макаров И.В., Галкин Р.А., Ахматалиев Т.Х. Тактика хирургического лечения больных с заболеваниями щитовидной железы // Международный научно – исследовательский журнал. - 2016. - № 7-3 (49). - С.77-80.

6. Кононенко С.Н. Хирургическая тактика при доброкачественных узловых образованиях щитовидной железы // Хирургия. – 2011. - № 11. – С. 24 -27.

7. Калоева А.А. Морфология и морфогенез эндемического зоба: автореферат дисс. канд. мед. наук. – Саратов. - 2015 г. - 22 с.

8. Белоконов В.И., Старостина А.А., Ковалева З.В., Селезнева Е.В. Обоснование подходов к отбору пациентов с заболеваниями щитовидной железы для оперативного лечения // Новости хирургии. - 2012. - Т. 20. - № 4. - С. 17-22.

9. Гозибекоев Ж.И., Юсупалиева Д.Б., Тилавова Ю.М. Отдаленные результаты хирургического лечения узловых образований щитовидной железы //Достижения науки и образования. – 2019. – № 7 (48).

10. Rizaev J. A., Vohidov E. R., Nazarova N. S. The importance of the clinical picture and development of the condition of periodont tissue diseases in pregnant women //Central Asian Journal of Medicine. – 2024. – №. 2. – С. 85-90.

11. Quadbeck B., Pruellage J., Roggenbuck U., Hirche H., Janssen O.E., Mann K., Hoermann R. Long-term follow-up of thyroid nodule growth. Exp Clin Endocrinol Diabetes. – 2002. – N 110(7). - P.348-54.

### **ВЫБОР ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Салохиддинов Ж.С., Гозибекоев Ж.И.

**Резюме.** Одним из наиболее распространенных заболеваний щитовидной железы является узловой зоб. Широкое использование современных методов диагностики (УЗИ, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) помогает выявить большое количество производных щитовидной железы. Это, в свою очередь, требует четких и клинически обоснованных рекомендаций по диагностике и лечению узлового зоба. Также на интраоперационном этапе изучается гистологическое состояние макропрепарата и подбирается объем операции.

**Ключевые слова:** Узловой зоб, УЗИ, тонкоигольная аспирационная биопсия, хирургическое лечение.